

Eltern-Kind-Pass Update 2020/21



Screenings zu psychischer Gesundheit,
Ernährung und sozialer Kompetenz



HTA Austria
Austrian Institute for
Health Technology Assessment
GmbH

Eltern-Kind-Pass Update 2020/21

Screenings zu psychischer Gesundheit,
Ernährung und sozialer Kompetenz

Projektteam

Projektleitung: Mag.^a rer.nat. Inanna Reinsperger, MPH

Projektbearbeitung: Mag.^a rer.nat. Inanna Reinsperger, MPH

Projektbeteiligung

Interne Begutachtung: Dr.ⁱⁿ rer.soc.oec. Ingrid Zechmeister-Koss, MA

Korrespondenz: Inanna Reinsperger, inanna.reinsperger@aihta.at

Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden/This report should be referenced as follows:

Reinsperger, I. Eltern-Kind-Pass Update 2020/21. Screenings zu psychischer Gesundheit, Ernährung und sozialer Kompetenz. AIHTA Policy Brief Nr.: 005; 2021. Wien: HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH.

Interessenskonflikt

Alle beteiligten AutorInnen erklären, dass keine Interessenskonflikte im Sinne der Uniform Requirements of Manuscripts Statement of Medical Journal Editors (www.icmje.org) bestehen.

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:

HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH

Garnisongasse 7/Top20 | 1090 Wien – Österreich

<https://www.aihta.at/>

Für den Inhalt verantwortlich:

Priv.-Doz. Dr. phil. Claudia Wild, Geschäftsführung

Die **AIHTA Policy Briefs** erscheinen unregelmäßig und dienen der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse des Austrian Institute for Health Technology Assessment.

Die **AIHTA Policy Briefs** erscheinen in geringer Auflage im Druck und werden über den Dokumentenserver „<https://eprints.aihta.at/view/types/policy=5Fbrief.html>“ der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

AIHTA Policy Brief Nr.: 005

ISSN 2710-3234

ISSN online 2710-3242

© 2021 AIHTA – Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Inhalt.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	8
Zusammenfassung	9
Summary.....	11
1 Einleitung.....	13
1.1 Hintergrund.....	13
1.2 Projektziel.....	13
1.3 Fragestellung	13
2 Methoden.....	14
2.1 Literatursuche.....	14
2.2 Einschlusskriterien.....	15
2.3 Darstellung der Empfehlungen und Datenextraktion	16
3 Ergebnisse.....	17
3.1 Psychische Gesundheit.....	17
3.1.1 Psychische Gesundheit (allgemein), psychosoziale Belastungen und psychosozialer Unterstützungsbedarf in der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren des Kindes	19
3.1.2 Spezifische psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt.....	26
3.1.3 Substanzkonsum während der Schwangerschaft.....	32
3.1.4 Häusliche Gewalt und Kindeswohlgefährdung.....	38
3.1.5 Spezifische psychische und Verhaltensstörungen bei Kindern	45
3.2 Ernährung.....	54
3.2.1 Übergewicht/ Adipositas der Schwangeren und Gewichtsmanagement während der Schwangerschaft	54
3.2.2 Ernährung in der Schwangerschaft und Stillzeit	56
3.2.3 Übergewicht/Adipositas des Kindes	62
3.2.4 Ess- und Fütterungsverhalten inkl. Stillen	63
3.3 Soziale Kompetenz	70
3.4 Berufsgruppen	70
4 Zusammenfassung und Diskussion.....	75
4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	75
4.2 Diskussion.....	79
4.3 Limitationen	80
4.4 Fazit	81
5 Literatur.....	82
6 Anhang.....	90
6.1 American Academy of Pediatrics (AAP).....	90
6.2 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)	90
6.2.1 Blank & Vincon.....	91
6.2.2 Kinderschutzleitlinienbüro	92
6.2.3 Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)	93
6.3 Australian Government Department of Health	94
6.4 Belgian Health Care Knowledge Center (KCE).....	95
6.5 Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)	95
6.6 Centre of Perinatal Excellence (COPE)	96

6.7	Department of Veterans Affairs/ Department of Defense (VA/ DoD)	96
6.8	National Health and Medical Research Council (NHMRC)	97
6.9	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	97
6.10	Perinatal Services BC (PSBC)	98
6.11	Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)	98
6.12	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	98
6.13	Society of Obstetricians and Gynaecologists (SOGC)	99
6.14	UK National Screening Committee (UK NSC)	100
6.15	U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)	100
6.16	World Health Organization (WHO)	101

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1: Einschlusskriterien	15
Tabelle 2-2: Symbole zur Kennzeichnung der Leitlinien-Empfehlungen	16
Tabelle 3-1: Eingeschlossene Leitlinien	17
Tabelle 3-2: Relevante Kapitel/Themenbereiche aus vorangegangenen Berichten	18
Tabelle 3-3: Empfehlungen zum Thema psychische Gesundheit und psychosozialer Unterstützungsbedarf	21
Tabelle 3-4: Empfehlungen zum Screening auf spezifische psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und postpartal	28
Tabelle 3-5: Empfehlungen zum Thema Substanzkonsum während der Schwangerschaft	33
Tabelle 3-6: Empfehlungen zum Thema häusliche Gewalt und Kindeswohlgefährdung	39
Tabelle 3-7: Empfehlungen zu spezifischen psychischen und Verhaltensstörungen bei Kindern	47
Tabelle 3-8: Relevante Kapitel/Themenbereiche aus vorangegangenen Berichten zum Themenbereich Ernährung	54
Tabelle 3-9: Screening-Empfehlungen für Übergewicht/ Adipositas der Schwangeren sowie Gewichtsmanagement	55
Tabelle 3-10: Empfehlungen zur Ernährung in der Schwangerschaft und Stillzeit	57
Tabelle 3-11: Empfehlungen zum Screening auf Übergewicht und Adipositas bei Kindern	62
Tabelle 3-12: Empfehlungen zu Ess- und Fütterungsverhalten inkl. Stillen	65
Tabelle 3-13: Informationen zu den von den Leitlinien adressierten Berufsgruppen	70
Tabelle 4-1: Ergebnistabelle	78
Tabelle 6-1: Klassifizierung der Qualität der Evidenz und der Empfehlungsgrade, AAP	90
Tabelle 6-2: Evidenzlevel, Leitlinie von Blank & Vincon	91
Tabelle 6-3: Empfehlungsgrade, Leitlinie von Blank & Vincon	92
Tabelle 6-4: Kriterien für Evidenzbasierte Handlungsempfehlungen und Klinische Konsensuspunkte, Kinderschutzleitlinie	92
Tabelle 6-5: Evidenzlevel, Kinderschutzleitlinie (nach SIGN)	92
Tabelle 6-6: Qualität der Evidenz, DGKJP (nach GRADE)	93
Tabelle 6-7: Graduierung der Empfehlungen, DGKJP	93
Tabelle 6-8: Definition der Empfehlungsgrade, Australian Government Department of Health	94
Tabelle 6-9: Qualität der Evidenz, KCE (nach GRADE)	95
Tabelle 6-10: Stärke der Empfehlung, KCE (nach GRADE)	95
Tabelle 6-11: Empfehlungsgrade, CTFPHC	96
Tabelle 6-12: Empfehlungsgrade, COPE	96

Tabelle 6-13: Empfehlungsgrade, VA/DoD	97
Tabelle 6-14: Empfehlungsgrade, NHMRC	97
Tabelle 6-15: Empfehlungsgrade, PSBC	98
Tabelle 6-16: Evidenzlevel, RNAO	98
Tabelle 6-17: Evidenzlevel, SIGN	98
Tabelle 6-18: Empfehlungsgrade, SIGN.....	99
Tabelle 6-19: Qualität der Evidenz, SOGC (neu)	99
Tabelle 6-20: Stärke der Empfehlung, SOGC (neu).....	99
Tabelle 6-21: Qualität der Evidenz, SOGC (alt)	99
Tabelle 6-22: Stärke der Empfehlung, SOGC (alt).....	100
Tabelle 6-23: Stärke der Empfehlung, USPSTF	100
Tabelle 6-24: Qualität der Evidenz, WHO (nach GRADE).....	101
Tabelle 6-25: Stärke der Empfehlung, WHO (nach GRADE).....	101

Abkürzungsverzeichnis

AAP	American Academy of Pediatrics
ACOG.....	American College of Obstetricians and Gynecologists
ADHS.....	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BMI	Body Mass Index
CBR.....	consensus-based recommendation
COPE	Centre of Perinatal Excellence
CTFPHC	Canadian Task Force on Preventive Health Care
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
EBR.....	evidence-based recommendation
EPDS.....	Edinburgh Postnatal Depression Scale
GoR	Grade of Recommendation
KCE.....	Belgian Health Care Knowledge Centre
LBI-HTA	Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment
LL.....	Leitlinie(n)
LoE.....	Level of Evidence
NHMRC	National Health and Medical Research Council
NICE.....	National Institute for Health and Care Excellence
n.r.	not reported
PP	practice point
PPD.....	Postpartale Depression
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SOGC	Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada
SSV	Störungen des Sozialverhaltens
UEMF	umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen
UK NSC.....	UK National Screening Committee
USPSTF.....	U.S. Preventive Services Task Force
WHO	World Health Organization

Zusammenfassung

Hintergrund und Ziel

In mehreren Berichten des LBI-HTA wurden Screening-Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien für Schwangere und Kinder recherchiert und zusammengefasst. Diese dienten als Grundlage für die Arbeit der Facharbeitsgruppe des Gesundheitsministeriums, die von 2014 bis 2018 in monatlichen Sitzungen Empfehlungen für den weiterentwickelten Mutter-Kind-Pass formulierte. Das Ziel des vorliegenden Updates war es, die Leitlinien-Empfehlungen für die Themenbereiche psychische Gesundheit, Ernährung und soziale Kompetenz aus den vorangegangenen Berichten auf ihre Aktualität zu überprüfen und ein Update durchzuführen.

Methoden

Es wurden in einem ersten Schritt alle bereits recherchierten Informationen zu den 3 Themenbereichen aus den früheren Berichten zusammengetragen und auf ihre Aktualität überprüft. In einem zweiten Schritt wurden neue relevante Leitlinien mittels Recherche in 2 Datenbanken und auf Webseiten von relevanten Institutionen und Fachgesellschaften identifiziert. Die Empfehlungen wurden in Tabellen extrahiert und Informationen zu Screening-Tests, Interventionsmöglichkeiten und potentiellm Schaden zusammengefasst.

Ergebnisse

Es wurden insgesamt 52 Leitlinien von 16 verschiedenen Institutionen eingeschlossen. Die Leitlinien sprechen sich (überwiegend) für folgende Screenings im Bereich **Psychische Gesundheit** aus: Befragung zu psychosozialen Belastungsfaktoren und Unterstützungsbedarf in der Schwangerschaft und nach der Geburt; Screening auf postpartale Depression und Angststörungen; Befragung der Schwangeren zu Substanzkonsum (Rauchen, Alkohol, Drogen) sowie entsprechende Beratung. Zur häuslichen Gewalt und Kindeswohlgefährdung empfehlen die Leitlinien teilweise ein Routine-Screening, teilweise verstärkte Achtsamkeit des Gesundheitspersonals hinsichtlich Anzeichen und Auffälligkeiten. Ein Routine-Screening auf spezifische psychische und Verhaltensstörungen bei Kindern wird nicht empfohlen, bei Hinweisen und Symptomen soll jedoch eine Abklärung stattfinden bzw. soll im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen auf Anzeichen geachtet werden. Für den Themenbereich **Ernährung** werden folgende Screenings/ Beratungen von den eingeschlossenen Leitlinien empfohlen: Screening auf Übergewicht der Schwangeren mittels Bestimmung des BMI; Beratung zur empfohlenen Gewichtszunahme; Beratung zu gesunder Ernährung während der Schwangerschaft und zu Versorgung mit spezifischen Nährstoffen (inkl. Supplementierung); Beratung zu den Vorteilen des Stillens während der Schwangerschaft; Befragung nach der Geburt zur Identifizierung von Stillproblemen. Zum Screening auf Übergewicht bei Kindern wurden widersprüchliche Empfehlungen identifiziert. Für den Themenbereich **Soziale Kompetenz** wurden weder Informationen aus früheren Berichten noch relevante Leitlinien über die Update-Recherche identifiziert.

frühere Berichte zu Screening-Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien

Ziel: Update für psych. Gesundheit, Ernährung und soziale Kompetenz

Überprüfung der Aktualität der Leitlinien aus früheren Berichten und Update-Recherche in Datenbanken und bei relevanten Institutionen

insgesamt 52 relevante Leitlinien von 16 Institutionen

zahlreiche Screenings und Beratungen für psych. Gesundheit und Ernährung von den Leitlinien empfohlen, z.B. Screening auf postpartale Depression, Befragung zu Substanzkonsum, Bestimmung des BMI, Beratung zu gesunder Ernährung und Stillen, u.v.m. ...

keine Informationen zu sozialer Kompetenz

Fazit

**Update =
Entscheidungs-
grundlage für neues
Screening-Programm**

Die eingeschlossenen Leitlinien empfehlen bei der Mehrzahl der behandelten Themen ein entsprechendes Screening und/oder Beratung. Der Update-Bericht kann in weiterer Folge als Entscheidungsgrundlage für ein aktualisiertes Screening-Programm für Schwangere und Kinder herangezogen werden.

Summary

Background and aim

Several reports by the LBI-HTA researched and summarised screening recommendations from evidence-based guidelines for pregnant women and children. These served as the basis for the work of the Ministry of Health's expert working group, which formulated recommendations for the new "Mutter-Kind-Pass" (Austrian screening programme for pregnant women and children) in monthly meetings from 2014 to 2018. The aim of this update was to review the guideline recommendations for mental health, nutrition, and social competence from previous reports to ensure they were current and to provide an update.

Methods

In a first step, all previously researched guidelines on the 3 topic areas from the previous reports were compiled and reviewed for their timeliness. In a second step, new relevant guidelines were identified by searching 2 databases and websites of relevant institutions and professional societies. The recommendations were extracted in tables and information on screening tests, intervention options, and potential harm was summarised.

Results

We included a total of 52 guidelines from 16 different institutions. The guidelines (predominantly) advocate the following **mental health** screenings: Interviewing about psychosocial stress factors and support needs during pregnancy and after birth; screening for postpartum depression and anxiety disorders; interviewing pregnant women about substance use (smoking, alcohol, drugs) and appropriate counselling. With regard to domestic violence and child welfare risks, some guidelines recommend routine screening and some recommend increased awareness of signs and symptoms by health workers. Routine screening for specific mental and behavioural disorders in children is not recommended; however, if there are indications and symptoms, clarification should take place and attention should be paid to signs and symptoms during preventive examinations. For the topic area of **nutrition**, the included guidelines recommend the following screenings/consultations: Screening for overweight in pregnant women by assessing BMI; counselling on recommended weight gain; counselling on healthy eating during pregnancy and on the supply of specific nutrients (including supplementation); counselling on the benefits of breastfeeding; assessment of postpartum women to identify problems with breastfeeding. Conflicting recommendations were identified for screening for childhood obesity. For the topic area of **social competence**, neither information from previous reports nor relevant guidelines were identified through the update search.

Conclusion

The included guidelines recommend screening and/or counselling for the majority of the topics addressed. The update report can subsequently be used as a basis for decision-making for an updated screening program for pregnant women and children.

previous reports on screening recommendations from evidence-based guidelines

aim: update for mental health, nutrition and social competence

updating of the recommendations from previous reports and update database search

52 guidelines from 16 institutions included

several screening and counselling measures for mental health and nutrition recommended by the guidelines, e.g. screening for postpartum depression, questioning on substance use, determination of BMI, counselling on healthy nutrition and breastfeeding, ...

no information on social competence

update = decision support for new screening programme

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

In Österreich steht für alle Schwangeren sowie für alle Kinder bis zum 62. Lebensmonat der „Mutter-Kind-Pass“ als Routinescreening-Programm zur Verfügung. Für Kinder älter als 6 Jahre bzw. für Jugendliche gibt es aktuell keine einheitlichen routinemäßig durchgeführten Screening- bzw. Vorsorge-Programme. In mehreren LBI-HTA-Projektberichten wurden Screening-Empfehlungen aus internationalen, evidenzbasierten Leitlinien für unterschiedliche Zielgruppen (Schwangere [1, 2], Kinder von 0-6 Jahren [3, 4], Kinder und Jugendliche von 6-18 Jahren [5]) recherchiert und zusammengefasst. Diese dienten als Grundlage für die Arbeit der interdisziplinären und multi-professionellen Facharbeitsgruppe (FAG) des Gesundheitsministeriums, die von 2014 bis 2018 in monatlichen Sitzungen Empfehlungen für den weiterentwickelten Mutter-Kind-Pass formulierte. Alle Informationen zur FAG sind in [6] zusammengefasst.

**Mutter-Kind-Pass =
Routine-Screening**

**mehrere LBI-HTA-
Berichte zu Screening-
Empfehlungen aus
evidenzbasierten
Leitlinien für
unterschiedliche
Zielgruppen**

1.2 Projektziel

Das Ziel dieses Update-Berichts ist es, die Leitlinien-Empfehlungen aus den vorangegangenen Berichten zu den Themen *psychische Gesundheit, Ernährung und soziale Kompetenz* auf ihre Aktualität zu überprüfen, rezente Leitlinien zu diesen Themen zu recherchieren und die identifizierten Screening-Empfehlungen zu analysieren und zusammenzufassen. Dabei sollen Informationen zu Ziel- bzw. Altersgruppe, Screening-Zeitpunkt, Screening-Methode bzw. -Test und durchführende Berufsgruppe berücksichtigt werden.

**Update der Leitlinien-
Empfehlungen zu
psych. Gesundheit,
Ernährung und soziale
Kompetenz**

Der Fokus liegt auf Schwangerschaft und früher Kindheit (0-6 Jahre), da Screenings für Kinder und Jugendliche von 6 bis 18 Jahren in einem rezenten Bericht nachzulesen sind [5].

**Fokus:
Schwangerschaft und
frühe Kindheit (0-6 J.)**

1.3 Fragestellung

Welche Screening-Empfehlungen zu den Themen psychische Gesundheit, Ernährung und soziale Kompetenz können aus aktuell gültigen Leitlinien abgeleitet werden?

2 Methoden

Überprüfung & Aktualisierung der Empfehlungen aus früheren Berichten, Recherche nach neuen Leitlinien

Für das vorliegende Update wurden in einem ersten Schritt alle bereits recherchierten Informationen zu den drei Themenbereichen (psychische Gesundheit, Ernährung, soziale Kompetenz) aus den früheren Berichten zusammengetragen. Die dort inkludierten Leitlinien wurden auf ihre Gültigkeit überprüft und die extrahierten Informationen gegebenenfalls aktualisiert. Weiters wurde mittels Datenbank- und Web-Recherche nach neuen relevanten Leitlinien gesucht.

2.1 Literatursuche

Datenbanksuche in G-I-N und TRIP

Für die Identifizierung von neuen, noch nicht berücksichtigten Leitlinien wurde im Zeitraum von 01.12.2020 bis 04.12.2020 eine Recherche in den beiden Datenbanken

- Guidelines International Network (G-I-N) und
- TRIP Database

durchgeführt.

Recherche auf Webseiten von relevanten Leitlinien-Institutionen und Fachgesellschaften

Weiters wurde im Zeitraum vom 20.11.2020 bis 01.12.2020 auf den Webseiten von folgenden Leitlinien-Organisationen und relevanten Fachgesellschaften nach neuen Leitlinien gesucht:

- American Academy of Family Physicians (AAFP)
- American Academy of Pediatrics (AAP)
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)
- Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)
- Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
- European Academy of Paediatrics (EAP)
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)
- National Health and Medical Research Council (NHMRC)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
- Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ)
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)
- UK National Screening Committee (UK NSC)
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)
- World Health Organization (WHO)

2.2 Einschlusskriterien

Die Einschlusskriterien für relevante Leitlinien sind in Tabelle 2-1 zusammengefasst.

Einschlusskriterien für relevante Leitlinien

Tabelle 2-1: Einschlusskriterien

Population	Schwangere und Kinder von 0 bis 6 Jahren
Intervention	Routine-Screening, Vorsorgeuntersuchung, Früherkennung, „Health check“ oder Beratung zu den Themenbereichen <ul style="list-style-type: none"> • Psychische Gesundheit • Ernährung • Soziale Kompetenz
Kontrolle	keine Einschränkung
Ergebnisparameter (Outcomes)	Screening-Empfehlungen: Ziel- bzw. Altersgruppe, Zeitpunkt, Screeningtest bzw. -methode, Berufsgruppe ¹ Level of Evidence (LoE), Grade of Recommendation (GoR) Informationen zu Interventionsmöglichkeiten, potentiellm Schaden
Setting	Industrieländer
Studientypen	evidenzbasierte Leitlinien (englisch und deutsch)
Publikationszeitraum	ab 2015 (bzw. in den letzten 5 Jahren als aktuell/gültig bestätigt)

Es wurden ausschließlich Leitlinien eingeschlossen, die folgenden methodologischen Kriterien entsprechen:

- die Empfehlungen sind evidenzbasiert, d. h. die Leitlinie wurde auf Basis der besten verfügbaren Evidenz entwickelt (in Abgrenzung zu rein konsensbasierten Empfehlungen);
- die Empfehlungen basieren auf einer systematischen Literatursuche und einer methodisch validen Übersichtsarbeit;
- die Empfehlungen sind explizit mit der zugrundeliegenden Evidenz verknüpft (z. B. durch die Verwendung von Evidenzlevels [Levels of Evidence, LoE] und Empfehlungsgraden [Grades of Recommendations, GoR]).

Leitlinien, die vor 2015 publiziert wurden und in den letzten 5 Jahren nicht explizit überarbeitet bzw. als aktuell/gültig bestätigt wurden, wurden ausgeschlossen.

methodologische Einschlusskriterien:
evidenzbasiert;
Empfehlungen basieren auf systematischer Literatursuche;
Empfehlungen sind mit zugrundeliegender Evidenz verknüpft

Ausschluss von Leitlinien älter als 5 J.

¹ Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden Informationen aus den Leitlinien zu den die Screenings/Beratungen durchführenden Berufsgruppen nicht in die Tabellen extrahiert, sondern in einem eigenen Kapitel zusammengefasst (siehe Kapitel 3.4).

2.3 Darstellung der Empfehlungen und Datenextraktion

Extraktionstabellen mit Empfehlung im Originalwortlaut, LoE, GoR

Informationen zu LoE und GoR der Institutionen im Anhang nachzulesen

neben Screenings wurden auch Empfehlungen zu Beratungen berücksichtigt

zusätzlich Kennzeichnung mit Symbolen

Für die Darstellung der Empfehlungen wurden die Extraktionstabellen der früheren Berichte übernommen. Diese enthalten den Namen der Institution und das Publikationsjahr der Leitlinie; weiters die Empfehlung der Leitlinie im Originalwortlaut sowie den in der Leitlinie angegebenen Evidenzlevel (Level of evidence, LoE) und Empfehlungsgrad (Grade of Recommendation, GoR). In den Leitlinien werden – je nach Institution – unterschiedliche Klassifizierungssysteme für LoE und GoR verwendet, die jeweiligen Erläuterungen dazu können im Anhang (Kapitel 6) nachgelesen werden. Gibt es zu LoE oder GoR keine Angabe in der Leitlinie, wird das in der Tabelle mit „not reported“ (n.r.) vermerkt.

Zahlreiche Leitlinien stellten – neben bzw. anstelle von Screening-Empfehlungen – auch Empfehlungen zur Beratung zur Verfügung. Obwohl der Schwerpunkt des Berichts aufgrund der Forschungsfragen auf Screening-Maßnahmen und Früherkennungsuntersuchungen gelegt wurde, wurden Beratungsempfehlungen dennoch zusätzlich in die Tabellen extrahiert.

Die Empfehlungen der Leitlinien für oder gegen ein Screening oder eine Beratung wurden in den Tabellen zusätzlich zur besseren Sichtbarkeit mit Symbolen gekennzeichnet, deren Bedeutung in Tabelle 2-2 angeführt ist. Bei Empfehlungen, die sich nicht direkt auf Screenings oder Beratungen beziehen, sondern Zusatzinformationen enthalten – z.B. zu Screening-Tests oder zur Ausbildung von entsprechenden Berufsgruppen – ist in der Tabelle kein Symbol angegeben.

Tabelle 2-2: Symbole zur Kennzeichnung der Leitlinien-Empfehlungen

✓	Empfehlung für (universelles) Screening bzw. Beratung
(✓)	Empfehlung für Screening bzw. Beratung bei spezifischer Risikogruppe
✗	Empfehlung gegen Screening bzw. Beratung
~	keine Empfehlung aufgrund unzureichender/widersprüchlicher Evidenz für oder gegen Screening bzw. Beratung

Zu jedem Thema wurde zusätzlich zu den Extraktionstabellen ein Kapitel erstellt, das auch Informationen zum Screening-Test, zu Interventionsmöglichkeiten und zum potentiellen Schaden eines Screenings zusammenfasst.

3 Ergebnisse

Für das vorliegende Update zu den Themenbereichen psychische Gesundheit, Ernährung und soziale Kompetenz wurden insgesamt 52 Leitlinien von 16 Institutionen identifiziert, die entsprechende Screening- und/oder Beratungsempfehlungen enthalten und die Einschlusskriterien erfüllen, siehe Tabelle 3-1.

insgesamt wurden 52 Leitlinien von 16 Institutionen eingeschlossen

Tabelle 3-1: Eingeschlossene Leitlinien

Institution	Anzahl der Leitlinien	Referenzen
American Academy of Pediatrics (AAP)	1	[7]
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)	5	[8-12]
Australian Government Department of Health	1	[13]
Belgian Health Care Knowledge Center (KCE)	1	[14]
Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)	2	[15, 16]
Centre of Perinatal Excellence (COPE)	1	[17]
Department of Veterans Affairs/ Department of Defense (VA/ DoD)	1	[18]
National Health and Medical Research Council (NHMRC)	1	[19]
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	12	[20-31]
Perinatal Services BC (PSBC)	1	[32]
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)	1	[33]
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	3	[34-36]
Society of Obstetricians and Gynaecologists (SOGC)	3	[37-39]
UK National Screening Committee (UK NSC)	4	[40-43]
U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)	12	[44-55]
World Health Organization (WHO)	3	[56-58]

3.1 Psychische Gesundheit

Das Thema „Psychische Gesundheit“ soll im Rahmen dieses Update-Berichts möglichst „breit“ aufgefasst werden. In

sind jene Unterkapitel aus früheren Berichten angeführt, die als relevant beurteilt wurden und somit im vorliegenden Update aktualisiert werden.

Aktualisierung relevanter Kapitel aus früheren Berichten zum Thema psych. Gesundheit

Tabelle 3-2: Relevante Kapitel/Themenbereiche aus vorangegangenen Berichten

Bericht	Unterkapitel
Bericht Nr. 62, Update 2014: Schwangerschaft [1]	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kapitel 3.8.1: mentale Gesundheit/Depression ■ Kapitel 3.9.1: Gewalt ■ Kapitel 3.10.1: Suchterkrankungen, Substanzmittelmissbrauch: Nikotin ■ Kapitel 3.10.1: Suchterkrankungen, Substanzmittelmissbrauch: Alkohol ■ Kapitel 3.10.1: Suchterkrankungen, Substanzmittelmissbrauch: Drogen ■ Kapitel 5.1.2: Rauchen ■ Kapitel 5.1.5: Häusliche Gewalt und Missbrauch
Bericht Nr. 62, Addendum II: Zusatzthemen Schwangerschaft [2]	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kapitel 3.3.1: Armut
Bericht Nr. 62, Update 2016: frühe Kindheit (0-6 J.) [3]	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kapitel 3.8.1: Depressionen bei Kindern ■ Kapitel 3.8.2: Autismus-Spektrum-Störungen ■ Kapitel 3.8.3: Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen ■ Kapitel 3.8.4: Entwicklungs- und Verhaltensstörungen ■ Kapitel 3.8.5: Sprachentwicklungsstörungen ■ Kapitel 3.8.6: Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) ■ Kapitel 3.17: Kindeswohlgefährdung ■ Kapitel 4.2.1: soziales und emotionales Wohlbefinden in den frühen Jahren
Bericht Nr. 62, Addendum III: Zusatzthemen Kinder [4]	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kapitel 3.3: psychosoziale Belastungen/psychosozialer Unterstützungsbedarf

**Zusammenfassung
und neue Gliederung
der zahlreichen
Themenbereiche in 5
Kapitel**

Zur besseren Übersichtlichkeit wurden die zahlreichen Themengebiete für das vorliegende Update folgendermaßen zusammengefasst und gegliedert:

- Psychische Gesundheit (allgemein), psychosoziale Belastungen und psychosozialer Unterstützungsbedarf in der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren des Kindes
- Spezifische psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt
- Substanzkonsum während der Schwangerschaft
- Häusliche Gewalt und Kindeswohlgefährdung
- Spezifische psychische und Verhaltensstörungen bei Kindern

3.1.1 Psychische Gesundheit (allgemein), psychosoziale Belastungen und psychosozialer Unterstützungsbedarf in der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren des Kindes

Definition

Die psychische Gesundheit ist laut Pschyrembel definiert als „Zustand seelischen Wohlbefindens und Wohlergehens aufgrund des Überwiegens schützender und ausgleichender Anteile (z. B. Vertrauen, Gelassenheit, Humor, Optimismus, Realitätssinn) gegenüber destabilisierenden Einflüssen“ [59].

Es gibt keine einheitliche Definition von psychosozialen Belastungen. Dennoch lassen sich Risikofaktoren identifizieren, welche als Bedingungen, die „(...) die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Entwicklungsauffälligkeiten“ erhöhen, gelten [60].

Die Eltern-Kind-Interaktion, das Bindungsmuster, die Qualität der elterlichen Partnerschaft sowie Konflikte der Eltern können u. a. als psychosoziale (Risiko-)Faktoren beschrieben werden, die in der Kindheit prägend sind [60]. Diese Faktoren können anhand folgender Indikatoren² beschrieben werden [61, 62]:

- Familienanamnestische Belastungen (= wenn Belastungen die Bewältigungsressourcen übersteigen);
- Auffälligkeiten beim Kind (Pflege/Ernährung sowie die Entwicklung bzw. das Verhalten aus Sicht des/der Pädiater*in und der Eltern);
- Belastungen der Hauptbezugsperson (starke Erschöpfung sowie mangelnde Unterstützung) und
- Eltern-Kind-Interaktion (mangelnde Zuwendung, Überforderung der Hauptbezugsperson sowie nicht ausreichendes einfühlsames Handling).

Psychosoziale Faktoren sind in komplexe soziale Faktoren eingebunden und demnach nicht losgelöst von den sozialen Gesundheitsdeterminanten³ zu verstehen [64]. Folglich sind, neben den beschriebenen Risikofaktoren, auch die Bildung und die ökonomische Situation – sowie die daraus resultierende Wohnumgebung – der Eltern für die Entwicklung des Kindes relevant.

psych. Gesundheit = „Zustand seelischen Wohlbefindens und Wohlergehens ...“

keine einheitliche Definition des Begriffs der psychosozialen Belastung

psychosoziale (Risiko-)Faktoren in der Kindheit: z. B. Eltern-Kind-Interaktion, Konflikte der Eltern

Indikatoren für psychosoziale Risikofaktoren, z. B. familienanamnestische Belastungen, Auffälligkeiten beim Kind

Einbindung in komplexe soziale Faktoren; auch z.B. Bildung, ökonom. Situation relevant

² Die Indikatoren für psychosoziale Belastungen lehnen sich an den „Pädiatrischen Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf bei der U3 bis U6“ an, der 2011/12 mit Fördermitteln des deutschen Nationalen Zentrum Frühe Hilfen mittels einer strukturierten Expert*innenbefragung entwickelt wurde [61].

³ Die Wichtigkeit des Einbezugs der sozialen Determinanten von Gesundheit wurde bereits im LBI-HTA Berichtsteil I [63] zur Eltern-Kind-Vorsorge neu hervorgehoben. Diese wurden als „konkomitante Faktoren“ beschrieben, da sie nicht nur in einer gewissen Phase der Schwangerschaft/Kindheit, sondern vielmehr in allen Lebensabschnitten bedeutsam sind.

**häufige Belastungen
laut Frühe Hilfen
Netzwerk:
z. B. fehlendes
soziales Netzwerk,
finanzielle Lage,
psychosoziale
Gesundheit der Eltern,
Umgang der Familie ...**

**Armut: nicht nur
Fehlen von Gütern &
Dienstleistungen,
sondern auch von
Möglichkeiten der
gesellschaftl. Teilhabe**

**Auswirkungen von
psychosozialen
Belastungen betreffen
vor allem kognitive
und sozial-emotionale
Entwicklung des
Kindes**

**vielfältige Folgen von
Armut für
Schwangerschaft und
langfristige
Gesundheit der Kinder**

**Ö 2019: 16,9 % armuts-
oder ausgrenzungs-
gefährdet;
Alleinerziehende 46 %**

**Prävalenz
verschiedener
Belastungen in der
frühen Kindheit, z.B.
Trennung der Eltern
(7 %), häusliche
Gewalt (4 %), ...**

Im Rahmen des Frühe Hilfen Netzwerks Österreich werden Belastungen und Ressourcen in den begleiteten Familien erfasst. Die folgenden fünf Faktoren wurden am häufigsten als Belastung genannt [65]:

- die finanzielle Lage des Haushalts,
- der psychosoziale Gesundheitszustand der primären Bezugsperson,
- das (fehlende) soziale Netzwerk,
- die Situation des Wohnraums,
- der Umgang der Familienmitglieder miteinander.

Das soziale Phänomen Armut ist durch das Fehlen an Möglichkeiten auf gesellschaftlichen Ebenen charakterisiert. So definiert sich Armut nicht nur durch ein zu geringes Einkommen und somit dem Fehlen von Gütern und Dienstleistungen, sondern auch über das Fehlen von Möglichkeiten am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Armut steht somit im Zusammenhang mit einem ungleichen Zugang zu materiellen und immateriellen Gütern [66, 67].

Die Auswirkungen von psychosozialen Belastungen sind vielfältig und betreffen vor allem die kognitive und sozial-emotionale Entwicklung des Kindes. Verbale und nonverbale Intelligenzfunktionen, sowie in weiterer Folge u. a. die schulische Entwicklung, können demnach von psychosozialen Belastungen in der Kindheit negativ beeinflusst werden. Des Weiteren leiden Kinder, die in ihrer frühen Kindheit psychosozial hoch belastet waren, oftmals an sowohl expansiven (bspw. aggressiv, hyperaktiv) als auch introversiven (bspw. ängstlich, depressiv) psychischen Problemen [60].

Aus internationalen Studien geht hervor, dass Armut zu einem erhöhten Risiko für Komplikationen und Pathologien in der Schwangerschaft führt [68, 69]. Weiters kann es zu erhöhten Raten von intrauteriner Wachstumsrestriktion, Frühgeburten, neonataler und postneonataler Sterblichkeit und vor allem auch langfristig zu schlechteren Gesundheits-Outcomes von Kindern, die in Armut aufwachsen, kommen [70].

Häufigkeit

Im Jahr 2019 waren laut Statistik Austria (EU-SILC Erhebung) 16,9 % der österreichischen Gesamtbevölkerung armuts- oder ausgrenzungsgefährdet⁴. Ein-Eltern-Haushalte (vorwiegend alleinerziehende Frauen mit ihren Kindern) sind mit 46 % überdurchschnittlich von Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung betroffen [71].

Kindler und Künstler haben im „Datenreport Frühe Hilfen 2013“ die Prävalenz von Belastungen und Risiken in der frühen Kindheit in Deutschland anhand mehrerer Studien zusammengefasst. Es wurden zum einen Zahlen zu Belastungen in Form einer problematischen Bewältigung von Entwicklungsaufgaben (z. B. Regulationsstörungen, Entwicklungsverzögerungen) und zum anderen Prävalenzen zu Belastungen in Form eines Aufwachsens unter ungünstigen Umständen recherchiert, z. B. 18 % der Kinder von 0-3 Jahren lebten in Armut (2010), 7 % waren von einer Trennung der Eltern betroffen (2007),

⁴ Während der Europa-2020-Indikator „Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung“ die drei Problemlagen Einkommensarmut, erhebliche materielle Einschränkungen oder geringe Erwerbseinbindung gleichzeitig betrachtet (mind. eines davon muss zutreffen, um als „armuts- oder ausgrenzungsgefährdet“ zu gelten), betrifft Armutsgefährdung jene Teilgruppe, die ein Haushaltseinkommen unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle aufweist [71].

bei 4 % waren die Mütter Gewalt ausgesetzt (2012), 18 % der Mütter wiesen erhöhte Depressionswerte und 17 % erhöhte Angstwerte auf (2011) [72].

Des Weiteren zeigte eine Querschnittsuntersuchung die Prävalenz psychosozialer Belastungen bei 385 Familien im Rahmen der U5-Untersuchung im 6.-7. Lebensmonat des Kindes im Jahr 2012 in Freiburg und München. Die Studienautor*innen verwendeten die, bereits im Unterkapitel Definition beschriebenen, Indikatoren für psychosoziale Belastungsfaktoren [61]. Aus Sicht der Kinder- und Jugendärzt*innen waren 51 Familien (13 %) belastet. In 31 Fällen (8 %) wurden psychosoziale Belastungen beobachtet, bei 19 Familien wurden klinisch relevante Symptome frühkindlicher Regulationsstörungen und in 2 Fällen Anzeichen einer postpartalen Depression dokumentiert. Die am häufigsten aufgetretenen psychosozialen Belastungen waren starke Erschöpfung der Hauptbezugsperson, familienanamnestische Belastungen, Auffälligkeiten bei Pflege/Ernährung des Kindes sowie Anzeichen der Überforderung [62].

D 2012: 8 % der Familien zum Zeitpunkt der U5 psychosozial belastet

v. a. starke Erschöpfung der Hauptbezugsperson, familienanamnestische Belastungen, Auffälligkeiten bei Pflege/Ernährung des Kindes

Empfehlungen

Zu den Themen psychische Gesundheit allgemein und Identifizierung von psychosozialer Unterstützungsbedarf wurden 7 Leitlinien [11, 13, 17, 21, 26, 29, 56] eingeschlossen.

7 Leitlinien eingeschlossen

Tabelle 3-3: Empfehlungen zum Thema psychische Gesundheit und psychosozialer Unterstützungsbedarf

Authors, year [reference]	Recommendation		LoE	GoR
Kinderschutz-Leitlinie, 2019 [11]	Alle Frauen sollen während der Schwangerschaft oder kurz nach Geburt des Kindes durch Gesundheitsdienstleistungen (z.B. Frauenarzt/-ärztin, Geburtshelfer/-in, Hebamme, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in, Pädiater/-in, psychosozialer Dienst oder andere in der Geburts- und Frauenheilkunde erfahrene Person) oder durch einen Einschätzungsfragebogen systematisch angesprochen werden, um einen möglichen Unterstützungs- und Hilfebedarf der Frau/Familie frühzeitig zu erkennen.	✓	1++ bis 2+	A
	Das Gespräch bzw. der Einschätzungsfragebogen zur Erkennung eines möglichen Unterstützungs- und Hilfebedarfs der Schwangeren und Wöchnerinnen soll mindestens die folgenden Belastungsfaktoren beinhalten: mütterliche, psychosoziale und familiäre Belastungsfaktoren.		1++ bis 3	A
	Alle Schwangeren und Mütter von Kindern < 24 Monate sollten bei jedem Arztbesuch nach ihrem psychischen Wohlbefinden und ihrer psychischen Gesundheit gefragt werden.	✓	2++ bis 4	B
Australian Government Department of Health, 2018 [13]	Assess psychosocial risk factors as early as practical in pregnancy.	✓	n.r.	PP
	If using a tool to assess psychosocial risk, administer the ANRQ.		n.r.	strong
COPE, 2017 [17]	Assess psychosocial risk factors as early as practical in pregnancy and again after the birth.	✓	n.r.	PP

	If using a tool to assess psychosocial risk, administer the ANRQ.		n.r.	strong
	At every antenatal or postnatal visit, enquire about the woman's emotional wellbeing.	✓	n.r.	PP
	Provide women in the perinatal period with advice on lifestyle issues and sleep, as well as assistance in planning how this advice can be incorporated into their daily activities during this time.	✓	n.r.	PP
WHO, 2017a [56]	At each postnatal contact, women should be asked about their emotional well-being, what family and social support they have and their usual coping strategies for dealing with day-to-day matters. All women and their families/partners should be encouraged to tell their health care professional about any changes in mood, emotional state and behaviour that are outside of the woman's normal pattern.	✓	n.r.	GDG consensus based on existing WHO guidelines
	Psychosocial support by a trained person is recommended for the prevention of postpartum depression among women at high risk of developing this condition.	✓	very low quality	weak
	Health professionals should provide an opportunity for women to discuss their birth experience during their hospital stay.	✓	n.r.	GDG consensus based on existing WHO guidelines
NICE, 2014 (last update 2020) [29]	<p>Assessment and diagnosis of a suspected mental health problem in pregnancy and the postnatal period should include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ history of any mental health problem, including in pregnancy or the postnatal period ■ physical wellbeing (including weight, smoking, nutrition and activity level) and history of any physical health problem ■ alcohol and drug misuse ■ the woman's attitude towards the pregnancy, including denial of pregnancy ■ the woman's experience of pregnancy and any problems experienced by her, the fetus or the baby ■ the mother–baby relationship ■ any past or present treatment for a mental health problem, and response to any treatment ■ social networks and quality of interpersonal relationships ■ living conditions and social isolation ■ family history (first-degree relative) of mental health problems ■ domestic violence and abuse, sexual abuse, trauma or childhood maltreatment ■ housing, employment, economic and immigration status ■ responsibilities as a carer for other children and young people or other adults. 	(✓)	n.r.	n.r.

	Carry out a risk assessment in conjunction with the woman and, if she agrees, her partner, family or carer. Focus on areas that are likely to present possible risk such as self-neglect, self-harm, suicidal thoughts and intent, risks to others (including the baby), smoking, drug or alcohol misuse and domestic violence and abuse.	✓	n.r.	n.r.
NICE, 2012 (last check 2017) [26]	All health and early years professionals should develop trusting relationships with vulnerable families and adopt a non-judgmental approach, while focusing on the child's needs. They should do this by: <ul style="list-style-type: none"> ■ identifying the strengths and capabilities of the family, as well as factors that pose a risk to the child's (or children's) social and emotional wellbeing ■ talking about the aspirations and expectations for the child seeking to understand and respond to perceived needs and concerns ■ discussing any risk factors in a sensitive manner to ensure families do not feel criticised, judged or stigmatised. 	✓	n.r.	n.r.
	Health professionals in antenatal and postnatal services should identify factors that may pose a risk to a child's social and emotional wellbeing. This includes factors that could affect the parents' capacity to provide a loving and nurturing environment. For example, they should discuss with the parents any problems they may have in relation to the father or mother's mental health, substance or alcohol misuse, family relationships or circumstances and networks of support.	✓	n.r.	n.r.
	Health visitors, school nurses and early years practitioners should identify factors that may pose a risk to a child's social and emotional wellbeing, as part of an ongoing assessment of their development. They should use the 'Early years foundation stage' assessment process to help identify and share any needs and concerns. Specifically, they should look for risk factors that were not evident at an earlier stage. For an infant or child, this could include: <ul style="list-style-type: none"> ■ being withdrawn, being unresponsive, showing signs of behavioural problems, delayed speech, poor language and communication skills. For parents, this could include <ul style="list-style-type: none"> ■ indifference to the child or insensitive or harsh behaviour towards them. 	✓	n.r.	n.r.
NICE, 2006 (last update 2015) [21]	At each postnatal contact, women should be asked about their emotional well-being, what family and social support they have and their usual coping strategies for dealing with day to day matters. Women and their families/ partners should be encouraged to tell their healthcare professional about any changes in mood, emotional state and behaviour that are outside of the woman's normal pattern.	✓	n.r.	n.r.
	Formal debriefing of the birth experience is not recommended.	✗	n.r.	n.r.

	Women should be encouraged to help look after their mental health by looking after themselves. This includes taking gentle exercise, taking time to rest, getting help with caring for the baby, talking to someone about their feelings and ensuring they can access social support networks.		n.r.	n.r.
	Women who report persistent fatigue should be asked about their general wellbeing, and offered advice on diet, exercise and planning activities, including spending time with her baby.	(✓)	n.r.	n.r.
	If persistent postnatal fatigue impacts on the woman's care of herself or baby, underlying physical, psychological or social causes should be evaluated.	(✓)	n.r.	n.r.

Screening-Methoden

Erfassung der psychosozialen Belastungsfaktoren mittels Befragung schriftlichem Fragebogen

Die psychosozialen Belastungsfaktoren können mittels Befragung durch das Gesundheitspersonal oder mithilfe eines schriftlichen Fragebogens erfasst werden [11, 13, 17]. Wenn ein Fragebogen eingesetzt wird, empfehlen die australischen Leitlinien den „Antenatal Risk Questionnaire“ (ANRQ). Es handelt sich um einen strukturierten Fragebogen mit 13 Items, der u.a. die Paarbeziehung, rezente negative Ereignisse, Ängste, frühere psychische Erkrankungen, Missbrauchserfahrungen, abdeckt und einen Score berechnet [13, 17]. Laut Kinderschutz-Leitlinie soll das Assessment zur Erkennung eines psychosozialen Unterstützungsbedarfs die folgenden Belastungsfaktoren jedenfalls beinhalten:

mütterliche, psychosoziale und familiäre Belastungsfaktoren sollten erfasst werden

- mütterliche Belastungsfaktoren: Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen in der Gegenwart und/oder Kindheit der Mutter, junges Alter, postpartale Depression, mütterlicher Stress, sozioökonomische Nachteile;
- psychosoziale Belastungsfaktoren: psychische Erkrankungen der Eltern (z.B. Depression), (finanzieller) Stress im Familienalltag, Stress der Eltern, Substanzmissbrauch;
- familiäre Belastungsfaktoren: Gewalt in der Familie, Probleme in partnerschaftlicher Beziehung, fehlende soziale Unterstützung, belastende Lebensereignisse der letzten Zeit [11].

„Pädiatrischer Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf“ für U-Untersuchungen (D)

Im Zuge der Recherchen für einen früheren Addendums-Bericht [4] wurde auf den „Pädiatrischen Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3-U6)“⁵ hingewiesen, der vom deutschen Nationalen Zentrum Frühe Hilfen konzipiert wurde. Der Anhaltsbogen soll Kinder- und Jugendärzt*innen dabei unterstützen, Hinweise auf psychosoziale Belastungen und Unterstützungsbedarf im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen (U3-U6⁶) zu erheben [61, 62, 74]. Der „pädiatrische Anhaltsbogen“ ist ein kategoriales Beobachtungsraster, das drei Belastungsbereiche unterscheidet:

⁵ weitere Informationen (inkl. „Anhaltsbogen“ im Anhang) finden sich in [4].

⁶ In Deutschland ist die U3 in der 4.-5. Lebenswoche, die U4 im 3.-4. Lebensmonat, die U5 im 6.-7. Lebensmonat und die U6 im 10.-12. Lebensmonat vorgesehen [73].

- psychosoziale Belastungen, die die Bewältigungsmöglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen;
- klinisch relevante Regulationsstörungen des Säuglings;
- klinisch relevante Hinweise auf eine postpartale Depression [61].

Die Anamnese der psychosozialen Belastungen des Beobachtungsrasters gliedert sich in a) Familienanamnese, b) Auffälligkeiten beim Kind, c) Belastungen der Hauptbezugsperson und d) Eltern-Kind-Interaktion mit insgesamt 13 Kategorien. Bei der a) Familienanamnese geht es primär darum, einzuschätzen, ob die Familie genügend Bewältigungsmöglichkeiten hat oder ob die momentanen Belastungen diese zu übersteigen drohen. Bei b) Auffälligkeiten beim Kind soll die Entwicklung und das Verhalten des Kindes aus Sicht des/r Pädiaters/in und der Eltern eingeschätzt werden. Des Weiteren wird berücksichtigt, ob Auffälligkeiten des Kindes hinsichtlich Pflege/Ernährung feststellbar sind. Die c) Belastungen der Hauptbezugsperson beziehen sich v. a. auf mangelnde Unterstützung und/oder starke Erschöpfung der Hauptbezugsperson. Mangelnde Zuwendung (Blick-, Körperkontakt, Ansprache), wenig einfühlsames Handling und Anzeichen von Überforderung weisen auf eine suboptimale d) Eltern-Kind-Interaktion hin. Klinisch relevante Symptome werden anhand der Kategorien exzessives Schreien/starke Unruhe des Kindes, Schlafstörungen und Fütterstörungen (diese sind Hinweise auf Regulationsstörungen) sowie Interessenlosigkeit/Niedergeschlagenheit (Anzeichen postpartaler Depression) beurteilt [62, 75].

Interventionsmöglichkeiten

Bei Hinweisen auf Belastungen soll laut Kinderschutz-Leitlinie der konkrete Unterstützungsbedarf in einem persönlichen Gespräch fachkundig und einfühlsam abgeklärt werden. Die entsprechenden Unterstützungsmaßnahmen sollen sowohl die individuellen Problematiken und Bedürfnisse als auch die Stärken der Frau bzw. der Familie berücksichtigen. Als Beispiele werden lokale oder regionale Angebote der Frühen Hilfen sowie aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen genannt [11].

In Österreich werden „Frühe Hilfen“ als ein Gesamtkonzept von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. gezielten Frühintervention in Schwangerschaft und früher Kindheit definiert, das die Ressourcen und Belastungen von Familien in spezifischen Lebenslagen berücksichtigt. Ziele sind u. a. die frühzeitige und nachhaltige Verbesserung von Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und Eltern, die Förderung von Elternkompetenz, die alltagspraktische Unterstützung sowie die Reduktion von Entwicklungsstörungen und Krankheiten. Es handelt sich um niederschwellige Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Kinder und Eltern. Zentral ist eine multiprofessionelle Kooperation und Vernetzung von Institutionen und Angeboten aus unterschiedlichen Bereichen, z. B. Schwangerschaftsberatung, Elternbildung, Gesundheitswesen, Kinder- und Jugendhilfe, Frühförderung, Bildungsbereich und anderer sozialer Dienste. Details zu den österreichischen Frühen Hilfen sind auf der Webseite sowie in zahlreichen Publikationen nachzulesen.⁷

**kategoriales
Beobachtungsraster
mit 3
Belastungsbereichen**

**Erfassung der
psychosozialen
Belastungen umfasst
Familienanamnese,
Auffälligkeiten beim
Kind, Belastungen der
Hauptbezugsperson
und Eltern-Kind-
Interaktion**

**z.B. lokale oder
regionale Angebote
der Frühen Hilfen und
aus dem Bereich der
Kinder- und
Jugendhilfe und dem
Gesundheitswesen**

Ö: Frühe Hilfen

**niederschwellige
multiprofessionelle
Unterstützungssysteme mit
koordinierten
Hilfsangeboten für
Kinder und Eltern**

⁷ Siehe: <http://www.fruehehilfen.at/>.

keine Angaben zu potentiellen Schäden

Empfehlungen von 7 Leitlinien:

5 Leitlinien empfehlen routinemäßiges Assessment der psychosozialen Risikofaktoren

3 Leitlinien empfehlen Befragung der Frau zu psych. Wohlbefinden, familiärer Unterstützung und Alltagsbewältigung

Potentieller Schaden durch das Screening

In den Leitlinien waren keine Informationen zum potentiellen Schaden durch ein Screening auf psychosoziale Belastungen enthalten.

Zusammenfassung der Empfehlungen

Für dieses Kapitel zum Themenbereich psychische Gesundheit, psychosoziale Belastungen und psychosozialer Unterstützungsbedarf wurden Empfehlungen von 7 Leitlinien [11, 13, 17, 21, 26, 29, 56] identifiziert. Alle eingeschlossenen Leitlinien stimmen überein, dass psychosoziale Belastungen und Unterstützungsbedarf während der Schwangerschaft und nach der Geburt des Kindes – in unterschiedlichem Ausmaß – adressiert werden sollen: Zur frühzeitigen Erkennung eines Unterstützungsbedarfs, wird ein routinemäßiges Assessment der psychosozialen Risikofaktoren während der Schwangerschaft oder nach der Geburt von 5 Leitlinien empfohlen [11, 13, 17, 26, 29]. Dieses soll mittels einer Befragung durch Gesundheitsdienstleistende (z.B. Frauenärzt*innen, Hebammen, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Pädiater*innen) oder durch einen schriftlichen Fragebogen erfolgen und mütterliche, psychosoziale und familiäre Belastungsfaktoren umfassen (siehe Tabelle 3-3) [11]. 3 Leitlinien sprechen sich dafür aus, die Frau bei jedem Kontakt während der Schwangerschaft und/ oder nach der Geburt des Kindes zu ihrem psychischen Wohlbefinden, ihrer familiären Unterstützung und ihren Bewältigungsstrategien für den Alltag zu befragen [11, 17, 56]. Eine weitere NICE-Leitlinie gibt Empfehlungen ab, die sich an medizinisches Personal, aufsuchende Dienste und auch Kinderbetreuungseinrichtungen richten und das Ziel haben, mögliche Faktoren zu identifizieren, die ein Risiko für das soziale und emotionale Wohlbefinden des Kindes darstellen könnten, z.B. psychische Erkrankungen der Eltern, Substanzmissbrauch, Unterstützungsnetzwerke, Eltern-Kind-Beziehung, Verhaltensauffälligkeiten [26].

3.1.2 Spezifische psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt

Definition

bereits vor Schwangerschaft bekannte Erkrankungen oder neu auftretende Störungen

Bei peri- und postpartalen psychischen Störungen kann es sich um psychische Erkrankungen handeln, die bereits vor der Schwangerschaft bekannt waren, und sich verschlechtern oder an Intensität zunehmen. Bei vielen Frauen treten die psychischen Störungen jedoch in der Schwangerschaft oder in den Wochen und Monaten nach der Geburt erstmals auf [76]. Keine andere Lebensphase von Frauen weist ein vergleichbar hohes Risiko einer psychischen Erkrankung oder auch Hospitalisierung wegen einer psychischen Erkrankung auf wie die Postpartalzeit [77].

Baby Blues: postpartale Anpassungsreaktion, keine Therapie nötig

Beim so genannten „Baby Blues“ handelt es sich um eine postpartale Anpassungsreaktion, die 24-48 Stunden nach der Entbindung aufgrund der hormonellen Veränderungen auftritt, in der Regel nicht länger als 2 Wochen dauert und meist ohne spezifische Therapie auskommt. In seltenen Fällen erfolgt ein Übergang in eine postpartale Depression [76].

Die **Wochenbettdepression** (Syn.: Postpartale Depression (PPD); postnatal depression) ist gekennzeichnet durch das Auftreten klassischer Symptome einer Depression, wie z.B. depressive Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Antriebslosigkeit, Schuldgefühle, Schlafstörungen bzw. erhöhte Müdigkeit, Suizidalität. Als Besonderheit findet sich bei der postpartalen Depression eine ansonsten untypische Reizbarkeit [76]. Die postpartale Depression unterscheidet sich mit ihren Symptomen nicht grundlegend von anderen depressiven Episoden, ist jedoch inhaltlich von der Auseinandersetzung mit dem Kind und der Mutterschaft geprägt: Mütter berichten z.B. von einer Gefühlslosigkeit ihrem Kind gegenüber, was wiederum zu Schuld- und Insuffizienzgefühlen sowie z.B. zu Stillproblemen führen kann. Als postpartale Depression werden alle behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen zusammengefasst, die innerhalb von einem Jahr nach der Geburt auftreten [78].

Angststörungen können in der Schwangerschaft oder postpartal auftreten. Die übermäßige Sorge einer Schwangeren oder jungen Mutter um die Gesundheit ihres Kindes kann zu einer generalisierten Angststörung, aber auch zu einer Depression führen. Am häufigsten treten postpartale Panikstörungen auf, die durch kurz dauernde Angstzustände mit körperlichen Symptomen (z.B. Kurzatmigkeit, Beklemmungsgefühlen, Schwindel, Zittern, Schweißausbrüchen, Gefühl des Kontrollverlusts) gekennzeichnet sind [76].

Die schwerste Form einer Erkrankung im Wochenbett ist die **postpartale Psychose**, die meist abrupt in den ersten Tagen nach der Geburt auftritt. Sie ist gekennzeichnet durch eine ausgeprägte Verwirrtheit, eine gesteigerte oder gehemmte Psychomotorik sowie einen rasch wechselnden Affekt (Glücksgefühle, Ängste), auch Halluzinationen oder Wahn treten häufig auf. Wegen der bestehenden Selbst- und Fremdgefährdung ist eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik nötig [78].

Die Geburt des Kindes wird von bis zu einem Drittel der Frauen als traumatisches Ereignis erlebt, wobei dieses subjektive Erleben nicht immer mit dem objektiven Geburtsverlauf übereinstimmen muss. Es kann zu Anpassungsstörungen und sogar zum Vollbild der **posttraumatischen Belastungsstörung** (PTBS) kommen [77].

Persönlichkeitsstörungen wie die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (**Borderline-Persönlichkeitsstörung**) treten häufig komorbid mit anderen Störungen wie z.B. Depressionen, Angststörungen oder PTBS auf. Eine Borderline-Persönlichkeitsstörung eines Elternteils kann massive Auswirkungen auf die Lebens- und Entwicklungsbedingungen eines Kindes haben. Es handelt sich dabei um ein durchgängiges, tiefgreifendes Muster einer besonders auffälligen Instabilität im Bereich der Stimmung, der Affektivität und des Selbstbildes. Es kann v.a. in zwischenmenschlichen Beziehungen zu erheblichen Schwierigkeiten und Konflikten kommen [79].

Unter **Schizophrenie** werden schwere psychische Störungen mit Symptomen wie Wahn, Halluzinationen und Ich-Störungen, teilweise auch Störungen der Affektivität, Psychomotorik, des Antriebs und sozialen Verhaltens, zusammengefasst [59]. Die Geburt eines Kindes führt bei schizophrenen Müttern häufig zu Überforderung und zu einer Verschlimmerung oder einem Wiederausbruch der Krankheit [80].

Postpartale Depression: kann bis zu 1 Jahr nach der Entbindung auftreten; klassische Symptome einer Depression, zusätzlich z.B. ambivalente Gefühle zum Kind, was wiederum zu Schuld- und Insuffizienzgefühlen führen kann

Angststörungen: können in der Schwangerschaft und postpartal auftreten; übermäßige Sorgen um die Gesundheit des Kindes

postpartale Psychose: Verwirrtheit, abwechselnd Glücksgefühle und Ängste, Wahn, Halluzinationen

posttraumatische Belastungsstörung: kann nach traumatisch erlebter Geburt auftreten

Borderline-Persönlichkeitsstörung: Instabilität im Bereich Stimmung, Affektivität und Selbstbild, Schwierigkeiten in zwischenmenschl. Beziehungen

Schizophrenie: Symptome wie Wahn, Halluzinationen und Ich-Störungen

Häufigkeit

Baby Blues:	Vom Baby Blues (den so genannten „Heultagen“) sind 40-80 % der Frauen nach der Geburt betroffen [78]. Die Häufigkeit von peri- und postpartalen Depressionen wird mit 10-15 % angegeben [76, 81]. Von Angsterkrankungen sind 6 % der Schwangeren und 10 % der Mütter betroffen [82]. Die postpartale Psychose tritt bei 0,1 – 0,2 % der Wöchnerinnen auf [78]. 1,3-2 % der Frauen leiden nach der Geburt unter einer PTBS [77]. Die Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung liegt bei ca. 1,5-3 % in der Allgemeinbevölkerung [59]. Die Prävalenz einer postpartal auftretenden schizophrenen Erkrankung wird auf 1,9 % geschätzt, wobei die Neuerkrankungsrate 0,3 % beträgt [79].
40-80 %,	
Depressionen:	
10-15 %,	
Angststörungen:	
6-10 %,	
postpartale Psychose:	
0,1-0,2 %	

Empfehlungen

11 Leitlinien eingeschlossen	Insgesamt wurden 11 Leitlinien [13, 15, 17, 18, 21, 29, 34, 40, 42, 48, 53] identifiziert, die Empfehlungen zum Screening auf spezifische psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und postpartal zur Verfügung stellen. Diese werden in der Tabelle nach allgemeinen Empfehlungen, jenen zu postpartalen Depressionen und zu Angststörungen gegliedert.
-------------------------------------	--

Tabelle 3-4: Empfehlungen zum Screening auf spezifische psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und postpartal

Authors, year [reference]	Recommendation		LoE	GoR
Empfehlungen zu psychischen Erkrankungen allgemein				
UK NSC, 2019 [42]	A systematic population screening programme for psychiatric illness in pregnancy is not recommended.	✗	n.r.	n.r.
	Antenatal screening should be offered to women who have a history of psychiatric illness.	(✓)	n.r.	n.r.
SIGN, 2012⁸ [34]	All pregnant women should be asked about personal history of postpartum psychosis, other psychotic disorders (especially bipolar affective disorders and schizophrenia), and severe depressive disorders.	✓	n.r.	D
	All pregnant women should be asked about family history of bipolar disorder or postpartum psychosis.	✓	n.r.	D
NICE, 2014 (last update 2020) [29]	At a woman's first contact with services in pregnancy and the postnatal period, ask about: <ul style="list-style-type: none"> ■ any past or present severe mental illness ■ past or present treatment by a specialist mental health service, including inpatient care ■ any severe perinatal mental illness in a first-degree relative (mother, sister or daughter) 	✓	n.r.	n.r.
Empfehlungen zu postpartaler Depression				
UK NSC, 2019 [40]	A systematic population screening programme for postnatal depression is not recommended.	✗	n.r.	n.r.

⁸ Die Leitlinie ist auf der SIGN-Webseite als gültig gelistet, wird aber im Jahr 2022 zurückgezogen, da die Aktualität der Empfehlungen nicht mehr gewährleistet ist (siehe <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/management-of-perinatal-mood-disorders>, Stand 05.01.2021)

USPSTF, 2019 [53]	The USPSTF recommends that clinicians provide or refer pregnant and postpartum persons who are at increased risk of perinatal depression to counseling interventions. ⁹	(✓)	n.r.	B
VA/DoD, 2018 [18]	We recommend screening for depression using a standardized tool such as the Edinburgh Postnatal Depression Scale or the 9-item Patient Health Questionnaire periodically during pregnancy and postpartum.	✓	n.r.	strong
Australian Government Department of Health, 2018 [13], COPE, 2017 [17]	Undertake psychosocial assessment in conjunction with a tool that screens for current symptoms of depression/anxiety (eg the EPDS).	✓	n.r.	CBR
	Use the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to screen women for a possible depressive disorder. Conduct screening as early as practical in pregnancy and repeat at least once later in pregnancy.	✓	n.r.	strong
COPE, 2017 [17]	Use the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to screen women for a possible depressive disorder in the perinatal period. Complete the first postnatal screening 6-12 weeks after birth and repeat screening at least once in the first postnatal year.	✓	n.r.	strong
USPSTF, 2016 [48]	The USPSTF recommends screening for depression in the general adult population, including pregnant and postpartum women. Screening should be implemented with adequate systems in place to ensure accurate diagnosis, effective treatment, and appropriate follow-up.	✓	n.r.	B
NICE, 2014 (last update 2020) [29]	At a woman's first contact with primary care or her booking visit, and during the early postnatal period, consider asking the following depression identification questions as part of a general discussion about a woman's mental health and wellbeing: <ul style="list-style-type: none"> ■ During the past month, have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless? ■ During the past month, have you often been bothered by having little interest or pleasure in doing things? 	✓	n.r.	n.r.
	At all contacts after the first contact with primary care or the booking visit, the health visitor, and other healthcare professionals who have regular contact with a woman in pregnancy and the postnatal period (first year after birth), should consider: <ul style="list-style-type: none"> ■ asking the 2 depression identification questions and the GAD-2 as part of a general discussion about her mental health and wellbeing and ■ using the EPDS or the PHQ-9 as part of monitoring. 	✓	n.r.	n.r.

⁹ Die Leitlinie kommt zu dem Schluss, dass es derzeit kein akkurates Screening-Tool zur Identifizierung von jenen Frauen gibt, die ein erhöhtes Risiko für eine perinatale Depression haben und daher von Präventionsmaßnahmen profitieren könnten. Als pragmatische Herangehensweise schlägt die USPSTF daher vor, Frauen mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren eine Beratungsintervention anzubieten: Depression in der Anamnese, aktuelle depressive Symptome, bestimmte sozio-ökonomische Risikofaktoren wie geringes Einkommen, Teenager-Schwangerschaft oder Alleinerziehende, rezente häusliche Gewalt, Angstsymptome oder mehrere signifikante negative Lebensereignisse [53].

CTFPHC, 2013¹⁰ [15]	For adults in subgroups of the population who may be at increased risk of depression (e.g., perinatal and postpartum status), we recommend not routinely screening for depression.	✗	n.r.	weak
SIGN, 2012¹¹ [34]	Enquiry about depressive symptoms should be made, at minimum, on booking in and postnatally at 4 to 6 weeks and 3 to 4 months.	✓	n.r.	D
NICE, 2006 (last update 2015) [21]	At 10–14 days after birth, women should be asked about resolution of symptoms of baby blues (for example, tearfulness, feelings of anxiety and low mood). If symptoms have not resolved, the woman should be assessed for postnatal depression, and if symptoms persist, further evaluated (urgent action).	✓	n.r.	n.r.
Empfehlungen zu Angststörungen				
Australian Government Department of Health, 2018 [13], COPE, 2017 [17]	Be aware that an anxiety disorder is very common in the perinatal period and should be considered in the broader clinical assessment.	✓	n.r.	CBR
	As part of the clinical assessment, use anxiety items from other screening tools (eg EPDS items 3, 4 and 5; Depression Anxiety Stress Scale anxiety items; and Kessler Psychological Distress Scale items 2, 3, 5 and 6) and relevant items in structured psychosocial assessment tools (eg the Antenatal Risk Questionnaire [ANRQ]).	✓	n.r.	CBR
NICE, 2014 (last update 2020) [29]	At a woman's first contact with primary care or her booking visit, and during the early postnatal period, consider asking about anxiety using the 2-item Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-2): <ul style="list-style-type: none"> ■ Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by feeling nervous, anxious or on edge? ■ Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by not being able to stop or control worrying? 	✓	n.r.	n.r.

Screening-Methoden

Anamnese/ Befragen nach früheren psych. Erkrankungen

Für psychische Erkrankungen allgemein nennen die Leitlinien als Screening-„Methode“ die Anamnese, also das Befragen nach früheren psychischen Erkrankungen der Frau selbst oder der nahen Verwandten [29, 34].

Screening-Tests für postpartale Depressionen: EPDS, PHQ-9, Whooley Questions

Für ein spezifisches Screening auf **Depressionen** während der Schwangerschaft oder nach der Geburt des Kindes empfehlen die identifizierten Leitlinien folgende Screening-Instrumente:

- den „Edinburgh Postnatal Depression Scale“ (EPDS) [13, 17, 18, 29],
- den „Patient Health Questionnaire-9“ (PHQ-9) [18, 29],

¹⁰ Die Empfehlung aus 2013 ist als gültige Empfehlung auf der Webseite der CTFPHC aufgeführt. Eine neue Leitlinie zu „Depression in pregnancy and postpartum“ ist derzeit in Bearbeitung und soll laut Webseite 2020/2021 veröffentlicht werden (siehe <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/upcoming-guidelines/depression-in-pregnancy-and-postpartum/>, Stand 05.01.2021)

¹¹ Die Leitlinie ist auf der SIGN-Webseite als gültig gelistet, wird aber im Jahr 2022 zurückgezogen, da die Aktualität der Empfehlungen nicht mehr gewährleistet ist (siehe <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/management-of-perinatal-mood-disorders>, Stand 05.01.2021)

- die „Whooley Questions“¹² als Teil eines allgemeinen Gesprächs über die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden der Frau [29].

Bezüglich eines Screenings auf **Angsterkrankungen** sprechen sich die identifizierten Leitlinien für den Einsatz folgender Screening-Instrumente aus:

- den „Generalized Anxiety Disorder“ scale (GAD-2) [29],
- Fragen zu Ängsten aus anderen Screening-Tools (z.B. EPDS, „Depression Anxiety Stress Scale“, „Kessler Psychological Distress Scale“) als Teil der klinischen Untersuchung [13, 17].

Screening-Tests für Angsterkrankungen: GAD-2, Fragen zu Ängsten aus anderen Tools (z.B. EPDS)

Interventionsmöglichkeiten

Mögliche Interventionen umfassen je nach Erkrankung und Schwere der Symptomatik [17, 46]:

- Psychoedukation,
- Selbsthilfegruppen,
- Beratungs- und psychologische Interventionen,
- Psychotherapie, z.B. kognitive Verhaltenstherapie,
- pharmakologische Behandlung.

unterschiedliche psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen; medikamentöse Behandlung

Potentieller Schaden durch das Screening

Die potentiellen Schäden durch das Screening und durch die Behandlung mittels kognitiver Verhaltenstherapie werden als gering eingeschätzt [46]. Beim Einsatz von pharmakologischer Behandlung müssen die potentiellen Vorteile und Risiken mit der Frau ausführlich besprochen und sorgfältig gegeneinander abgewogen werden [17].

sorgfältiges Abwägen der Vor- und Nachteile bei Einsatz von Pharmakotherapie

Zusammenfassung der Empfehlungen

Insgesamt wurden 11 Leitlinien [13, 15, 17, 18, 21, 29, 34, 40, 42, 48, 53] identifiziert, die Empfehlungen zum Screening auf spezifische psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und postpartal zur Verfügung stellen.

Empfehlungen von 11 Leitlinien:

Bezüglich psychischer Erkrankungen allgemein sprechen sich 2 Leitlinien [29, 34] dafür aus, alle Frauen in der Schwangerschaft mittels Anamnese zu eventuellen früheren psychischen Erkrankungen und deren Behandlung sowie psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit Geburt und Wochenbett bei nahen Verwandten zu befragen. Eine weitere Leitlinie [42] spricht sich gegen ein routinemäßiges Screening bei Schwangeren aus, empfiehlt aber ein Screening bei jenen Frauen, die bereits eine psychische Erkrankung hatten.

Befragung zu früheren psych. Erkrankungen: 2 Leitlinien dafür, 1 Leitlinie dagegen

¹² Waren Sie innerhalb des letzten Monats oft dadurch beeinträchtigt, dass Sie sich matt, depressiv oder verzweifelt gefühlt haben? („During the past month, have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless?“); Waren Sie innerhalb des letzten Monats oft dadurch beeinträchtigt, dass Sie wenig Interesse oder Freude daran gehabt haben, etwas zu unternehmen? („During the past month, have you often been bothered by little interest or pleasure in doing things?“)

Routine-Screening auf postpartale Depression in der Schwangerschaft und nach der Geburt: 6 Leitlinien dafür, 2 Leitlinien dagegen

Es wurden 6 Leitlinien identifiziert, die ein Routine-Screening aller Schwangeren auf **(postpartale) Depression** empfehlen [13, 17, 18, 29, 34, 48]. Dieses sollte zu Beginn der Schwangerschaft durchgeführt werden und zumindest einmal im Laufe der Schwangerschaft [13, 17] bzw. regelmäßig [18] wiederholt werden. Auch im Wochenbett bzw. im ersten Jahr nach der Geburt soll das Screening durchgeführt werden [17, 18, 29, 34]. Die Leitlinie zur Wochenbettbetreuung empfiehlt, Frauen 10-14 Tage nach der Geburt nach dem Abklingen der Symptome des Baby Blues zu fragen und ggfs. auf postpartale Depression zu screenen [21]. 2 Leitlinien [15, 40] sprechen sich gegen ein systematisches Routine-Screening auf postpartale Depression aus. Eine weitere Leitlinie [53] widmet sich dem Thema Prävention von postpartaler Depression und empfiehlt, dass jene Schwangeren bzw. Mütter, die ein erhöhtes Risiko aufweisen (z.B. Depression in der Anamnese, aktuelle depressive Symptome, bestimmte sozioökonomische Risikofaktoren, mehrere signifikante negative Lebensereignisse) zu Beratungsinterventionen überwiesen werden.

Routine-Screening auf Angststörungen: 3 Leitlinien dafür

Zum Thema **Angststörungen** wurden Empfehlungen von 3 Leitlinien [13, 17, 29] identifiziert, die sich alle für ein routinemäßiges Screening während der Schwangerschaft und nach der Geburt aussprechen.

3.1.3 Substanzkonsum während der Schwangerschaft

Definition

Definition Substanzkonsum, z.B. Alkohol, Drogen, Nikotin

Der Pschyrembel definiert Substanzkonsum als die „Einnahme von Substanzen wie Alkohol, Drogen oder Nikotin, die häufig konsumiert werden, um einen als angenehm empfundenen Zustand bzw. die Vermeidung von Unlustgefühlen zu erzielen. Viele dieser Substanzen führen bei wiederholter Einnahme zu einem Abhängigkeitssyndrom. Bei Überdosierung drohen Vergiftungserscheinungen bis hin zu lebensbedrohlichen Zuständen.“ [59]

zahlreiche negative Folgen für die kindliche Entwicklung durch mütterliches Rauchen während der Schwangerschaft

Mütterliches **Rauchen** während der Schwangerschaft stellt für die kindliche Entwicklung ein erhebliches Risiko dar. Zu den negativen Folgen gehören z.B. erhöhte Fehl-, Tot- und Frühgeburtsraten, Mangel durchblutung der Plazenta, pränatale Wachstumsstörungen, geringes Geburtsgewicht, erhöhtes Risiko für angeborene Fehlbildungen und plötzlichen Kindstod. Langfristig erhöht Rauchen in der Schwangerschaft auch das Risiko für verschiedene Krankheiten und Entwicklungsstörungen des Kindes, z.B. Asthma, Mittelohrentzündungen, Übergewicht und Verhaltensauffälligkeiten [83].

schwerwiegende Schädigungen des Kindes durch Alkoholmissbrauch in der Schwangerschaft

Mütterlicher **Alkoholkonsum** während der Schwangerschaft, entweder in Form eines chronischen oder auch akuten Missbrauchs, führt abhängig von der Dauer des Alkoholkonsums und der Höhe des Alkoholspiegels zu schwerwiegenden Schädigungen des Ungeborenen. Unter dem Begriff Fetale Alkoholspektrum-Störungen (FAS) werden Schädigungen des ungeborenen Kindes durch mütterlichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft zusammengefasst. Es kommt zu Wachstumsauffälligkeiten, typischen Gesichtszügen, Fehlbildungen, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, Intelligenzminderungen sowie partiellen und globalen Alltagseinschränkungen [59].

fetale Alkoholspektrum-Störungen

Abhängigkeit von illegalen Substanzen mit psychotroper Wirkung

Drogenabhängigkeit ist definiert als die Abhängigkeit von illegal bzw. nicht bestimmungsgemäß verwendeten Substanzen mit psychotroper Wirkung (z.B. Amphetamine, Halluzinogene, Opiode) [59].

Häufigkeit

Rezente Angaben zur Prävalenz von Substanzkonsum während der Schwangerschaft in Österreich konnten nicht identifiziert werden.

Rauchen: Im Rahmen der Datenerhebung für die deutsche KiGGS-Studie¹³ (Welle 2, 2014-2017) gaben 10,9% der Mütter von 0- bis 6-jährigen Kindern an, während der Schwangerschaft geraucht zu haben. Der Anteil der Raucherinnen war höher bei Müttern, die bei der Geburt des Kindes jünger als 25 Jahre waren, und bei niedrigem sozioökonomischen Status [83].

Alkohol: Es wird angenommen, dass weltweit ca. 10% der Schwangeren Alkohol konsumieren. Im Rahmen der deutschen KiGGS-Studie (2003-2006) gaben ca. 1% der Frauen regelmäßigen Alkoholkonsum und 14% gelegentlichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft an [84]. Die Häufigkeit der Fetalen Alkohol-Spektrum-Störungen beträgt laut Pschyrembel 0,2–8,2 von 1.000 Neugeborenen in Europa [59].

Illegale Drogen: Die aktuellsten Schätzungen kommen in Österreich für die Jahre 2016 und 2017 auf eine Anzahl von 35.000 bis 38.000 Personen mit risikoreichem Drogenkonsum unter Beteiligung von Opioiden [85].

keine rezenten Zahlen aus Ö

D 2014-2017: ca. 11% haben in der Schwangerschaft geraucht

D 2003-2006: 1% regelmäßiger u. 14% gelegentlicher Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

Ö 2016/17: insges. ca. 35.000 – 38.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum

Empfehlungen

Insgesamt wurden 11 Leitlinien [13, 18, 20, 25, 36, 37, 39, 52, 54-56] identifiziert, die zum Thema Substanzkonsum Screening- und/oder Beratungsempfehlungen aussprechen. Die Empfehlungen wurden in der Tabelle nach allgemeinen Empfehlungen (z.B. für Rauchen, Alkohol und illegale Drogen) und nach spezifischen Empfehlungen für einzelne Substanzen gegliedert.

11 Leitlinien mit Empfehlungen zum Substanzkonsum

Tabelle 3-5: Empfehlungen zum Thema Substanzkonsum während der Schwangerschaft

Authors, year [reference]	Recommendation		LoE	GoR
Empfehlungen zu Substanzkonsum allgemein				
VA/DoD, 2018 [18]	We recommend screening for use of tobacco, alcohol, illicit drugs, and unauthorized use of prescription medication because their use is common and can result in adverse outcomes.	✓	n.r.	strong
SOGC, 2017 [37]	All pregnant women and women of childbearing age should be screened periodically for alcohol, tobacco, prescription, and illicit drug use.	✓	III	A
	Women should be counselled about the risks of periconception, antepartum, and postpartum substance use.	✓	III	B
WHO, 2017a [56]	Health care providers should ask all pregnant women about their use of alcohol and other substances (past and present) as early as possible in the pregnancy and at every antenatal care visit.	✓	n.r.	recommended

¹³ KiGGS = Langzeitstudie des deutschen Robert Koch-Instituts zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland

NICE, 2008 (last update 2019) [20]	Antenatal information should be given to pregnant women according to the following schedule. At the first contact with a health professional: <ul style="list-style-type: none"> ... lifestyle advice, including smoking cessation, and the implications of recreational drug use and alcohol consumption in pregnancy... 	✓	n.r.	n.r.
Empfehlungen zu Tabakkonsum				
USPSTF, 2021 [55]	The USPSTF recommends that clinicians ask all pregnant persons about tobacco use, advise them to stop using tobacco, and provide behavioral interventions for cessation to pregnant persons who use tobacco.	✓	n.r.	A
Australian Government Department of Health, 2018 [13]	At the first antenatal visit: <ul style="list-style-type: none"> assess the woman's smoking status and exposure to passive smoking give the woman and her partner information about the risks to the unborn baby associated with maternal and passive smoking if the woman smokes, emphasise the benefits of quitting as early as possible in the pregnancy and discuss any concerns she or her family may have about stopping smoking. 	✓	n.r.	A
WHO, 2017a [56]	Health-care providers should ask all pregnant women about their tobacco use (past and present) and exposure to second-hand smoke as early as possible in the pregnancy and at every antenatal care visit.	✓	n.r.	recommended
NICE, 2010 (last update 2018) [25]	Midwives should (at first maternity booking and subsequent appointments): <ul style="list-style-type: none"> Assess the woman's exposure to tobacco smoke through discussion and use of a CO test. Explain that the CO test will allow her to see a physical measure of her smoking and her exposure to other people's smoking. Ask her if she or anyone else in her household smokes. To help interpret the CO reading, establish whether she is a light or infrequent smoker. Other factors to consider include the time since she last smoked and the number of cigarettes smoked (and when) on the test day. Provide information (for example, a leaflet) about the risks to the unborn child of smoking when pregnant and the hazards of exposure to secondhand smoke for both mother and baby ... Explain about the health benefits of stopping for the woman and her baby. Advise her to stop – not just cut down. 	✓	n.r.	n.r.
	Those responsible for providing health and support services for the target group of women (except midwives) ¹⁴ should: <ul style="list-style-type: none"> Use any appointment or meeting as an opportunity to ask women if they smoke. If they do ... advise them to stop. 	✓	n.r.	n.r.

¹⁴ including GPs, practice nurses, health visitors, family nurses; Obstetricians, paediatricians, sonographers; those working in youth and teenage pregnancy services, children's centres and social services; those working in fertility clinics, dental practices, community pharmacies and voluntary and community organisations [25]

NICE, 2008 (last update 2019) [20]	At the first contact with the woman, discuss her smoking status, provide information about the risks of smoking to the unborn child and the hazards of exposure to secondhand smoke. Address any concerns she and her partner or family may have about stopping smoking.	✓	n.r.	n.r.
	Pregnant women should be informed about the specific risks of smoking during pregnancy (such as the risk of having a baby with low birthweight and preterm birth). The benefits of quitting at any stage should be emphasised.	✓	n.r.	n.r.
Empfehlungen zu Alkoholkonsum				
SOGC, 2020 [39]	All pregnant women should be questioned about alcohol use by asking a single question (in a nonjudgmental way) to determine use. If women consume alcohol, one of the following screening tools should be used: AUDIT-C or T-ACE, or another evidence-based screening tool available in the provincial/territorial prenatal record. If women consume alcohol, pattern of use should be established to screen for binge drinking.	✓	high	strong
	Every clinical encounter is an opportunity to discuss alcohol use. All women of child-bearing age should be periodically screened for problematic alcohol use.	✓	high	strong
SIGN, 2019 [36]	All pregnant and postpartum women should be screened for alcohol use with validated measurement tools by service providers who have received appropriate training in their use. All women should be advised not to consume alcohol in pregnancy; additionally those women drinking above the low-risk guideline for the general population should be offered early, brief interventions (ie counselling and/or other services).	✓	n.r.	strong
	Use of the T-ACE, TWEAK or AUDIT-C tools in screening women in the antenatal period for alcohol consumption should be considered.	(✓)	n.r.	conditional
	Associated use of particular biomarkers, such as CDT and PEth, alongside brief screening questionnaires, should be considered.	(✓)	n.r.	conditional
USPSTF, 2018 [52]	The USPSTF recommends screening for unhealthy alcohol use in primary care settings in adults 18 years or older, including pregnant women, and providing persons engaged in risky or hazardous drinking with brief behavioral counseling interventions to reduce unhealthy alcohol use.	✓	n.r.	B
Australian Government Department of Health, 2018 [13]	Advise women who are pregnant or planning a pregnancy that not drinking is the safest option as maternal alcohol consumption may adversely affect the developing fetus.	✓	n.r.	CBR
Empfehlungen zu Drogenkonsum				
Australian Government Department of Health, 2018 [13]	Advise women that use of prescription and over-the-counter medicines should be limited to circumstances where the benefit outweighs the risk as few medicines have been established as safe to use in pregnancy.	✓	n.r.	CBR
	Early in pregnancy, assess a woman's use of illicit substances and misuse of pharmaceuticals and provide advice about the associated harms.	✓	n.r.	CBR

	Asking about substance use at subsequent visits is important as some women are more likely to report sensitive information only after a trusting relationship has been established.	✓	n.r.	PP
NICE, 2008 (last update 2019) [20]	The direct effects of <i>cannabis</i> on the fetus are uncertain but may be harmful. Cannabis use is associated with smoking, which is known to be harmful; therefore women should be discouraged from using cannabis during pregnancy.	✓	n.r.	C
USPSTF, 2020 [54]	The USPSTF recommends screening by asking questions about unhealthy drug use in adults 18 years or older ¹⁵ . Screening should be implemented when services for accurate diagnosis, effective treatment, and appropriate care can be offered or referred. (Screening refers to asking questions about unhealthy drug use, not testing biological specimens)	✓	n.r.	B

Screening-Methoden

Befragung mittels offener, nicht-wertender Fragen

Das Screening auf Substanzkonsum während der Schwangerschaft soll in erster Linie mittels einer Befragung durchgeführt werden. Hierfür werden offene, nicht-wertende Fragen empfohlen [37].

schriftlicher Fragebogen

Es kann auch ein schriftlicher Fragebogen eingesetzt werden, z.B. jener zum Tabakkonsum der AHMAC-Leitlinie [13]: „Welche der folgenden Aussagen beschreibt Ihren Umgang mit Zigaretten am besten?“:

- “Ich rauche derzeit täglich, ungefähr die gleiche Anzahl an Zigaretten wie bevor ich erfahren habe, dass ich schwanger bin.“
- “Ich rauche derzeit täglich, habe aber die Anzahl der Zigaretten reduziert, seit ich erfahren habe, dass ich schwanger bin.”
- “Ich rauche ab und zu.”
- “Ich habe aufgehört zu rauchen, seit ich erfahren habe, dass ich schwanger bin.”
- „Ich habe nicht geraucht, als ich erfahren habe, dass ich schwanger bin, und ich rauche derzeit nicht.“

standardisierte Fragebögen, z.B. T-ACE und AUDIT-C zum Alkoholkonsum

Zum Screening auf Alkoholkonsum werden zudem unterschiedliche standardisierte Screening-Fragebögen angeführt, die zum Einsatz kommen können, z.B. der T-ACE¹⁶ und der AUDIT-C¹⁷ Fragebogen. Es handelt sich um rasch durchführbare und leicht administrierbare Kurzfragebögen [39].

Kohlenmonoxidtest

Um die Exposition der Schwangeren durch Tabakrauch (auch Passivrauch) zu messen, kann weiters auch ein Kohlenmonoxidtest durchgeführt werden [25].

¹⁵ „This recommendation applies to adults 18 years or older, *including pregnant and postpartum persons*, and adolescents aged 12 to 17 years in primary care settings.“ [54]

¹⁶ T-ACE (*Tolerance, Annoyed, Cut down, Eye-opener*): Messinstrument bestehend aus 4 Fragen, mit deren Hilfe risikoreicher Alkoholkonsum identifiziert werden kann

¹⁷ AUDIT-C (*Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption*): Kurzform des AUDIT, bestehend aus den 3 Fragen zum Konsum

Interventionsmöglichkeiten

Bezüglich **Tabakkonsum** werden von den identifizierten Leitlinien v.a. folgende Interventionsmöglichkeiten genannt [13, 37, 55]:

- Informationen zu den Risiken des Rauchens während der Schwangerschaft, zu den Vorteilen eines Rauchstopps und zu Unterstützungsmöglichkeiten
- Entwöhnungsberatung
- kognitive Verhaltenstherapie
- spezifische Angebote wie Hotlines, Hausbesuche
- „5 A“-Strategie als nützliche Beratungsmethode [55]:
 - *Ask about tobacco use* (zum Tabakkonsum befragen)
 - *Advise to quit through clear, personalized messages* (mit personalisierten Botschaften zum Aufhören raten)
 - *Assess willingness to quit* (die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, abschätzen)
 - *Assist in quitting* (bei der Entwöhnung unterstützen)
 - *Arrange follow-up and support* (Nachbetreuung und Unterstützung organisieren).

Die Evidenz zur Wirksamkeit und Sicherheit von Nikotinersatztherapie bzw. Pharmakotherapie während der Schwangerschaft ist noch unklar; diese sollten daher nur in Erwägung gezogen werden, wenn psychosoziale Interventionen keinen Erfolg zeigen [37].

Interventionen bei positivem Screening-Ergebnis hinsichtlich des **Alkoholkonsums** umfassen u.a. [36, 39, 52]:

- Beratung, Information
- (kurze) verhaltenstherapeutische Interventionen
- intensivere Maßnahmen (inkl. Entzug und Rückfallprophylaxe, je nach individueller Situation)

Die Behandlung bei **illegalem Drogenkonsum** ist von der Art der Substanz, dem Schweregrad der Abhängigkeit und der Art des Konsums abhängig [54]. Es können z.B. folgende Interventionen in Betracht gezogen werden [13, 37]:

- Beratung, Verhaltenstherapie
- Unterstützung bei der Abstinenz oder Reduktion des Konsums, Behandlung von Entzugserscheinungen
- Rückfallprophylaxe
- Pharmakotherapie
- sicherer Konsum („safe use“)

Potentieller Schaden durch das Screening

Die potentiellen Schäden des Screenings auf Alkohol-, Drogen- bzw. Tabakkonsum und darauffolgenden Beratungsinterventionen werden von der USPSTF als gering eingeschätzt [52, 54, 55]. Die Evidenz ist unzureichend, um das Verhältnis von Nutzen und Schaden einer Pharmakotherapie bzw. den Einsatz der E-Zigarette zur Tabakentwöhnung zu beurteilen [55].

Tabakkonsum: Information, Entwöhnungsberatung, kognitive Verhaltenstherapie, „5 A“ Strategie, ...

Evidenz zu Nikotinersatztherapie und Pharmakotherapie unklar

Alkoholkonsum: Beratung, verhaltenstherapeutische Interventionen, ggfs. Entzug und Rückfallprophylaxe

Drogenkonsum: Beratung, Verhaltenstherapie, Entzug, Pharmakotherapie – je nach Art der Substanz und Schweregrad der Abhängigkeit

potentieller Schaden als gering eingeschätzt

Zusammenfassung der Empfehlungen

Empfehlungen von 11 Leitlinien:

Insgesamt wurden 11 Leitlinien identifiziert, die Empfehlungen zum Screening und/oder zur Beratung zum Thema Substanzkonsum in der Schwangerschaft beinhalten.

7 Leitlinien empfehlen Screening auf Tabakkonsum, 5 Leitlinien empfehlen Beratung zu Rauchstopp, Passivrauchen etc.

Ein Routine-Screening aller Schwangeren auf **Tabakkonsum** wird von 7 Leitlinien empfohlen [13, 18, 20, 25, 37, 55, 56], 5 Leitlinien sprechen sich auch explizit für eine Beratung zum Thema Rauchen in der Schwangerschaft, Unterstützung beim Rauchstopp, Passivrauchen sowie gesundheitliche Vorteile des Nichtrauchens für Mutter und Kind aus [13, 20, 25, 37, 55]. NICE [25] spricht sich auch für den Einsatz des Kohlenmonoxidtests aus, der durch die Hebamme (die in Großbritannien die routinemäßige Betreuung der Schwangerschaft übernehmen) durchgeführt werden soll.

5 Leitlinien empfehlen Befragung der Schwangeren nach Alkoholkonsum

5 Leitlinien empfehlen, Schwangere nach ihrem **Alkoholkonsum** zu befragen [18, 36, 39, 52, 56]. 2 Leitlinien geben keine explizite Screening-Empfehlung, sprechen sich aber dafür aus, die Schwangere zu beraten [13, 20].

5 Leitlinien empfehlen Screening auf Drogenkonsum

Ein Screening auf **Drogenkonsum** wird von 5 Leitlinien befürwortet [13, 18, 37, 54, 56], wobei von einer Institution hervorgehoben wird, dass ein mehrmaliges Nachfragen zum Drogenkonsum wichtig sei [13]. Außerdem sollen Frauen über die Risiken des Drogenkonsums informiert und beraten werden [13, 20, 37]. Eine Leitlinie gibt auch die Empfehlung ab, Schwangere zum Thema Einnahme von Medikamenten zu beraten [13].

3.1.4 Häusliche Gewalt und Kindeswohlgefährdung

Definition

häusliche Gewalt = Gewalt zwischen Menschen in naher Beziehung zueinander

Unter dem Begriff „**häusliche Gewalt**“ (engl. domestic violence, intimate partner violence) wird jede Gewaltausübung zwischen Menschen verstanden, die in naher Beziehung zueinanderstehen. Meist wird die Gewalt von Männern gegenüber Frauen und deren Kinder ausgeübt [86].

Kindesmisshandlung = Anwendung körperl. und psych. Gewalt gegenüber Kindern durch Erwachsene

Kindesmisshandlung ist die Anwendung körperlicher und psychischer Gewalt gegenüber Kindern durch Erwachsene, insbesondere durch Eltern und Sorgeberechtigte. Von Kindeswohlgefährdung spricht man, wenn gegenwärtige und unmittelbar bevorstehende Gefahr für körperliche, seelische oder geistige Bedürfnisse eines Kindes anzunehmen ist, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Schädigung des Kindes führt [59].

Unterscheidung zwischen körperlicher, sexualisierter, psychischer Gewalt und Vernachlässigung

Die WHO unterscheidet folgende Formen von Gewalt:

- körperliche Gewalt (z.B. Ohrfeigen, Tritte),
- sexualisierte Gewalt (z.B. Vergewaltigung, sexuelle Nötigung),
- psychische Gewalt (z.B. Demütigung, Drohung, Einschüchterung),
- Vernachlässigung (z.B. gegenüber Kindern) [87].

Häufigkeit

Ö 2011: 30 % der Frauen berichten von bedrohlichen körperlichen oder sexuellen Übergriffen

Eine österreichische Prävalenzstudie aus dem Jahr 2011 zeigte, dass 57 % der Frauen über 16 Jahre bereits mindestens einen körperlichen Übergriff in ihrem Erwachsenenleben erfahren haben, den rund 30 % als bedrohlich wahrgenommen haben. 74 % der Frauen wurden schon einmal sexuell belästigt, wobei wiederum rund 30 % diese sexuelle Belästigung als bedrohlich erlebt

haben. Von psychischen Gewaltübergriffen waren 86 % der Frauen schon einmal in ihrem Erwachsenenleben betroffen; diese wurden von rund 40 % als bedrohlich wahrgenommen [88].

Im Rahmen der Prävalenzstudie wurde auch Gewalterfahrungen in der Kindheit (bis 16 Jahre) erhoben: ca. 75 % der befragten Frauen und Männer berichteten von psychischen und/oder körperlichen Gewalterfahrungen in der Kindheit. 28 % der Frauen und 12 % der Männer waren in ihrer Kindheit sexuellen Übergriffen ausgesetzt [88].

Ö 2011: ca. 75 % berichten von psych. und/oder körperl. Gewalt in Kindheit

Empfehlungen

In Tabelle 3-6 sind die identifizierten Empfehlungen zu den Themen häusliche Gewalt (gegen Frauen) und Kindeswohlgefährdung getrennt voneinander angeführt. Insgesamt wurden zu diesen Themenbereichen 10 Leitlinien [11, 13, 20, 23, 28, 41, 50, 51, 56, 58] eingeschlossen.

10 Leitlinien eingeschlossen

Die sehr umfangreiche Kinderschutzleitlinie [11] umfasst noch zahlreiche weitere interessante Empfehlungen, z.B. auch zur Erkennung von möglicher Kindeswohlgefährdung bei zahnärztlichen Untersuchungen. Einige Empfehlungen wurden in Kapitel 3.1.1 zum Thema Psychosozialer Unterstützungsbedarf angeführt.

u.a. sehr umfangreiche Kinderschutzleitlinie der AWMF

Tabelle 3-6: Empfehlungen zum Thema häusliche Gewalt und Kindeswohlgefährdung

Authors, year [reference]	Recommendation		LoE	GoR
Empfehlungen zu Gewalt während der Schwangerschaft				
UK NSC, 2019 [41]	A systematic population screening programme for partner violence in pregnancy is not recommended.	✘	n.r.	n.r.
Kinderschutz-Leitlinie, 2019 [11]	Frauen sollten durch Fachkräfte ab dem Bekanntwerden der Schwangerschaft zumindest bis 24 Monate nach der Geburt des Kindes nach ihrem Beziehungsumfeld gefragt werden. Bei Hinweisen auf häusliche Gewalt oder Gewalt durch den Partner oder andere Personen im sozialen Umfeld der Frau sollte ihnen der Zugang zu entsprechenden Hilfen ermöglicht werden.	✔	1+	B
USPSTF, 2018 [51]	The USPSTF recommends that clinicians screen for intimate partner violence (IPV) in women of reproductive age and provide or refer women who screen positive to ongoing support services.	✔	n.r.	B
Australian Government Department of Health, 2018 [13]	Explain to all women that asking about family violence is a routine part of antenatal care and enquire about each woman's exposure to family violence.	✔	n.r.	EBR
	Ask about family violence only when alone with the woman, using specific questions or the tool used in your state/territory.		n.r.	CBR

WHO, 2017a [56]	Clinical enquiry about the possibility of intimate partner violence (IPV) should be strongly considered at antenatal care visits when assessing conditions that may be caused or complicated by IPV in order to improve clinical diagnosis and subsequent care, where there is the capacity to provide a supportive response (including referral where appropriate) and where the WHO minimum requirements are met.	(✓)	n.r.	context-specific recommendation
	(During postnatal care) Women should be observed for any risks, signs and symptoms of domestic abuse.	(✓)	n.r.	GDG consensus based on existing WHO guidelines
NICE, 2014 (last update 2018) [28]	Health and social care service managers and managers of specialist domestic violence and abuse services and related services should: <ul style="list-style-type: none"> ■ Clearly display information in waiting areas and other suitable places about the support on offer for those affected by domestic violence and abuse. This includes contact details of relevant local and national helplines. ■ Take steps to ensure people who use the service are given maximum privacy, for example, by arranging the reception area so that people cannot be overheard. ■ Establish a referral pathway to specialist domestic violence and abuse agencies (or the equivalent in a health or social care setting) ... ■ Ensure frontline staff know about the services, policies and procedures of relevant local agencies in relation to domestic violence and abuse. ■ Provide ongoing training and regular supervision for staff who may be asking people about domestic violence and abuse ... 	✓	n.r.	B
	Health and social care service managers and professionals should: <ul style="list-style-type: none"> ■ Ensure frontline staff in all services are trained to recognise the indicators of domestic violence and abuse and can ask relevant questions to help people disclose their past or current experiences of such violence or abuse. The enquiry should be made in private on a one-to-one basis in an environment where the person feels safe, and in a kind, sensitive manner. ■ Ensure trained staff in antenatal, postnatal, reproductive care, sexual health, alcohol or drug misuse, mental health, children's and vulnerable adults' services <i>ask</i> service users whether they have experienced domestic violence and abuse. This should be a routine part of good clinical practice, even where there are no indicators of such violence and abuse. ■ Ensure staff know, or have access to, information about the services, policies and procedures of all relevant local agencies for people who experience or perpetrate domestic violence and abuse. 	✓		
NICE, 2008 (last update 2019) [20]	Healthcare professionals need to be alert to the symptoms or signs of domestic violence and women should be given the opportunity to disclose domestic violence in an environment in which they feel secure.	✓	n.r.	D

Empfehlungen zu Kindeswohlgefährdung				
Kinderschutz-Leitlinie, 2019 [11]	Ärzte und Ärztinnen (einschließlich ihrer Mitarbeitenden), die Früherkennungs-untersuchungen und andere Vorsorge-untersuchungen für Kinder und Jugendliche durchführen, sollen zur Erkennung von Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung sensibilisiert und fortgebildet werden.		3 bis 4	A
	Da beobachtete Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in einer Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung wurzeln können, ein spezifischer Rückschluss auf das Vorliegen einer Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung aber nicht möglich ist, sollten Kinder und Jugendliche mit entsprechenden Auffälligkeiten alters- und entwicklungsgerecht angesprochen und nach ihrem Wohlbefinden in ihrem Umfeld gefragt werden.	(✓)	4	B
	Bei Kindern und Jugendlichen mit beobachteten Verhaltens- und/oder Entwicklungsauffälligkeiten sollten Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen darauf angesprochen und gefragt werden: <ul style="list-style-type: none"> ■ Welche Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten haben Sie beobachtet? ■ Wie schätzen Sie das Wohlbefinden Ihres Kindes ein? ■ Wie reagieren Sie auf Auffälligkeiten? 	(✓)	4	B
	Wenn bei Kindern und Jugendlichen mit beobachteten Verhaltens- und/oder Entwicklungsauffälligkeiten der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung besteht, sollten Informationen, die aus verschiedenen Quellen des kindlichen Umfelds stammen, zusammengetragen werden, um den Verdacht auf eine Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung zu entkräften oder zu erhärten. Hierbei müssen die geltenden Datenschutzbestimmungen berücksichtigt werden.		2++ bis 4	B
	Bei Verdacht auf emotionale Vernachlässigung/ Misshandlung soll eine ausführliche Anamnese der Kinder und Jugendlichen durchgeführt werden.	(✓)	3 bis 4	A
	Bei Verdacht auf emotionale Vernachlässigung/ Misshandlung der Kinder und Jugendlichen sollten Schutz- und Risikofaktoren kritisch eingeschätzt werden. Die Ausprägung und der Schweregrad der Symptome bei Kindern und Jugendlichen, die auf eine mögliche emotionale Vernachlässigung/ Misshandlung hinweisen, stehen in Abhängigkeit von Schutz- und Risikofaktoren.	(✓)	3 bis 4	B
	Zur Erkennung einer emotionalen Vernachlässigung/ Misshandlung sollte auch die Eltern-Kind-Interaktion beobachtet und eingeschätzt werden, um Rückschlüsse auf das Beziehungs- und Bindungsverhalten zwischen Kindern/ Jugendlichen und Personensorgeberechtigten/ Bezugspersonen zu ziehen. Jede Interaktion zwischen Kindern/ Jugendlichen und Personensorgeberechtigten/ Bezugspersonen sollte als Gelegenheit gesehen werden, die Eltern-Kind-Interaktion einzuschätzen.	(✓)	2++ bis 4	B

	Auffälligkeiten im Sozialverhalten, psychische Auffälligkeiten und/oder Störungen von Kindern und Jugendlichen können Hinweise auf eine emotionale Vernachlässigung/Misshandlung sein. Diese sollten beobachtet und eingeschätzt werden und als Ausgangsbefund für weitere Verlaufskontrollen sowie auch als Referenz für bereits zurückliegende Untersuchungsbefunde genutzt werden. Die umfassende komplexe Diagnostik sollte durch Fachkräfte erfolgen.	(✓)	2++ bis 4	B
	Verminderte schulische und kognitive Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen sollte beobachtet und eingeschätzt werden, da dies ein Hinweis auf eine emotionale Vernachlässigung /Misshandlung sein kann.	(✓)	2++ bis 4	B
	Gedeihstörungen, geistige und körperliche Entwicklungsverzögerung bei Kindern und Jugendlichen sollten berücksichtigt werden, da dies ein Hinweis auf eine emotionale Vernachlässigung/Misshandlung sein kann.	(✓)	3 bis 4	B
USPSTF, 2018 [50]	The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of primary care interventions to prevent child maltreatment. ¹⁸ Children with signs or symptoms suggestive of maltreatment should be assessed or reported according to the applicable state laws.	~	n.r.	I
WHO, 2017c [58]	Health care providers should be alert to the clinical features associated with child maltreatment and associated risk factors and assess for child maltreatment without putting the child at increased risk.	(✓)	very low quality	conditional
NICE, 2009 (last update 2017) [23]	If a healthcare professional encounters an alerting feature of possible child maltreatment that prompts them to consider, suspect or exclude child maltreatment as possible explanation, it is good practice to follow the following process: <ul style="list-style-type: none"> ■ Listen and observe; ■ Seek an explanation; ■ Consider, suspect or exclude child maltreatment; ■ Record 	(✓)	n.r.	n.r.

¹⁸ Diese Empfehlung umfasst alle Alters- und Personengruppen von der Geburt bis zum 18 Lebensjahr.

Screening-Methoden

Es werden mehrere Screening-Instrumente angeführt, die für das Screening von Frauen auf **Gewalt durch den Beziehungspartner** verwendet werden können:

- HARK (“Humiliation, Afraid, Rape, Kick”),
- HITS (“Hurt, Insult, Threaten, Scream”) [13, 51],
- E-HITS (“Extended Hurt, Insult, Threaten, Scream”),
- PVS (“Partner Violence Screen”),
- WAST („Woman Abuse Screen Tool”) [51].

Eine Leitlinie [13] stellt zudem Beispiele für mögliche Screening-Fragen zur Verfügung, z.B.:

- Wurden Sie innerhalb des letzten Jahres von Ihrem Partner oder Ex-Partner geschlagen, geohrfeigt, getreten oder anderweitig körperlich verletzt? („Within the last year, have you (ever) been hit, slapped or hurt in other ways by your partner or ex-partner?“),
- Fürchten Sie sich vor Ihrem Partner oder Ex-Partner (oder jemandem in Ihrer Familie)? („Are you (ever) afraid of your partner or ex-partner (or someone in your family)?“),
- Hat Ihr Partner oder jemand aus Ihrer Familie Sie innerhalb des letzten Jahres herabgesetzt, gedemütigt oder versucht Sie zu kontrollieren? („In the last year, has your partner or someone in your family or household ever (often) put you down, humiliated you or tried to control what you can or cannot do?“),
- Benötigen Sie Hilfe? („Would you like help with any of this now?“),
- etc.

Bezüglich eines „Screenings“ auf **Kindeswohlgefährdung** nennt die Kinderschutz-Leitlinie [11] das alters- und entwicklungsgerechte Ansprechen von Kindern und Jugendliche mit beobachteten Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten nach ihrem Wohlbefinden in ihrem Umfeld. Ihre Bezugspersonen sollen zudem folgendermaßen befragt werden:

- Welche Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten haben Sie beobachtet?
- Wie schätzen Sie das Wohlbefinden Ihres Kindes ein?
- Wie reagieren Sie auf Auffälligkeiten?

Interventionsmöglichkeiten

Als mögliche Interventionen bei **häuslicher Gewalt** werden von den inkludierten Leitlinien beispielsweise genannt:

- längerfristige Begleitung mit Beratungs- und aufsuchenden Angeboten [51],
- Überweisung an relevante Unterstützungsdienste (z.B. Frauenberatungsstellen, Frauenhäuser) [13].

Die NICE-Leitlinie betont, dass sichergestellt werden soll, dass das Personal in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen über die entsprechenden Einrichtungen, Richtlinien und Überweisungspfade für Betroffene von häuslicher Gewalt Bescheid weiß. Die Leitlinie stellt zudem zahlreiche Informationen zur Verfügung, wie Einrichtungen und Unterstützungsangebote organisiert und gestaltet sein sollten, z.B. Umgestaltung des Empfangsbereichs um einen

Fragebögen für Screening von Frauen auf Gewalt durch Beziehungspartner

Beispiele für mögliche Screening-Fragen zur häuslichen Gewalt

Screening auf Kindeswohlgefährdung: Befragung der Kinder & Jugendlichen und Bezugspersonen bei Auffälligkeiten von Verhalten und Entwicklung

häusliche Gewalt: z.B. Beratungs-, aufsuchende Angebote, Überweisung an z.B. Frauenberatungsstellen, Frauenhäuser

geschützten Rahmen zu bieten, in dem Gespräche nicht belauscht werden können [28].

Prävention von Kindeswohlgefährdung: z.B. Erziehungsberatung, Psychotherapie, systemische Ansätze

Zur Prävention von **Kindeswohlgefährdung** erwähnt die USPSTF als mögliche Interventionen: Primärversorgungsprogramme zur Identifizierung von Familien mit hohem Risiko und Überweisung an kommunale Unterstützungsangebote, Erziehungsberatung, Psychotherapie zur Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung [50]. Die Kinderschutzleitlinie [11] erwähnt psychotherapeutische Gruppen- oder Einzeltherapien, Elterntrainings und systemische Ansätze, die die ganze Familie einbeziehen.

Potentieller Schaden durch das Screening

potentieller Schaden gering

Die USPSTF geht davon aus, dass das Risiko eines potentiellen Schadens durch das Screening auf häusliche Gewalt oder nachgelagerte Interventionen gering ist [51].¹⁹

soziale Stigmatisierung, Auswirkungen auf Familiendynamik

Für Maßnahmen zur Prävention von Kindesmisshandlung nennt die USPSTF soziale Stigmatisierung und Auswirkungen auf die Familiendynamik als potentielle Schäden [50].

Zusammenfassung der Empfehlungen

Empfehlungen von 7 Leitlinien zu häuslicher Gewalt: 1 Leitlinie gegen Routine-Screening, 4 Leitlinien empfehlen routinemäßige Befragung der Frauen zu häuslicher Gewalt bzw. Beziehungsumfeld

Es wurden Empfehlungen von 7 Leitlinien [11, 13, 20, 28, 41, 51, 56] identifiziert, die sich mit dem Thema **häusliche Gewalt** befassen. Das UK NSC [41] spricht sich gegen ein systematisches Routine-Screening aus. 3 Leitlinien [13, 28, 51] empfehlen explizit, alle Frauen routinemäßig zu häuslicher Gewalt zu befragen, wobei sich diese Empfehlung nicht nur auf die Schwangerschaft beschränkt. NICE spricht sich zudem dafür aus, dass im Gesundheitswesen tätige Personen aufmerksam sein sollen gegenüber Symptomen oder Anzeichen, die auf häusliche Gewalt hindeuten könnten. Es sollte eine Umgebung geschaffen werden, in der Frauen die Möglichkeit gegeben wird, von häuslicher Gewalt zu berichten [20]. Die Kinderschutzleitlinie empfiehlt, Frauen in der Schwangerschaft und in den ersten beiden Jahren nach der Geburt des Kindes nach ihrem Beziehungsumfeld zu befragen und bei Hinweisen auf häusliche Gewalt den Zugang zu entsprechender Hilfe zu ermöglichen [11].

Empfehlungen von 4 Leitlinien zu Kindeswohlgefährdung: 3 Leitlinien empfehlen Achtsamkeit des Gesundheitspersonals bezüglich Anzeichen und Symptomen, 1 Leitlinie empfiehlt Befragung nach Wohlbefinden bei Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten

4 Leitlinien [11, 23, 50, 58] beinhalten Empfehlungen zum Thema **Kindeswohlgefährdung**. 3 Leitlinien sprechen sich dafür aus, dass das Gesundheitspersonal bezüglich Anzeichen und Symptomen von Kindeswohlgefährdung achtsam sein soll und bei Verdacht ein entsprechendes Assessment durchführen soll. Die sehr umfassende deutsche Kinderschutzleitlinie [11] empfiehlt, bei Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten Kinder und Jugendliche alters- und entwicklungsgerecht nach ihrem Wohlbefinden in ihrem Umfeld zu fragen bzw. ihre Bezugspersonen darauf anzusprechen. Auch Auffälligkeiten im Sozialverhalten, psychische Auffälligkeiten/Störungen, verminderte schulische und kognitive Leistungsfähigkeit sowie Gedeihstörungen und geistige und körperliche Entwicklungsverzögerungen sollten beobachtet und eingeschätzt werden, da diese Hinweise auf Vernachlässigung/Misshandlung darstellen könnten. Die Leitlinie gibt zahlreiche weitere Empfehlungen, z.B.,

¹⁹ Im Rahmen des externen Reviews wurde als potentieller Schaden genannt, dass die Fragen für die Frauen unangenehm sein könnten.

dass Ärzt*innen, die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche durchführen, zur Erkennung von Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung sensibilisiert und fortgebildet werden sollen.

3.1.5 Spezifische psychische und Verhaltensstörungen bei Kindern

In diesem Kapitel sollen die Screening-Empfehlungen zu spezifischen psychischen und Verhaltensstörungen bei Kindern zusammengefasst werden. Es wurden Empfehlungen zu folgenden Störungen identifiziert:

- Depression
- Autismus-Spektrum-Störungen
- Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (UEMF)
- Sprachentwicklungsstörungen
- Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS)
- Störungen des Sozialverhaltens

mehrere spezifische psychische und Verhaltensstörungen bei Kindern zusammengefasst

Definition

Bei der **Depression** handelt es sich um eine affektive Störung, die durch gedrückte Stimmung, Interessenverlust und Antriebsarmut gekennzeichnet ist. Weitere Symptome umfassen Konzentrationsstörungen, vermindertes Selbstwertgefühl und Störungen der Psychomotorik [59].

Depression: Symptome z.B. gedrückte Stimmung, Interessenverlust

Autistische Syndrome zählen laut ICD-10²⁰ zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. Unter **Autismus-Spektrum-Störungen** versteht man Autismus-Störungen mit unterschiedlicher Ausprägung von qualitativen Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion, der Sprache und Kommunikation sowie eingeschränkten und stereotypen Verhaltensmustern, Interessen und Aktivitäten [59].

Autismus-Spektrum-Störungen: tiefgreifende Entwicklungsstörung mit unterschiedlicher Ausprägung

Bei der **umschriebenen Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (UEMF)** kommt es zu einer Verzögerung in der Entwicklung oder einer Störung bestimmter motorischer Fertigkeiten zur Bewältigung von Alltagsaufgaben (z.B. Schnürsenkelbinden, Stehen auf einem Bein oder Ballfangen), die nicht durch kognitive Defizite, neurologische Störungen oder Seh- und Hörstörungen erklärbar ist. Als Folge kann es zu Beeinträchtigungen von Schulerfolg, sozialer Integration und emotionaler Entwicklung kommen [59].

UEMF: Verzögerung in der Entwicklung oder Störung bestimmter motorischer Fertigkeiten

Bei den **Sprachentwicklungsstörungen** handelt es sich um Störungen der Sprachverarbeitung (nicht altersentsprechende Entwicklung der sprachlichen Fähigkeit), die sich auf allen linguistischen Ebenen zeigen kann und zu einer Verzögerung oder zum (teilweisen) Ausbleiben der normalen Sprachentwicklung führt. Man unterscheidet primäre Sprachentwicklungsstörungen (ohne erkennbare Ursache oder Komorbidität) und sekundäre Sprachentwicklungsstörungen, welche im Zuge oder als Folge anderer Erkrankungen,

Sprachentwicklungsstörungen: Störungen der Sprachverarbeitung auf versch. linguistischen Ebenen

²⁰ <https://www.icd-code.de>

auftreten (z.B. Autismus-Spektrum-Störungen, Down-Syndrom, Hörstörungen, ...) [59].

ADHS: Symptome z.B. beeinträchtigte Aufmerksamkeit, motorische Überaktivität

Die **Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS)** zählt laut ICD-10 zu den hyperkinetischen Störungen. Leitsymptome sind eine beeinträchtigte Aufmerksamkeit, eine motorische Überaktivität und eine ausgeprägte Impulsivität, die in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß situationsübergreifend auftreten [59].

Störungen des Sozialverhaltens: dissoziales, aggressives Verhalten

Störungen des Sozialverhaltens sind durch ein sich wiederholendes und anhaltendes Muster dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens charakterisiert, welches vor dem Hintergrund des Entwicklungsstandes des Kindes und in Bezug zur Altersgruppe deutlich die Norm übersteigt und mit einer klinischen Beeinträchtigung verbunden ist [9].

Häufigkeit

Depression: 0,5-3,4 % im Vor- und Volksschulalter

Die Häufigkeit der **Depression** reicht von 0,5 -2,1 % im Vorschulalter bzw. bis zu 3,4% im Volksschulalter. Im Jugendalter zeigen sich je nach Studie Prävalenzen zwischen 3,2 % und 8,9 % [89].

Autismus-Spektrum-Störungen: ca. 1 %

Die Prävalenz von **Autismus-Spektrum-Störungen** beträgt laut Pschyrembel ca. 1 % der Bevölkerung im Kindesalter [59].

UEMF: ca. 5-6 %

Die Prävalenz der **UEMF** wird mit 5-6 % angegeben, wobei Buben häufiger betroffen sind [59].

Sprachentwicklungsstörungen: ca. 6 %

Von **Sprachentwicklungsstörungen** sind laut Pschyrembel rund 6 % der Kinder betroffen [59].

ADHS: 4,4 % (D 2014-2017)

Die deutsche KiGGS-Studie²¹ (Welle 2, 2014-2017) zeigte eine Häufigkeit der **ADHS** von 4,4 %, wobei Buben deutlich häufiger die Diagnose ADHS erhielten [90].

Störungen des Sozialverhaltens: 1-5 %

Die Prävalenz von **Störungen des Sozialverhaltens** wird auf 1-3 % für Mädchen und 2-5 % für Buben geschätzt, wobei die Differenz im Jugendalter abzunehmen scheint [9].

Empfehlungen

13 Leitlinien eingeschlossen

In Tabelle 3-7 sind die Screening-Empfehlungen zu spezifischen psychischen und Verhaltensstörungen bei Kindern angeführt. Es wurden insgesamt 13 relevante Leitlinien [7-10, 12, 16, 27, 30, 31, 35, 44-46] identifiziert.

²¹ Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, <http://www.kiggs-studie.de/deutsch/studie.html>

Tabelle 3-7: Empfehlungen zu spezifischen psychischen und Verhaltensstörungen bei Kindern

Authors, year [reference]	Recommendation		LoE	GoR
Empfehlungen zu Depressionen				
USPSTF, 2016²² [46]	The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of screening for major depressive disorder (MDD) in children aged 11 years or younger.	~	insufficient evidence	I (no recommendation)
NICE, 2019 [31]	Healthcare professionals in primary care, schools and other relevant community settings should be trained to detect symptoms of depression, and to assess children and young people who may be at risk of depression. Training should include the evaluation of recent and past psychosocial risk factors, such as age, gender, family discord, bullying, physical, sexual or emotional abuse, comorbid disorders, including drug and alcohol use, and a history of parental depression; the natural history of single loss events; the importance of multiple risk factors; ethnic and cultural factors; and factors known to be associated with a high risk of depression and other health problems, such as homelessness, refugee status and living in institutional settings.		n.r.	n.r.
	When a child or young person is exposed to a single recent undesirable life event, such as bereavement, parental divorce or separation or a severely disappointing experience, healthcare professionals in primary care, schools and other relevant community settings should undertake an assessment of the risks of depression associated with the event and make contact with their parents or carers to help integrate parental/carer and professional responses. The risk profile should be recorded in the child or young person's records.	(✓)	n.r.	n.r.
Empfehlungen zu Autismus-Spektrum-Störungen				
DGKJP & DGPPN, 2016 [10]	Ein Screening der Gesamtpopulation von Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen auf das Vorliegen von Autismus-Spektrum-Störungen soll nicht durchgeführt werden, da die Rate falsch positiver und falsch negativer Ergebnisse bei allen auf Deutsch verfügbaren Screening-Instrumenten hoch ist. Ein Screening von Personen ohne weitere Risikofaktoren oder Symptome mit einer darauf folgenden ausführlichen Diagnostik der (falsch) positiv gescreenten Personen überlastet die spezialisierten Stellen und führt dazu, dass für Personen, bei denen weitere wegweisende Risikofaktoren (s.u.) vorliegen und die Diagnose somit wahrscheinlicher wird, die Wartezeit stark ansteigt.	✗	2-4	A

²² Die USPSTF spricht sich jedoch für ein Screening auf Depressionen bei den 12- bis 18-jährigen Jugendlichen aus. Da diese Alterskohorte außerhalb der Mutter-Kind-Pass Zielgruppen liegt, werden die Leitlinien-Empfehlungen hierzu nicht in der Tabelle angeführt (für nähere Infos siehe [46]).

	Bei Vorliegen eines der folgenden Risikofaktoren sowie zusätzlich mind. einem Symptom, welches auf eine Autismus-Spektrum-Störung hinweist, soll ein Screening überlegt werden: <ul style="list-style-type: none"> ■ genetische Befunde, bei denen ein erhöhte Rate von Autismus-Spektrum-Störungen beschrieben worden ist (z.B. Mutation, Mikrodeletion oder Mikroduplikation, Chromosomenaberration) ■ Medikamenten-Exposition während der Schwangerschaft ■ Virusinfektionen in der Schwangerschaft ■ Geburtsgewicht < 1500g und/oder Geburt < 32. Woche ■ Neonatale Krampfanfälle ■ Geschwisterkind mit Autismus-Spektrum-Störung 	(✓)	n.r.	KKP
USPSTF, 2016 [45]	The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of screening for ASD in young children (aged 18 to 30 months) for whom no concerns of ASD have been raised by their parents or a clinician.	~	insufficient evidence	I (no recommendation)
SIGN, 2016 [35]	Population screening for autism spectrum disorders is not recommended.	✗	2+	strong
	As part of the core programme of child health surveillance, healthcare professionals can aid early identification of children requiring further assessment for ASD and other developmental disorders. Clinical assessment should incorporate a high level of vigilance for features suggestive of ASD, in the domains of social interaction and play, speech, language and communication difficulties and behaviour.	(✓)	2+ bis 4	Strong
Empfehlungen zu Umschriebenen Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen				
CTFPHC, 2016 [16]²³	We recommend against screening for developmental delay using standardized tools in children aged one to four years with no apparent signs of developmental delay and whose parents and clinicians have no concerns about development.	✗	low quality	strong

²³Diese Empfehlung gilt für Kinder im Alter von 1-4 Jahren, die kein hohes Risiko für eine Entwicklungsverzögerung (bezogen auf die Bereiche Grob- und Feinmotorik, Soziales/Emotionales, Sprache, Kognition) haben, keine Anzeichen aufweisen, die auf eine Entwicklungsverzögerung hindeuten, und deren Eltern oder betreuendes Gesundheitspersonal keine Bedenken hinsichtlich der Entwicklung haben [16].

Blank & Vinçon, 2020 [12]	Die Symptome von UEMF sind normalerweise in den frühen Jahren erkennbar. Aufgrund der großen Variabilität bei der normalen motorischen Entwicklung soll eine formelle Diagnose von UEMF bei Kindern unter fünf Jahren nur in Fällen schwerer Beeinträchtigungen gestellt werden. In solchen Fällen soll die Entscheidung, eine Diagnose zu stellen, auf den Erkenntnissen aus mindestens zwei quantitativen motorischen Untersuchungen beruhen, die in einem Abstand von mindestens 3 Monaten erfolgt sind. ²⁴	(✓)	n.r.	GCP ²⁵
Empfehlungen zu Sprachentwicklungsstörungen				
USPSTF, 2015 [44]	The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of screening for speech and language delay and disorders in children aged 5 years or younger.	~	insufficient evidence	I (no recommendation)
Empfehlungen zu Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung				
AAP, 2019 [7]	The pediatrician or other primary care clinician should initiate an evaluation for ADHD for any child or adolescent age 4 years to the 18th birthday who presents with academic or behavioral problems and symptoms of inattention, hyperactivity, or impulsivity.	(✓)	B	strong
DGKJP, DGPPN, DGSPJ, 2017 [8]²⁶	Bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Entwicklungs-, Lern- / Leistungs- oder Verhaltensproblemen oder anderen psychischen Störungen und Hinweisen auf Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und Konzentration oder auf erhöhte Unruhe oder Impulsivität sollte die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass eine ADHS vorliegt und eine entsprechende Abklärung veranlasst werden.	(✓)	moderat	B
NICE, 2018 [30]	Universal screening for ADHD should not be undertaken in nursery, primary and secondary schools.	✗	n.r.	n.r.

²⁴ Die Leitlinie gibt keine explizite Empfehlung zum Thema Screening, erwähnt aber im Text, dass es derzeit aufgrund fehlender geeigneter Screening-Verfahren nicht sinnvoll sei, eine Population auf UEMF zu screenen. Ein frühes Erkennen von Kindern mit motorischen Beeinträchtigungen wird jedoch empfohlen (siehe [12], S.43). Im Anhang ist zudem nachzulesen, dass „die Vorsorgeuntersuchungen nach dem Mutter-Kind-Pass im Alter von 34-38 Monaten, 46-50 Monaten und die Untersuchung im Alter von 58-62 Monaten (Einschulungsuntersuchung) mehrfach die Möglichkeit bieten, motorische Entwicklungsstörungen und Komorbiditäten zu identifizieren. In Ermangelung eines validen Screeninginstruments ist eine Erfassung alltagsrelevanter motorischer Fertigkeiten (z.B. nach Checkliste Symptome) sinnvoll“ (siehe [12], S.121).

²⁵ Die in der Leitlinie angegebenen 2 Pfeile bei dieser Empfehlung weisen darauf hin, dass diese GCP (Good Clinical Practice) Empfehlung mit einem Konsens von mind. 90 % abgestimmt wurde [12].

²⁶ Die Leitlinie ist laut AWMF-Webseite bis Mai 2022 gültig, befindet sich aber derzeit bereits in Überarbeitung (siehe <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-045.html>, Stand 15.01.2021).

Empfehlungen zu Störungen des Sozialverhaltens				
DGKJP, 2016 [9]	Wenn Eltern oder Betreuer des Kindes oder Jugendlichen oder Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen, der Jugendhilfe oder der Schule Hinweise auf ein überdauerndes oppositionelles, aggressives oder dissoziales Verhalten geben, dann soll eine Abklärung des Verdachts auf eine Störung des Sozialverhaltens erfolgen.	(✓)	n.r.	KKP
	Für die erste Beurteilung eines Kindes oder Jugendlichen mit Verdacht auf eine Störung des Sozialverhaltens können störungsübergreifende Fragebogenverfahren (im Eltern-, Pädagogen-, Selbsturteil) hilfreich sein.		n.r.	KKP
NICE, 2013 (last update 2017), [27]	For the initial assessment of a child or young person with a suspected conduct disorder, consider using the Strengths and Difficulties Questionnaire (completed by a parent, carer or teacher).	(✓)	n.r.	n.r.
	The standard components of a comprehensive assessment of conduct disorders should include asking about and assessing the following: <ul style="list-style-type: none"> ■ core conduct disorders symptoms including: patterns of negativistic, hostile, or defiant behaviour in children aged under 11 years; aggression to people and animals, destruction of property, deceitfulness or theft and serious violations of rules in children aged over 11 years ■ current functioning at home, at school or college and with peers ■ parenting quality ■ history of any past or current mental or physical health problems. 	(✓)	n.r.	n.r.

Screening-Methoden

Depression: kein geeigneter Test für Kinder, NICE empfiehlt Assessment bei erhöhtem Risiko bzw. Verdacht auf Depression

Depression: Eine Reihe von Tests, die etwa für Screenings von Jugendlichen (im Alter zwischen 12 und 18 Jahren) von der USPSTF empfohlen werden (wie z. B. der „Patient Health Questionnaire for Adolescents, PHQ-A“ oder das „Beck Depression Inventory – Primary Care version“, BDI-PC) werden für Kinder als ungeeignet befunden [46]. NICE empfiehlt kein spezifisches Screening-Tool. Es soll jedoch das Gesundheitspersonal in der Primärversorgung, der Schule und anderen relevanten Gemeinschaftseinrichtungen dafür ausgebildet werden, Symptome einer Depression zu erkennen und bei Kindern und Jugendlichen mit erhöhtem Risiko ein entsprechendes Assessment durchzuführen. Dabei sollen u.a. folgende Risikofaktoren berücksichtigt werden: Alter, Geschlecht, Familienkonflikte, Mobbing, körperlicher, sexueller oder emotionaler Missbrauch, Depression der Eltern, ethnische und kulturelle Faktoren, Substanzkonsum, andere Faktoren, die mit einem erhöhten Risiko für Depression und andere Gesundheitsprobleme einhergehen, z.B. Obdachlosigkeit, Flüchtlingsstatus [31].

Autismus-Spektrum-Störungen: zahlreiche Instrumente zur Abklärung bei Verdacht

Für ein Screening auf **Autismus-Spektrum-Störungen** (bzw. eine Abklärung, wenn Verdacht besteht), werden zahlreiche Instrumente genannt, z.B.:

- „Checklist for Autism in Toddlers“ (CHAT) (für Kleinkinder im 18. Lebensmonat)
- „modified CHAT“ (M-CHAT), „Modified Checklist for Autism in Toddlers with Follow-Up“ (M-CHAT-F) und „Modified Checklist for

Autism in Toddlers-Revised, with Follow-Up“ (M-CHAT-R/F) (für 18-24 Monate)

- „Childhood Autism Spectrum Test“ (CAST) (für 4-11 Jahre)
- Fragebogen zur sozialen Kommunikation (FSK) (ab 4 Jahre) [10, 35, 45].

Es gibt derzeit keine ausreichend validen Screening-Tests zur Identifizierung von **UEMF**, weshalb ein routinemäßiges Screening einer Population nicht empfohlen wird. Die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen laut Mutter-Kind-Pass bieten die Möglichkeit, motorische Entwicklungsstörungen zu identifizieren, wobei eine Erfassung alltagsrelevanter motorischer Fertigkeiten z.B. nach einer Checkliste sinnvoll ist [12].

Laut USPSTF gibt es für spezifische Screenings-Tests zu **Sprachentwicklungsstörungen** keine ausreichende Evidenz für eine Empfehlung. In den USA gängige Verfahren umfassen „the Ages and Stages Questionnaire“, „the Language Development Survey“ und „the MacArthur-bates Communicative Development Inventory“ [44].

Die deutsche Leitlinie erwähnt einige psychometrisch untersuchte Verfahren zur Erfassung von **ADHS**, z.B. den „Fremdbeurteilungsbogen für ADHS aus dem Diagnostik-System DISYPS-III“ (FBB-ADHS), die „Conners Skalen zu Aufmerksamkeit und Verhalten“ oder die „Diagnose-Checkliste ADHS aus dem Diagnostik-System DISYPS-III“ (DCL-ADHS). Als Screening-Instrument wird aber keines davon empfohlen [8].

In der deutschen Leitlinie zu **Störungen des Sozialverhaltens** (SSV) werden zahlreiche deutschsprachige psychometrisch untersuchte Verfahren zur Erfassung von SSV-Symptomatik, aggressivem Verhalten oder spezifischen Aspekten von Aggressivität im Kindes- und Jugendalter angeführt, z.B. die „Diagnose-Checkliste SSV aus dem Diagnostik-System DISYPS-III“ (DCL-SSV) oder der „Fremdbeurteilungsbogen für SSV aus dem Diagnostik-System DISYPS-III“ (FBB-SSV). Keines davon wird für ein Routine-Screening empfohlen, sie können aber bei Verdacht zur Abklärung angewendet werden [9]. NICE empfiehlt bei Verdacht auf Störungen des Sozialverhaltens den „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ) als erstes Assessment [27].

Interventionsmöglichkeiten

Zur Behandlung einer **Depression** bei Kindern und Jugendlichen gelten psychologische Unterstützungsprogramme und Psychotherapie als „first-line treatments“. Je nach Schweregrad können verschiedene Formen (z.B. ressourcenorientierte Therapie, kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie) in unterschiedlichen Settings (Einzeltherapie, Gruppenangebote, Familientherapie) zum Einsatz kommen [31].

Für **Autismus-Spektrum-Störungen** werden Therapiemöglichkeiten auf verschiedenen Unterstützungsebenen angeführt:

- umfangreiche Informationen für Eltern,
- Begleit- und Interventionsprogramme für Eltern autistischer Kinder,
- verhaltenstherapeutische und psychologische Interventionen,
- medikamentöse Therapien [35].

UEMF: kein geeigneter Screening-Test; Erfassung motorischer Fertigkeiten in Vorsorgeuntersuchungen

Sprachentwicklungsstörungen: lt. USPSTF keine ausreichende Evidenz für spezifische Tests

ADHS: einige untersuchte Verfahren, jedoch nicht empfohlen als Routine-Screening

Störungen des Sozialverhaltens: einige untersuchte Verfahren zur Abklärung (nicht Routine-Screening)

Depression: verschied. Formen von psychologischen Unterstützungsprogrammen und Psychotherapie

Autismus-Spektrum-Störungen: z.B. verhaltenstherap. & psycholog. Interventionen, Begleitprogramme für Eltern

UEMF: Ergo- und Physiotherapie mit Fokus auf Aktivitäten des täglichen Lebens

Zur Behandlung der **UEMF** kommen verschiedene therapeutische Ansätze der Ergo- und Physiotherapie zur Anwendung. Die Leitlinie empfiehlt v.a. aktivitäts- und teilhabeorientierte Ansätze, welche den Fokus auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (einschließlich Körperpflege, Spiel, Freizeit/Sport, ...) legen [12].

Sprachentwicklungsstörungen: Logopädie

Die USPSTF unterstreicht das breite Spektrum an Interventionen zur Behandlung von **Sprachentwicklungsstörungen** und nennt u. a. logopädische Maßnahmen und Therapien aus dem Bereich der Sprachheilkunde [44].

ADHS: z.B. Schulung der Eltern und der Pädagog*innen, kindzentrierte Interventionen

Zur Behandlung der **ADHS** empfiehlt die deutsche Leitlinie für das Kindergarten-/Vorschulalter (3 bis 6 Jahre):

- Elterntraining/Elternschulung für Eltern von Kindern mit ADHS,
- Beratung bzw. Schulung für die Pädagog*innen im Kindergarten,
- kindzentrierte Interventionen (Trainings) zur Verbesserung von Spiel- und Beschäftigungsintensität und –ausdauer oder zur Einübung von Handlungsabläufen im Alltag [8].

Pharmakotherapeutische Interventionen sollten in diesem Alter aufgrund der unzureichend vorhandenen Evidenz nur mit besonderer Vorsicht und nach Ausschöpfung nichtmedikamentöser Therapieoptionen in Betracht gezogen werden [8].

Störungen des Sozialverhaltens: Elterntrainings, Interventionen in Kindergarten/Schule, kindzentrierte psychotherapeutische Interventionen (z.B. soziales Kompetenztraining)

Die Behandlung einer **Störung des Sozialverhaltens** kann je nach spezifischer Ausgestaltung der SSV folgende Therapiekomponenten umfassen:

- Elterntrainings bei dysfunktionalen Erziehungsstrategien der Eltern oder Beeinträchtigung der Eltern-Kind-Beziehung,
- Interventionen in Kindergarten/Schule (Trainings der Pädagog*innen),
- Patient*innen-zentrierte psychotherapeutische Interventionen (z.B. soziale Kompetenztrainings) bei Problemen mit Gleichaltrigen, mangelnder sozial-kognitiver Problemlösefähigkeiten, mangelnder sozialer Fertigkeiten oder affektiven Dysregulationen in Konfliktsituationen [9].

Potentieller Schaden

Risiken/ potentielle Nebenwirkungen bei Einsatz von Pharmakotherapie; soziale Stigmatisierung

In den meisten Leitlinien finden sich bezüglich eines potentiellen Schadens durch Screening und nachfolgende Interventionen keine Informationen. Mehrmals erwähnte Aspekte sind jedoch die Risiken und potentiellen Nebenwirkungen, wenn pharmakologische Therapien zum Einsatz kommen, z.B. in Bezug auf Antidepressiva [46] sowie auf eine medikamentöse Behandlung von autistischen Störungen [35] oder ADHS [30]. Ein weiterer genannter Aspekt ist die soziale Stigmatisierung, die z.B. mit einem Screening auf Depression einhergehen kann [46].

Zusammenfassung der Empfehlungen

Empfehlungen von 13 Leitlinien: eindeutige Empfehlung für Routine-Screening für keine der 6 psych. und Verhaltensstörungen

Zu spezifischen psychischen und Verhaltensstörungen bei Kindern wurden insgesamt 13 Leitlinien [7-10, 12, 16, 27, 30, 31, 35, 44-46] identifiziert, wobei jeweils 1 bis 3 Leitlinien Empfehlungen zu den 6 Themengebieten zur Verfügung stellen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass zu keiner der 6 psychischen und Verhaltensstörungen ein Routine-Screening eindeutig von den eingeschlossenen Leitlinien empfohlen wird.

2 Leitlinien sprechen Empfehlungen für das Screening auf **Depression** aus: die USPSTF [46] empfiehlt zwar ein Screening der Jugendlichen (12-18 Jahre), für die unter 11-Jährigen sei die Evidenz jedoch unzureichend. Laut NICE-Leitlinie [31] sollen Fachkräfte der Gesundheitsversorgung, der Schule und anderer relevanter Gemeinschaftseinrichtungen ein Risikoassessment für eine Depression durchführen, wenn ein Kind in jüngster Zeit einem unerwünschten Lebensereignis ausgesetzt war (z.B. Trauerfall, Trennung der Eltern).

Depression: keine Screening-Empfehlung für Kinder unter 11 J., Risikoassessment bei unerwünschtem Lebensereignis

Zum Screening auf **Autismus-Spektrum-Störungen** liegen Empfehlungen von 3 Leitlinien vor: 2 Leitlinien [10, 35] sprechen sich gegen ein Routine-Screening aus, eine weitere [45] findet diesbezüglich unzureichende Evidenz und gibt daher keine Empfehlung ab. Ein Screening kann in Betracht gezogen werden, wenn ein Risikofaktor (siehe Tabelle 3-7) und mind. ein Symptom vorliegen [10] bzw. soll im Rahmen der routinemäßigen Vorsorgeuntersuchungen des Kindes besonders auf mögliche Anzeichen geachtet werden, die auf Autismus-Spektrum-Störungen hinweisen könnten, v.a. in den Bereichen soziale Interaktion, Sprache und Verhalten [35].

Autismus-Spektrum-Störungen: kein Routine-Screening empfohlen; im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen soll auf mögl. Anzeichen geachtet werden

Beide Leitlinien, die zum Thema **Umschriebene Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen** eingeschlossen wurden, sprechen sich gegen ein Routine-Screening bei Kindern aus, die keine Anzeichen einer Entwicklungsverzögerung aufweisen [12, 16]. Ein frühes Erkennen von Kindern mit motorischen Beeinträchtigungen wird jedoch empfohlen und es wird diesbezüglich auf die Vorsorgeuntersuchungen nach dem Mutter-Kind-Pass verwiesen, bei denen in Ermangelung eines geeigneten Screening-Instruments eine Erfassung alltagsrelevanter motorischer Fertigkeiten, z.B. nach einer Checkliste, sinnvoll sei [12].

UEMF: kein Routine-Screening empfohlen; jedoch bei Vorsorgeuntersuchungen Erfassung alltagsrelevanter motorischer Fertigkeiten mittels Checkliste

Für das Thema **Sprachentwicklungsstörungen** wurde lediglich eine Leitlinie identifiziert, welche aufgrund unzureichender Evidenz keine Empfehlung für oder gegen ein Screening bei Kindern unter 5 Jahren ausspricht [44].

Sprachentwicklungsstörungen: keine Empfehlung aufgrund unzureich. Evidenz

3 Leitlinien geben Empfehlungen zu einem Screening auf **Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung**. Während eine Leitlinie sich gegen ein Routine-Screening in Kindergarten, Volks- und weiterführender Schule ausspricht [30], empfehlen die beiden anderen Leitlinien eine Abklärung von Kindern und Jugendlichen (ab 4 Jahren [7]) mit Entwicklungs-, Lern-/Leistungs- oder Verhaltensproblemen und Hinweisen auf Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit und Konzentration oder auf erhöhte Unruhe oder Impulsivität [7, 8].

ADHS: kein Routine-Screening empfohlen; Abklärung bei z.B. Entwicklungs-, Lern-, Verhaltensproblemen

Zu **Störungen des Sozialverhaltens** wurden 2 relevante Leitlinien eingeschlossen. Diese sprechen sich für eine Abklärung bei Verdacht auf eine Störung des Sozialverhaltens aus [9, 27]. NICE empfiehlt für das erste Assessment bei Verdacht auf eine solche Störung den Einsatz des „Strength and Difficulties Questionnaires“ (SDQ) [27].

Störungen des Sozialverhaltens: kein Routine-Screening; Abklärung bei Verdacht

3.2 Ernährung

Aktualisierung von Ernährung-Kapiteln aus früheren Berichten

Für den Themenbereich Ernährung wurden die in Tabelle 3-8 angeführten Kapitel aus den früheren Berichten als relevant beurteilt und somit aktualisiert.

Tabelle 3-8: Relevante Kapitel/Themenbereiche aus vorangegangenen Berichten zum Themenbereich Ernährung

Bericht	Unterkapitel
Bericht Nr. 62, Update 2014: Schwangerschaft [1]	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kapitel 3.7.1: Übergewicht/ Adipositas ■ Kapitel 5.1.3: Ernährung in der Schwangerschaft sowie Ernährung des Säuglings/Kleinkindes ■ Kapitel 5.1.4: Gewichtsmanagement vor, während und nach der Schwangerschaft
Bericht Nr. 62, Update 2016: frühe Kindheit (0-6 J.) [3]	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kapitel 3.5.2 Adipositas
Bericht Nr. 62, Addendum III: Zusatzthemen Kinder [4]	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kapitel 3.4 Ernährung/ Ess- und Fütterungsverhalten

Zusammenfassung und neue Gliederung in 4 Kapitel

Zur besseren Übersichtlichkeit wurden die Unterkapitel aus den vorangegangenen Berichten folgendermaßen zusammengefasst und gegliedert:

- Übergewicht/ Adipositas der Schwangeren und Gewichtsmanagement während der Schwangerschaft
- Ernährung in der Schwangerschaft und Stillzeit
- Übergewicht/ Adipositas des Kindes
- Ess- und Fütterungsverhalten inkl. Stillen

3.2.1 Übergewicht/ Adipositas der Schwangeren und Gewichtsmanagement während der Schwangerschaft

Definition

**BMI \geq 25 Übergewicht,
BMI \geq 30 Adipositas**

**empfohlene
Gewichtszunahme in
der Schwangerschaft
abhängig von
Ausgangs-BMI**

Der internationalen Klassifikation des Body Mass Index (BMI) für Erwachsene nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge gelten Erwachsene mit einem BMI \geq 25 kg/m² als übergewichtig und jene mit einem BMI \geq 30 als adipös [59]. Die empfohlene Gewichtszunahme während der Schwangerschaft richtet sich nach dem Ausgangs-BMI und ist umso niedriger, je höher der BMI zu Beginn der Schwangerschaft ist. Bei Normalgewicht (BMI zwischen 18,5 und 24,9) sollte die Gewichtszunahme zwischen 11,5 und 16 kg betragen [91].

Häufigkeit

**Ö 2019: 28 % der
Frauen übergewichtig
und 15 % adipös**

Im Jahr 2019 waren in Österreich 27,9 % der Frauen übergewichtig und 15,2 % adipös. In der Gruppe der 15- bis 29- Jährigen waren 16,1 % übergewichtig und 6,7 % adipös, wobei sich dieser Anteil bei den 30- bis 44-Jährigen noch auf 24,5 % bzw. 12,1 % erhöhte [92].

Empfehlungen

Zum Thema Screening auf Übergewicht und Adipositas bei Schwangeren sowie Gewichtsmanagement während der Schwangerschaft wurden Empfehlungen von 6 Leitlinien [13, 14, 18, 20, 24, 38] identifiziert.

6 Leitlinien eingeschlossen

Tabelle 3-9: Screening-Empfehlungen für Übergewicht/ Adipositas der Schwangeren sowie Gewichtsmanagement

Authors, year [reference]	Recommendation		LoE	GoR
Australian Government Department of Health, 2018 [13]	At the first antenatal visit, measure women's weight and height and calculate their body mass index (BMI) to inform gestational weight gain.	✓	n.r.	CBR
	Give women advice about appropriate weight gain during pregnancy in relation to their pre-pregnancy BMI (if recorded) or their BMI at the first antenatal visit.	✓	n.r.	CBR
	At every antenatal visit, offer women the opportunity to be weighed and encourage self-monitoring of weight gain.	✓	n.r.	CBR
	At every antenatal visit, discuss weight change, diet and level of physical activity with all women.	✓	n.r.	CBR
VA/DoD, 2018 [18]	At every visit, assess body mass index (BMI) and weight gain.	✓	n.r.	n.r.
SOGC, 2016 [38]	Measure and discuss weight gain for pregnancy with all women as early in pregnancy and as regularly as is feasible. Recommendations for the range of pregnancy-related weight gain should be based on the woman's prepregnancy body mass index. Gaining weight within recommended ranges will help to optimize maternal, infant, and child health outcomes.	✓	III	A
KCE, 2015 [14]	Offer to weigh each pregnant woman and calculate her BMI starting from the 1st consultation (and/or at a preconception consultation).	✓	B	strong
	Offer to regularly monitor each pregnant women's weight change.	✓	PP	strong
	Advise each pregnant woman on the appropriate weight gain in relation to her BMI.	✓	A	strong
NICE, 2010 (last check 2017) [24]	Measure weight and height at the first contact with the pregnant woman, being sensitive to any concerns she may have about her weight. ... Do not rely on self-reported measures of weight and height. Clearly explain why this information is needed and how it will be used to plan her care ... Calculate BMI ...	✓	n.r.	n.r.
	Do not weigh women repeatedly during pregnancy as a matter of routine. Only weigh again if clinical management can be influenced or if nutrition is a concern.	✗	n.r.	n.r.
NICE, 2008 (last update 2019) [20]	At the booking appointment, maternal weight and height should be measured, and the woman's BMI calculated.	✓	n.r.	n.r.
	Repeated weighing during pregnancy should be confined to circumstances in which clinical management is likely to be influenced.	(✓)	n.r.	n.r.

Berechnung des BMI aus Körpergröße und -gewicht	<p>Screening-Methoden</p> <p>Als Screening-Methode wird die Berechnung des Body Mass Index (BMI) angegeben. Die Berechnung ergibt sich hierfür aus [Körpergewicht in kg] dividiert durch [Körperlänge in m zum Quadrat].</p>
Beratung zu gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität	<p>Interventionsmöglichkeiten</p> <p>Die routinemäßige Erfassung von Größe, Gewicht und BMI erlaubt die Identifikation jener Schwangeren, die zusätzliche Betreuung benötigen. Zudem soll die Beratung hinsichtlich der empfohlenen Gewichtszunahme während der Schwangerschaft an den jeweiligen Ausgangs-BMI angepasst werden. Etwaige Risiken in Verbindung mit z.B. einem erhöhten BMI sollen mit der Schwangeren diskutiert sowie Informationen über gesunde Ernährung und körperliche Aktivität vermittelt werden, wobei hierbei eine respektvolle, positive und unterstützende Herangehensweise empfohlen wird [13].</p>
unnötige Ängste bei wiederholtem Abwiegen	<p>Potentieller Schaden durch das Screening</p> <p>NICE erwähnt die Wichtigkeit, Größe und Gewicht zumindest einmal während der Schwangerschaft zu messen (z. B. beim Erstkontakt), merkt aber auch an, dass von einem wiederholten routinemäßigen Abwiegen im Laufe der Schwangerschaft abgesehen werden sollte, da diese Vorgehensweise unnötige Ängste hervorrufen kann, ohne dass es einen zusätzlichen Nutzen gäbe. Die Ausnahme sind hier schwangere Frauen, bei denen der Ernährungszustand Anlass zur Sorge gibt [20].</p>
Empfehlungen von 6 Leitlinien: alle 6 LL empfehlen Abwiegen und BMI-Berechnung zu Beginn der Schwangerschaft; Beratung zu empfohlener Gewichtszunahme	<p>Zusammenfassung der Empfehlungen</p> <p>Alle 6 Leitlinien [13, 14, 18, 20, 24, 38] empfehlen, schwangere Frauen bei der ersten Untersuchung in der Schwangerschaft zu wiegen und ihren Ausgangs-BMI zu berechnen. Während NICE [20, 24] sich dafür ausspricht, das Wiegen nur dann regelmäßig zu wiederholen, wenn das Gewicht einen Einfluss auf die weitere Betreuung haben könnte bzw. das Thema Ernährung einen Anlass zur Sorge darstellt, empfehlen die anderen Leitlinien [13, 14, 18, 38], die Schwangere regelmäßig bzw. bei jeder Untersuchung abzuwiegen. Weiters soll eine Beratung hinsichtlich der empfohlenen Gewichtszunahme – abhängig vom jeweiligen Ausgangs-BMI – durchgeführt werden [13, 14, 38].</p>
erhöhter Energiebedarf, aber v.a. erhöhter Bedarf an Mikronährstoffen in Schwangerschaft und Stillzeit; daher große Lebensmittelvielfalt (hohe Nährstoffdichte) empfohlen	<p>3.2.2 Ernährung in der Schwangerschaft und Stillzeit</p> <p>Definition</p> <p>Der Energiebedarf steigt in der Schwangerschaft ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel um etwa 250 kcal, ab dem 3. Trimester um weitere 250 kcal. Wird das Baby ausschließlich gestillt (in den ersten 6 Monaten nach der Geburt) ist der Energiebedarf der stillenden Mutter um durchschnittlich 500 kcal erhöht [93]. Da der Bedarf an Mikronährstoffen bei Schwangeren in Relation zum Energiebedarf überproportional steigt, wird eine Ernährung mit großer Lebensmittelvielfalt (hohe Nährstoffdichte) empfohlen. Damit soll die Versorgung mit Energie und Nährstoffen für das Wachstum und die Entwicklung des Kindes gewährleistet und gleichzeitig einer Unterversorgung der Schwangeren vorgebeugt werden [94].</p>

Die Ernährung während der Schwangerschaft hat Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung und das Wohlbefinden des Kindes. Studien deuten darauf hin, dass metabolische Ereignisse während kurzer, sensibler Zeitfenster in der prä- und postnatalen Entwicklung modulierende Eigenschaften auf die Gesundheit im späteren Leben haben. Mangelernährung in der Schwangerschaft kann z.B. zu epigenetischen Veränderungen, geringem Geburtsgewicht und erhöhtem Risiko für Adipositas und Diabetes führen. Auch kommt es bereits im Mutterleib zu einer Prägung der Geschmackspräferenzen [94].

Ernährung während Schwangerschaft hat Einfluss auf gesundheitliche Entwicklung des Kindes; auch Prägung des Geschmacks

Häufigkeit

Laut Österreichischem Ernährungsbericht 2008 konnten schwangere Frauen in Österreich den Mehrbedarf nicht bei allen Nährstoffen decken. Die Energieaufnahme war zu niedrig, die Aufnahme an gesättigten Fetten jedoch zu hoch. Schwangere nahmen durchschnittlich zu wenig Folsäure, Vitamin D, Eisen und Jod zu sich. Auch die Aufnahme der Mikronährstoffe Vitamin B1, Vitamin B2, Vitamin B6 und Calcium lag unterhalb der D-A-CH-Referenzwerte [95]. Eine österreichische Studie mit 190 schwangeren Frauen im 2. und 3. Schwangerschaftsdrittel (Datenerhebung 2017/18) zeigt ein ähnliches Bild: Die Zufuhr der Vitamine A, E, B1, B6 und Folsäure sowie von Kalium, Kalzium, Magnesium, Eisen, Zink und Jod war unzureichend. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit einer unzureichenden Versorgung mit Obst, Gemüse, Getreide und Milchprodukten bei gleichzeitig überhöhter Aufnahme von Fleisch(produkten) und Süßigkeiten. Zusätzlich erreichte lediglich die Hälfte der untersuchten Schwangeren die Empfehlung von 120 Minuten körperliche Aktivität pro Woche [96].

Ö 2008 bzw. 2017/18: Mehrbedarf nicht bei allen Nährstoffen gedeckt; unzureichende Versorgung mit Obst, Gemüse, Getreide und Milchprodukten bei überhöhter Aufnahme von Fleisch und Süßigkeiten

Empfehlungen

Es wurden 6 Leitlinien [13, 18, 22, 24, 38, 56] identifiziert, die zur Ernährung während der Schwangerschaft Empfehlungen aussprechen. Diese beziehen sich einerseits auf die Beratung hinsichtlich einer gesunden Ernährungsweise allgemein und andererseits auf die Supplementierung einzelner Mikronährstoffe. 2 Leitlinien beinhalten auch Empfehlungen hinsichtlich der Ernährung in der Stillzeit [24, 38].

6 Leitlinien eingeschlossen

Tabelle 3-10: Empfehlungen zur Ernährung in der Schwangerschaft und Stillzeit

Authors, year [reference]	Recommendation		LoE	GoR
Australian Government Department of Health, 2018 [13]	Eating the recommended number of daily serves of the five food groups and drinking plenty of water is important during pregnancy and breastfeeding.		n.r.	PP
	Reassure women that small to moderate amounts of caffeine are unlikely to harm the pregnancy.	✓	n.r.	C
	Inform women that dietary supplementation with folic acid, from 12 weeks before conception and throughout the first 12 weeks of pregnancy, reduces the risk of having a baby with a neural tube defect and recommend a dose of 500 micrograms per day.	✓	n.r.	A
	Advise women that taking vitamins A, C or E supplements is not of benefit in pregnancy and may cause harm.	✗	n.r.	B

	Advise women who are pregnant to take an iodine supplement of 150 micrograms each day. Women with pre-existing thyroid conditions should seek advice from their medical practitioner before taking a supplement.	✓	n.r.	CBR
	Do not routinely offer iron supplementation to women during pregnancy.	✗	n.r.	B
	Women at risk of iron deficiency due to limited access to dietary iron may benefit from practical advice on increasing intake of iron-rich foods.	(✓)	n.r.	PP
VA/DoD, 2018 [18]	We recommend folic acid (at least 400 micrograms daily) to be taken starting one month before conception and continued throughout pregnancy and breastfeeding.	✓	n.r.	strong
WHO, 2017a [56]	Counselling about healthy eating and keeping physically active during pregnancy is recommended for pregnant women to stay healthy and to prevent excessive weight gain during pregnancy.	✓	n.r.	recommended
	Daily oral iron and folic acid supplementation with 30 mg to 60 mg of elemental iron and 400 µg (0.4 mg) of folic acid is recommended for pregnant women to prevent maternal anaemia, puerperal sepsis, low birth weight, and preterm birth.	✓	n.r.	Recommended
	Intermittent oral iron and folic acid supplementation with 120 mg of elemental iron and 2800 µg (2.8 mg) of folic acid once weekly is recommended for pregnant women to improve maternal and neonatal outcomes if daily iron is not acceptable due to side-effects, and in populations with an anaemia prevalence among pregnant women of less than 20%.	(✓)	n.r.	context-specific recommendation
	In populations with low dietary calcium intake, daily calcium supplementation (1.5–2.0 g oral elemental calcium) is recommended for pregnant women to reduce the risk of preeclampsia.	(✓)	n.r.	context-specific recommendation
	Vitamin A supplementation is only recommended for pregnant women in areas where vitamin A deficiency is a severe public health problem, to prevent night blindness.	(✓)	n.r.	context-specific recommendation
	Zinc supplementation for pregnant women is only recommended in the context of rigorous research.	(✓)	n.r.	context-specific recommendation
	Multiple micronutrient supplementation is not recommended for pregnant women to improve maternal and perinatal outcomes.	✗	n.r.	not recommended
	Vitamin B6 (pyridoxine) supplementation is not recommended for pregnant women to improve maternal and perinatal outcomes.	✗	n.r.	not recommended
	Vitamin E and C supplementation is not recommended for pregnant women to improve maternal and perinatal outcomes.	✗	n.r.	not recommended
	Vitamin D supplementation is not recommended for pregnant women to improve maternal and perinatal outcomes.	✗	n.r.	not recommended

	For pregnant women with high daily caffeine intake (more than 300 mg per day) lowering daily caffeine intake during pregnancy is recommended to reduce the risk of pregnancy loss and low-birth-weight neonates.		n.r.	context-specific recommendation
SOGC, 2016 [38]	Emphasize the importance of sound nutrition throughout the female lifecycle, with an overall focus on women's intake of nutritious foods in appropriate amounts for maintaining a healthy weight.	✓	I	A
	Support women in understanding how to meet recommendations for specific nutrients of concern during pregnancy, which include folate, iron, choline, omega-3 fatty acids, and iodine.	✓	III	A
	Follow the 2015 Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada guideline for the supplementary use of folic acid by pregnant women. Pregnant women should consume 0.4 to 1 mg folic acid in a daily multivitamin, or if they are at high risk for bearing offspring with neural tube defects, a 4.0 mg folic acid supplement 12 weeks prior to and after conception followed by 0.4 to 1 mg until weaning. Caution women not to take more than 1 daily dose of their multivitamin.	✓ ✗	II-2 III	A B
	Recommend a supplement containing 16 to 20 mg of elemental iron to pregnant women who are in good health. Therapeutic doses of iron may be required for women demonstrating biochemical evidence of iron deficiency. (e.g., a low hemoglobin and a serum ferritin <30 ug/L at any point during pregnancy).	✓	I	A
	Emerging evidence suggests that choline (II-2B), omega-3 fatty acids (I-A), and iodine (I-B) are important nutrients that may be limited in the diets that pregnant women consume. Discuss foods rich in these nutrients (e.g., eggs for choline; fatty fish and nuts/seeds for omega-3 fatty acids; saltwater fish low in methylmercury; and iodized salt) with women as the pregnancy progresses.	✓	I/II	A/B
	Emphasize the importance of limiting or avoiding certain foods during pregnancy (e.g., avoid foods potentially contaminated with bacteria and fish with high levels of methylmercury). Many herbs should be limited or avoided during pregnancy.	✓	III	A
	Emphasize the need for appropriate nutrition to achieve a healthy body weight postpartum (I-A) and promote lactation (II-2B).	✓	I/II-2	A/B
NICE, 2010 (last check 2017) [24]	At the earliest opportunity, for example, during a pregnant woman's first visit to a health professional, discuss her eating habits and how physically active she is. Find out if she has any concerns about diet and the amount of physical activity she does and try to address them.	✓	n.r.	n.r.
	Advise that a healthy diet and being physically active will benefit both the woman and her unborn child during pregnancy and will also help her to achieve a healthy weight after giving birth. Advise her to seek information and advice on diet and activity from a reputable source.	✓	n.r.	n.r.

	Dispel any myths about what and how much to eat during pregnancy. For example, advise that there is no need to 'eat for two' or to drink full-fat milk. Explain that energy needs do not change in the first 6 months of pregnancy and increase only slightly in the last 3 months (and then only by around 200 calories per day).	✓	n.r.	n.r.
	Use the 6–8-week postnatal check as an opportunity to discuss the woman's weight. ... Provide clear, tailored, consistent, up-to-date and timely advice about how to lose weight safely after childbirth. Ensure women have a realistic expectation of the time it will take to lose weight gained during pregnancy. Discuss the benefits of a healthy diet and regular physical activity, acknowledging the woman's role within the family and how she can be supported by her partner and wider family. Advice on healthy eating and physical activity should be tailored to her circumstances ...	✓	n.r.	n.r.
NICE, 2008 (last check 2017) [22]	For women who are pregnant (or who may become pregnant): <ul style="list-style-type: none"> ■ Early in pregnancy, discuss the woman's diet and eating habits and find out and address any concerns she may have about her diet. ■ Provide information on the benefits of a healthy diet and practical advice on how to eat healthily throughout pregnancy. This should be tailored to the woman's circumstances. The advice should include: eat five portions of fruit and vegetables a day and one portion of oily fish a week. 	✓	n.r.	n.r.
	Health professionals should use any appropriate opportunity to advise women who may become pregnant that they can most easily reduce the risk of having a baby with a neural tube defect by taking folic acid supplements. Advise them to take 400 micrograms (µg) daily before pregnancy and throughout the first 12 weeks, even if they are already eating foods fortified with folic acid or rich in folate	✓	n.r.	n.r.
	Prescribe 5 milligrams of folic acid a day for women who are planning a pregnancy, or are in the early stages of pregnancy, if there is a family history of neural tube defects, the woman has had a baby with a neural tube defect or she has diabetes.	✓	n.r.	n.r.

Screening-Methoden

Befragung und Beratung

Es werden keine Screening-Methoden genannt. Die schwangeren Frauen sollen beraten und informiert bzw. zu ihren Ernährungsgewohnheiten befragt werden.

Interventionsmöglichkeiten

ggfs. Überweisung zu Diätolog*in

Eine Überweisung zu einem/einer Diätolog*in soll in Betracht gezogen werden, wenn es Bedenken hinsichtlich der Nährstoffaufnahme gibt, die Schwangere gerne weitere Informationen zur Ernährung für sich und ihre Familie

hätte oder wenn sie Untergewicht oder Übergewicht hat bzw. andere medizinische Gründe (z.B. Diabetes, gastrointestinale Störungen) vorliegen [13].

Potentieller Schaden durch das Screening

In den eingeschlossenen Leitlinien werden keine potentiellen Schäden beschrieben.

**keine potentiellen
Schäden beschrieben**

Zusammenfassung der Empfehlungen

6 Leitlinien sprechen Empfehlungen zur Ernährung während der Schwangerschaft aus. Die WHO [56] und NICE [22, 24] empfehlen eine ausführliche Beratung zu gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität zu Beginn der Schwangerschaft, wobei die Schwangere auch gefragt werden soll, ob sie spezifische Bedenken bzw. Fragen zu ihrer Ernährung hat. Laut SOGC-Leitlinie [38] sollen Schwangere informiert werden, wie sie ihren Bedarf für bestimmte, in der Schwangerschaft wichtige, Nährstoffe decken können (z.B. Folsäure, Eisen, Omega-3-Fettsäuren, Jod).

**Empfehlungen von 6
Leitlinien: ausführliche
Beratung zu gesunder
Ernährung,
Informationen zu
Deckung des
Nährstoffbedarfs**

5 Leitlinien geben Empfehlungen zur Versorgung mit spezifischen Nährstoffen ab. So wird von allen Leitlinien die Supplementierung mit Folsäure empfohlen, die bereits vor der Schwangerschaft begonnen werden soll [13, 18, 22, 38, 56]. Zur Eisensupplementierung gibt es widersprüchliche Empfehlungen: 2 Leitlinien [38, 56] sprechen sich dafür, 1 Leitlinie [13] dagegen aus. Die Supplementierung mit Vitamin A, C oder E wird hingegen nicht empfohlen [13, 56]. Schwangere sollen beraten werden, in welchen Lebensmitteln Cholin (z.B. Eier), Omega-3-Fettsäuren (z.B. fetter Fisch, Nüsse, Samen) und Jod (z.B. methylquecksilberarmer Seefisch, mit Jod angereichertes Salz) enthalten sind [38]. Die SOGC-Leitlinie [38] spricht sich zudem dafür aus, Schwangere zu informieren, welche Lebensmittel vermieden werden sollen (z.B. Fisch mit hohem Methylquecksilbergehalt; Lebensmittel, die möglicherweise mit Bakterienkontaminiert sind; bestimmte Kräuter). Schwangeren mit sehr hohem Kaffeekonsum soll laut WHO-Leitlinie geraten werden, die tägliche Koffeinaufnahme zu verringern [56], während die australische Leitlinie [13] empfiehlt, Frauen zu versichern, dass kleine bis moderate Mengen von Koffein in der Schwangerschaft wahrscheinlich nicht schaden werden.

**Empfehlungen von 5
Leitlinien zur
Supplementierung von
verschied.
Mikronährstoffen:
Folsäure von allen LL
empfohlen, Eisen
widersprüchlich,
Vitamin A, C, E nicht
empfohlen**

**Beratung, welche
Lebensmitteln
vermieden werden
sollen**

Die Leitlinien der SOGC [38] und von NICE [24] beinhalten auch Empfehlungen hinsichtlich der Ernährung in der Stillzeit und sprechen sich dafür aus, die Frauen hinsichtlich gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität während der Stillzeit bzw. nach der Geburt zu beraten. Es soll zudem sichergestellt werden, dass sie realistische Erwartungen in Bezug auf die Gewichtsabnahme haben [24].

**Beratung zu
Ernährung und
körperlicher Aktivität
in der Stillzeit von 2 LL
empfohlen**

3.2.3 Übergewicht/Adipositas des Kindes

Definition

alters- und geschlechtsspezif. BMI-Perzentile im Kindes- und Jugendalter: >90 Übergewicht, >97 Adipositas

Während bei Erwachsenen feste Grenzwerte zur Definition von Übergewicht und Adipositas von der WHO empfohlen werden, soll die Bestimmung von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter anhand alters- und geschlechtsspezifischer Perzentilkurven für den BMI erfolgen. Bei einer BMI-Perzentile >90 spricht man von Übergewicht, >97 liegt Adipositas und > 99,5 extreme Adipositas vor [97]. Kinder und Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas leiden überdurchschnittlich häufig an psychischen Komorbiditäten. Dies kann auch schlechtere schulische Leistungen sowie ein reduziertes Selbstwertgefühl zur Folge haben. Zudem haben Kinder und Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas ein hohes Risiko, im Erwachsenenalter ebenfalls übergewichtig oder adipös zu sein sowie für andere Stoffwechselerkrankungen [98].

Häufigkeit

D 2014-2017: ca. 11 % der Mädchen und 7 % der Buben von 3-6 Jahren übergewichtig

Ö 2016: 17 % der 8- bis 9-jährigen Schulkinder übergewichtig; 7,4 % der Mädchen und 12 % der Buben (extrem) adipös

Zahlen aus der deutschen KiGGS-Studie (Welle 2, 2014-2017) zeigen eine Prävalenz von Übergewicht und Adipositas (>90. Perzentil) bei 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen von rund 15 %. Für die Altersgruppe 3-6 Jahre beträgt die Häufigkeit 10,8 % bei Mädchen und 7,3 % bei Buben [99]. Für Österreich liegen aus der COSI-Studie²⁷ (Datenerhebung 2016) Angaben zur Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas für 8- bis 9-jährige Volksschulkinder vor: demnach sind – nach WHO-Referenzwerten – 16,8 % der Mädchen und 17,2 % der Buben als übergewichtig zu klassifizieren. Der Anteil der Mädchen mit Adipositas bzw. extremer Adipositas beträgt 6 % bzw. 1,4 %. Bei den Buben sind 9,2 % adipös und 2,8 % von extremer Adipositas betroffen [98].

Empfehlungen

2 Leitlinien eingeschlossen

Zum Screening auf Übergewicht und Adipositas bei Kindern wurden Empfehlungen von 2 Leitlinien extrahiert [43, 49].

Tabelle 3-11: Empfehlungen zum Screening auf Übergewicht und Adipositas bei Kindern

Authors, year [reference]	Recommendation		LoE	GoR
UK NSC, 2018 [43]	A systematic population screening programme for obesity in children is not recommended.	✘	n.r.	n.r.
USPSTF, 2017 [49]	The USPSTF recommends that clinicians screen for obesity in children and adolescents 6 years and older and offer or refer them to comprehensive, intensive behavioral interventions to promote improvements in weight status.	✔	n.r.	B

²⁷ “Childhood Obesity Surveillance Initiative” (COSI) der WHO Europe; repräsentative, österreichweite Stuserhebung der Übergewichts- und Adipositasprävalenz 8- bis 9-jähriger Kinder (n=2.510)

Screening-Methoden

Als Screening-Test für Übergewicht und Adipositas kann auch bei Kindern der Body Mass Index (BMI) herangezogen werden, der sich aus dem Gewicht in kg dividiert durch die Größe in m² berechnet. Da es im Wachstumsalter zu Änderungen der Körperzusammensetzung kommt, werden bei Kindern und Jugendlichen alters- und geschlechtsspezifische BMI-Perzentile für die Bestimmung von Übergewicht und Adipositas verwendet (Übergewicht >90, Adipositas >97) [97].

BMI als Screening-Test, bei Kindern alters- und geschlechtsspezif. Perzentile statt feste Grenzwerte

Interventionsmöglichkeiten

Für die Behandlung von Übergewicht bzw. Adipositas sind v.a. interdisziplinäre Therapieprogramme empfohlen, die verschiedene Maßnahmen (z.B. Ernährungsberatung, Bewegungseinheiten, Verhaltenstherapie, ...) miteinander kombinieren und die Familie miteinbeziehen [97].

interdisziplinäre Therapieprogramme

Potentieller Schaden durch Screening

Ein eventuelles Schadenspotenzial von Adipositas-Screenings für Kinder und Jugendliche wird von der USPSTF als gering eingeschätzt [49].

Schadenspotenzial gering

Zusammenfassung der Empfehlungen

Es wurden Empfehlungen von 2 Leitlinien identifiziert. Während sich die Policy des UK NSC [43] gegen die Einführung eines routinemäßigen Screening-Programms ausspricht, empfiehlt die USPSTF-Leitlinie [49] ein Screening auf Übergewicht und Adipositas. Dabei ist jedoch zu beachten, dass diese Empfehlung für Kinder ab 6 Jahren gilt, für jüngere Kinder finden sich keine Informationen in der Leitlinie.

Empfehlungen von 2 Leitlinien: 1 Leitlinie gegen, 1 Leitlinie für Screening (ab 6 Jahre)

3.2.4 Ess- und Fütterungsverhalten inkl. Stillen

Definition

Unter „Ess- und Fütterungsverhalten“ sollen hier vor allem das Stillen, die Beikost und die weiterführende Ernährung des Kleinkindes zusammengefasst werden.

Stillen, Beikost und Ernährung des Kleinkindes

Es sind vielfältige Vorteile des Stillens für den Säugling und die Mutter zu verzeichnen: gestillte Kinder haben z. B. ein reduziertes Risiko für Infektionen (z. B. der Atemwege oder im Magen-Darm-Bereich), für Asthma, für plötzlichen Kindstod, sowie für chronische Erkrankungen wie Adipositas, Diabetes, Bluthochdruck; zudem wird ihre neuromotorische Entwicklung gefördert. Stillen ist auch mit positiven Gesundheitsoutcomes der Mutter assoziiert, z. B. mit einem geringeren Erkrankungsrisiko für Brustkrebs oder Tumore der Eierstöcke sowie für Diabetes Typ 2 [47, 100].

zahlreiche Vorteile des Stillens für Mutter und Kind

In den ersten 4 bis 6 Monaten versorgt Muttermilch den Säugling bedarfsdeckend mit Energie, Wasser und Nährstoffen. Muttermilch entspricht in der Zusammensetzung dem Bedarf des Säuglings und ist auf den Stoffwechsel des Säuglings angepasst. Falls nicht gestillt werden kann, sollte Säuglingsanfangs-

Säugling durch Muttermilch in den ersten 4-6 Lebensmonaten optimal versorgt

Beginn der Beikost um das 6. Lebensmonat, es sollte während und nach der Beikost-Einführung weitergestillt werden

ab ca. 10 Monaten Heranführen an die Familienkost

weiterführende Ernährung des Kleinkindes sollte ausgewogen und abwechslungsreich sein

Schwangerschaft bis 2. Lebensjahr: kritisches Zeitfenster für Verbesserung der Ernährung

nahrung (Pre-Nahrung) als Muttermilchersatz verwendet werden [101]. Weitere Empfehlungen zum Thema Stillen können in den österreichischen Stillempfehlungen [100] nachgelesen werden.

Je nach individueller Entwicklung²⁸ des Kindes sollte um das 6. Lebensmonat (jedoch nicht vor der 17. und nicht nach der 26. Lebenswoche) mit der Beikost begonnen werden, Es wird empfohlen, während und nach der Beikosteinführung weiterzustillen. Im ersten Lebensjahr bleibt Muttermilch bzw. Säuglingsanfangsnahrung weiterhin eine wichtige Nährstoffquelle. Für die Beikost geeignete Lebensmittel sind: Gemüse, Obst, Hülsenfrüchte, Getreide, Fleisch, Fisch. Diese sollten ohne Zugabe von Salz, Zucker, Honig, Süßungsmitteln sowie scharfen Gewürzen zubereitet werden.²⁹ Zu Beginn sollte v. a. auf ein ausreichendes Angebot an eisen- und zinkreichen Lebensmitteln (z. B. Fleisch, Getreide, Ei) geachtet werden. Dabei ist zu beachten, Fleisch, Fisch und Eier ausreichend zu erhitzen. Kuhmilch ist in geringer Menge ab dem 6. Lebensmonat für den Säugling geeignet. Ab ca. 10 Monaten sollte das Kind an die Familienkost herangeführt werden [101-103]. Weitere Empfehlungen zur Beikost wurden im Rahmen des Projekts „Richtig essen von Anfang an“ erarbeitet [101-103].

Die weiterführende Ernährung im Kleinkindalter sollte ausgewogen, abwechslungsreich sein und den Bedürfnissen des Kindes entsprechen. Neben der Nahrung an sich ist auch die Frequenz der Nahrungsaufnahme (= regelmäßiger Rhythmus) für die Entwicklung des Kindes zentral. Handlungsempfehlungen zu Ernährung für Ein- bis Dreijährige können in [104] nachgelesen werden.

Mit der Schwangerschaft beginnt ein kritisches Zeitfenster für die Ausprägung des späteren Ernährungsverhaltens. Geschmackspräferenzen und Abneigungen werden geprägt. Dieses dauert bis zum zweiten Lebensjahr an. Ernährungsdefizite, die in diesem Zeitraum erworben wurden, sind im späteren Leben schwer aufzuholen. Die ausgewogene und bedarfsgerechte Ernährung weist gesundheitsförderliche und präventive Potentiale auf, die sich positiv auf das gesamte Leben auswirken [105].

²⁸ Reifezeichen des Säuglings für die Einführung der Beikost sind u. a. Verschwinden des Ausspuck-Reflexes, aufrechtes Sitzen mit minimaler Hilfe, koordinierte Hand- zu-Mund-Bewegungen, Interesse am Essen anderer [101].

²⁹ Qualitätskriterien für Beikost Starter-Produkte wurden von der Arbeitsgruppe Kleinkinder, Stillende und Schwangere erarbeitet und finden sich in folgender Empfehlung der Nationalen Ernährungskommission aus dem Jahr 2016: <https://www.richtigessenvonangan.at/expertinnen/ernaehrung/im-beikostalter/beikostprodukte/qualitaetskriterien-fuer-beikost-starterprodukte/>

Häufigkeit

Eine Studie des Gesundheitsministeriums „Säuglingsernährung heute“³⁰ aus 2006 zeigte, dass 93 % der österreichischen Mütter ihre Säuglinge direkt nach der Geburt stillten. Nach drei Monaten waren es 60 % aller Mütter, die voll, und 12 %, die zum Teil stillten. Nach sechs Monaten stillten 10 % der österreichischen Frauen ihren Säugling voll, und 45 % zum Teil. Nach einem Jahr stillte weniger als 1 % aller Frauen voll und 16 % der Mütter zum Teil. Laut dieser Studie waren sich ca. 90 % der Mütter über die gesundheitlichen Vorteile des Stillens für das Kind bewusst [106].

Stillraten in Ö (2006):
93 % direkt nach Geburt,
72 % nach 3 Monaten,
55 % nach 6 Monaten,
17 % nach einem Jahr

In der Studie wurden die Mütter auch zur Einführung der Beikost befragt: Wenige Mütter (ca. 2 %) begannen die Beikost-Gabe bereits mit 3 Monaten. Etwa 17 % gaben ihrem Säugling mit 4 Monaten das erste Mal Beikost, ca. 20 % mit 5 Monaten und 38 % mit 6 Monaten. 23 % gaben an, ihren Säugling mit 7 Monaten und später mit Beikost zu füttern [106].

Zeitpunkt der ersten Beikost-Gabe in Ö:
ca. 75 % zwischen 4-6 Monaten

Empfehlungen

Es wurden 12 Leitlinien identifiziert, welche Empfehlungen zum Ess- und Fütterungsverhalten beinhalten, wobei diese v.a. auf das Stillen fokussieren [13, 18-22, 32, 33, 38, 47, 56, 57].

12 Leitlinien eingeschlossen

Tabelle 3-12: Empfehlungen zu Ess- und Fütterungsverhalten inkl. Stillen

Authors, year [reference]	Recommendation		LoE	GoR
Australian Government Department of Health, 2018 [13]	Routinely offer education about breastfeeding as part of antenatal care.	✓	n.r.	C
RNAO, 2018 [33]	Assess the breastfeeding process, using validated and reliable tools, during pregnancy and at key stages of lactogenesis, including the following: <ol style="list-style-type: none"> During Stage I, (i.e., within the first 24 hours postpartum and prior to discharge from the childbirth setting), to support breastfeeding initiation. During the transition of Stage I to Stage II, (i.e., between days two to eight postpartum), to support the significant increase in breast milk volume. During Stage II and Stage III, (i.e., from approximately day nine postpartum and onwards) to support the maintenance of breast milk production, as long as breastfeeding continues. 	✓	IV	n.r.

³⁰ Siehe: https://www.richtigessenvonanfangan.at/fileadmin/Redakteure_REVAN/user_upload/Studie_zum_Thema_Sillen_Kurzfassung.pdf. Im Rahmen eines EU-Projektes wurde diese prospektive Studie von der Österreichischen Stillkommission des Obersten Sanitätsrats geplant und vom BMGF in Auftrag gegeben, um aktuelle Daten zum Stillen und zur Säuglingsernährung zu erfassen. Es wurden 700 Mütter longitudinal telefonisch befragt (jeweils 3, 6 und 12 Monate nach der Geburt des Säuglings) [106].

	Support the early initiation of breastfeeding, within one hour of childbirth or once the breastfeeding dyad is clinically stable, through multi-component perinatal interventions including: <ul style="list-style-type: none"> ■ prenatal education and ■ immediate postpartum bedside assistance. 	✓	la	n.r.
	Provide breastfeeding education throughout the perinatal period and as long as breastfeeding continues: <ul style="list-style-type: none"> ■ across a variety of settings and ■ through diverse approaches, including those tailored to the needs of vulnerable populations. 	✓	la	n.r.
VA/DoD, 2018 [18]	We recommend breastfeeding education, assessment, and support to all pregnant women and their families at the first visit and throughout the pregnancy and postpartum period using open-ended questions such as “What do you know about breastfeeding?”	✓	n.r.	strong
WHO, 2017a [56]	Breastfeeding progress should be assessed at each postnatal contact.	✓	n.r.	GDG consensus based on existing WHO guidelines
WHO, 2017b [57]	All babies should be exclusively breastfed from birth until 6 months of age. Mothers should be counseled and provided support for exclusive breastfeeding at each postnatal contact.	✓	Moderate quality	strong
USPSTF, 2016 [47]	The USPSTF recommends providing interventions during pregnancy and after birth to support breastfeeding.	✓	n.r.	B
SOGC, 2016 [38]	Discuss the benefits of exclusive breastfeeding for improving short- and long-term health outcomes for the mother and infant.	✓	II-2	A
	Breastfeeding is the normal and unequalled method of feeding infants. Exclusive breastfeeding should be encouraged for the first 6 months, and sustained for up to 2 years or longer, with appropriate complementary feeding of infants.	✓	I	n.r.
	Advise lactating mothers to provide their infants with 400 IU of vitamin D per day.		I	A
PSBC, 2015 [32]	Initiate breastfeeding education in the first prenatal visits providing the parents with information that builds on their knowledge and needs.	✓	n.r.	A
	Exclusive breastfeeding should be encouraged and facilitated in the early postpartum period.	✓	n.r.	A
	A Breastfeeding assessment of mother and infant should be carried out at key timeframes through discussion and observation.	✓	n.r.	A

NHMRC, 2012³¹ [19]	Encourage, support and promote exclusive breastfeeding to around 6 months of age and explain that infants do not require fluids other than breast milk for the first 6 months.	✓	n.r.	n.r.
	While breastfeeding is recommended for 6 to 12 months and beyond, any breastfeeding is beneficial to the infant and mother.		n.r.	n.r.
	Advise women to continue breastfeeding with appropriate complementary foods until 12 months of age and beyond, for as long as the mother and child desire.	✓	n.r.	n.r.
	Inform parents of the benefits of breastfeeding and the risks of not breastfeeding when a change from breastfeeding is being considered.	✓	n.r.	n.r.
	Encourage the mother to use expressed breast milk when away from the infant and breastfeed when mother and infant are together.	✓	n.r.	n.r.
	Provide postnatal breastfeeding support information.	✓	n.r.	n.r.
	When discussing breastfeeding with women, pay particular attention to the importance of correct positioning and attachment when breastfeeding.	✓	n.r.	n.r.
	Take steps to identify breastfeeding difficulties by asking appropriate questions during any health-related visits with the mother. Manage those difficulties if appropriately qualified, or refer to an appropriately qualified health professional for management (e.g. lactation consultant).	✓	n.r.	n.r.
	Educate parents on the importance of correctly preparing infant formula and following the instructions carefully, including using the correct scoop and not overfilling or underfilling the scoop.	✓	n.r.	n.r.
NICE, 2008 (last update 2019) [20]	Antenatal information should be given to pregnant women according to the following schedule. At booking (ideally by 10 weeks): <ul style="list-style-type: none"> ■ (...) breastfeeding, including workshops (...) Before or at 36 weeks: <ul style="list-style-type: none"> ■ (...) breastfeeding information, including technique and good management practices that would help a woman succeed (...) 	✓	n.r.	n.r.
	Routine breast examination during antenatal care is not recommended for the promotion of postnatal breastfeeding.	✗	n.r.	n.r.
	Check that infant formula is being prepared according to instructions (i.e. to the correct concentration).	✓	n.r.	n.r.
NICE, 2008 (last check 2017) [22]	Midwives and health visitors should ensure pregnant women and their partners are offered breastfeeding information, education and support on an individual or group basis.	✓	n.r.	n.r.

³¹ Laut Webseite (<https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/infant-feeding-guidelines-information-health-workers>, Zugriff am 16.02.2021) ist die Leitlinie aktuell gültig, sie wurde 2015 teilweise aktualisiert.

	During individual antenatal consultations GPs, obstetricians and midwives should encourage breastfeeding. They should pay particular attention to the needs of women who are least likely to breastfeed (for example, young women, those who have low educational achievement and those from disadvantaged groups).	✓	n.r.	n.r.
	A midwife or health visitor trained in breastfeeding management should provide an informal group session in the last trimester of pregnancy. This should focus on how to breastfeed effectively by covering feeding position and how to attach the baby correctly.		n.r.	n.r.
	Ensure a mother can demonstrate how to position and attach the baby to the breast and can identify signs that the baby is feeding well. This should be achieved (and be documented) before she leaves hospital or the birth centre (or before the midwife leaves the mother after a home birth).	✓	n.r.	n.r.
	Midwives should ensure mothers who choose to use infant formula are shown how to make up a feed before leaving hospital or the birth centre (or before the mother is left after a home birth).	✓	n.r.	n.r.
	Health visitors and the CHPP team should: <ul style="list-style-type: none"> ■ support mothers to continue breastfeeding for as long as they choose ■ provide mothers and other family members with support to introduce a variety of nutritious foods (in addition to milk) to ensure the child is offered a progressively varied diet from 6 months ■ encourage and support parents and carers to make home-prepared foods for infants and young children, without adding salt, sugar or honey ■ encourage families to eat together and encourage parents and carers to set a good example by the food choices they make for themselves ■ advise parents and carers not to leave infants alone when they are eating or drinking. 	✓	n.r.	n.r.
	As a minimum, ensure babies are weighed at birth and in the first week, as part of an overall assessment of feeding. Thereafter, healthy babies should usually be weighed at 8, 12 and 16 weeks and at 1 year, at the time of routine immunisations. If there is concern, weigh more often, but no more than once a month up to 6 months of age, once every 2 months from 6–12 months of age and once every 3 months over the age of 1 year.	✓	n.r.	n.r.
NICE, 2006 (last update 2015) [21]	A woman's experience with breastfeeding should be discussed at each contact to assess if she is on course to breastfeed effectively and identify any need for additional support. Breastfeeding progress should then be assessed and documented in the postnatal care plan at each contact.	✓	n.r.	n.r.

Screening-Methoden

In den Leitlinien werden keine spezifischen Screening-Instrumente beschrieben. Mehrere Leitlinien sprechen sich jedoch für eine Befragung („assessment“) der Mutter aus, die auf die Identifizierung von Stillproblemen und zusätzlichem Unterstützungsbedarf abzielt [19, 21, 32, 33, 56].

**Befragung als
„Screening-
Instrument“**

Interventionsmöglichkeiten

Als Interventionsmöglichkeiten zur Unterstützung des erfolgreichen Stillens werden z.B. professionelle Stillberatung, „peer support“ (z. B. Unterstützung durch Mütter, die bereits erfolgreich gestillt haben) sowie Stillgruppen beschrieben [47].

**z.B. Stillberatung,
„peer support“**

Potentieller Schaden durch das Screening

In den Leitlinien waren keine Informationen zum potentiellen Schaden der Befragung und/oder Beratung enthalten.

**keine Angaben zu
potentiellen Schäden**

Zusammenfassung der Empfehlungen

Es wurden insgesamt 12 Leitlinien [13, 18-22, 32, 33, 38, 47, 56, 57] identifiziert, die Empfehlungen zum Thema Ess- und Fütterungsverhalten beinhalten. Der Großteil bezieht sich auf das Stillen.

**Empfehlungen von 12
Leitlinien, v.a. zum
Stillen**

7 Leitlinien [13, 18, 20, 22, 32, 33, 47] empfehlen, Frauen bzw. Eltern bereits in der Schwangerschaft über die Vorteile des Stillens zu beraten und entsprechende Informationen zur Verfügung zu stellen. 8 Leitlinien [18, 19, 22, 32, 33, 38, 47, 57] sprechen sich für eine postpartale Stillberatung bzw. Unterstützung und Stillförderung für Mütter aus. 5 Leitlinien empfehlen, stillende Mütter zu befragen bzw. ein „Assessment“ durchzuführen, um mögliche Stillprobleme und einen zusätzlichen Unterstützungsbedarf zu erkennen [19, 21, 32, 33, 56]. 2 der identifizierten Leitlinien [19, 22] sprechen sich zusätzlich dafür aus, der stillenden Mutter spezifische Ratschläge zum Stillen (z. B. ideale Stillposition, Informationen zu Abpumpen und Lagerung von Muttermilch) zu geben.

**Beratung zum Stillen
bereits in der
Schwangerschaft (7
LL); postpartale
Stillberatung und
Unterstützung (8 LL);
Befragung/
Assessment zur
Erkennung von
Stillproblemen (5 LL)**

2 Leitlinien [19, 22] enthalten auch Empfehlungen zur Säuglingsanfangsnahrung, wenn das Kind nicht gestillt wird, v.a. zur korrekten Zubereitung von Flaschennahrung.

**Beratung zur
Zubereitung von
Flaschennahrung**

Eine der identifizierten Leitlinien beinhaltet auch Beratungsempfehlungen zur Beikost. Diese empfiehlt Beratung und Unterstützung für alle Mütter bzw. Familien, um eine abwechslungsreiche und gesunde Ernährung (z.B. ohne Zugabe von Salz, Zucker oder Honig) für das Kind ab dem 6. Lebensmonat sicherzustellen [22].

**Beratung und
Unterstützung
zur Beikost
(-einführung)**

3.3 Soziale Kompetenz

keine Leitlinien zum Thema soziale Kompetenz identifiziert

Zum Themenbereich „soziale Kompetenz“ wurden keine entsprechenden relevanten Kapitel aus früheren Berichten gefunden. Im Rahmen der Recherche in den Datenbanken und auf den Webseiten konnten zudem keine relevanten Leitlinien identifiziert werden.

3.4 Berufsgruppen

Leitlinien richten sich an unterschiedliche Berufsgruppen

meist nicht explizit erwähnt, wer das Screening durchführen soll

Die identifizierten Leitlinien richten sich an unterschiedliche Berufsgruppen, abhängig vom Themenbereich, von der jeweiligen Zielgruppe (z.B. Schwangere, Kinder) sowie von der national unterschiedlichen Organisation von (Screening-)Programmen zur Betreuung und Begleitung von Schwangeren, Familien und Kindern. In den einzelnen Empfehlungen der Leitlinien ist meist nicht explizit erwähnt, wer die Screenings bzw. Beratungen durchführen soll bzw. sehr allgemein formuliert (z.B. „healthcare professionals“), aber die Leitlinien-Institutionen beschreiben, an welche potentiellen Anwender*innen die Empfehlungen adressiert sind. Diese Informationen sind in Tabelle 3-13 aufgelistet.

Tabelle 3-13: Informationen zu den von den Leitlinien adressierten Berufsgruppen

Organisation	Infos zu Berufsgruppe
AAP ■ ADHS	Pediatricians and other primary care clinicians [7]
Australian Government Department of Health ■ Antenatal care	The Guidelines are intended for all health professionals who contribute to pregnancy care including midwives, obstetricians, general practitioners, Aboriginal and Torres Strait Islander health workers and allied health professionals [13].
AWMF	
■ Störungen des Sozialverhaltens	Zur Anwendergruppe der Leitlinie zählen Assistenz- und Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, klinische Psycholog*innen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, sowie weitere Personen, die professionell an der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens sowie Kindern und Jugendlichen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens beteiligt sind. Den Patient*innen, ihren Familien und anderen interessierten Personen soll die Leitlinie zur Information dienen [9].
■ Kindesmisshandlung	Die Anwenderzielgruppe dieser Leitlinie sind primär die Fachkräfte im Gesundheitsbereich. Die Kinderschutzleitlinie richtet sich an alle Partner*innen im Kinderschutz in Bezug auf Kooperation, Beteiligung und Schnittstellenbeschreibung und verfolgt einen grundsätzlichen multiprofessionellen Ansatz [11].
■ Umschriebene Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen	Die Anwenderzielgruppe/Adressaten dieser Leitlinie sind Neuropädiater*innen, Kinder- und Jugendmediziner*innen, Kinder- und Jugendpsychiater*innen, Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen, Mototherapeut*innen in Praxis und Klinik, die sich mit der Behandlung von Patient*innen mit UEMF befassen. Außerdem richtet sich die Leitlinie an Eltern, Partner*innen und Angehörige von Betroffenen. Sie dient zur Information für Allgemein- und Hausärzt*innen, Neurolog*innen und Psychiater*innen (Erwachsene mit UEMF), Erzieher*innen, Lehrer*innen und andere Mitarbeiter*innen nicht medizinischer Berufe [12].

<ul style="list-style-type: none"> Autismus-Spektrum-Störungen 	n.r. ³²
<ul style="list-style-type: none"> ADHS 	Die Leitlinie richtet sich in erster Linie an Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendmedizin (insbesondere mit Schwerpunkt Neuropädiatrie), Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzt*innen für Nervenheilkunde, Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen. Die Leitlinie betrifft zudem Fachärzt*innen für Psychosomatische Medizin, Ärzt*innen mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Hausärzt*innen, Psycholog*innen, Neuropsycholog*innen, Schulpsycholog*innen, Lehrkräfte, Sonderpädagog*innen, Heilpädagog*innen, Soziopädagog*innen, Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Sozialarbeiter*innen, Fachkrankenschwester*innen, Lerntherapeut*innen, Musiktherapeut*innen, Motopäd*innen, Mototherapeut*innen, Erziehungsberatungsstellen und weitere Berufsgruppen, die an der Diagnostik und Behandlung von Patient*innen mit ADHS beteiligt sind [8].
CTFPHC <ul style="list-style-type: none"> Depression Developmental delay 	The Task Force develops rigorous, evidence-based preventive health care guidelines for primary care practitioners [107].
KCE <ul style="list-style-type: none"> Antenatal care 	This guideline is intended to be used by care providers involved in the care for pregnant women, especially obstetricians, midwives and general practitioners. It is also of interest for women and their partners, neonatologists, organisations of birth and childhood, hospital managers and policy makers [14].
NHMRC <ul style="list-style-type: none"> Infant feeding 	The Guidelines are intended for use by all health workers, defined here as any professional or non-professional person working in a component of a health care system (this includes voluntary workers). The Guidelines will be of particular interest to midwives, lactation consultants, maternal and child health nurses, community health nurses, GPs, Aboriginal and Torres Strait Islander health workers and allied health professionals [19].
NICE ³³	Who is it for?
<ul style="list-style-type: none"> Antenatal care³⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> Healthcare professionals Women who are pregnant, their families and carers [20]
<ul style="list-style-type: none"> Postnatal care 	<ul style="list-style-type: none"> Healthcare professionals Commissioners of primary and secondary care services Women having routine postnatal care for 6–8 weeks after the birth of their baby, and their families and carers [21]
<ul style="list-style-type: none"> Antenatal and postnatal mental health 	<ul style="list-style-type: none"> Healthcare professionals Commissioners Social services Voluntary and private sectors Women who have, or are at risk of, mental health disorders during pregnancy and the postnatal period and their partners, families and carers [29]
<ul style="list-style-type: none"> Social and emotional wellbeing 	<ul style="list-style-type: none"> Commissioners and practitioners Members of the public [26]

³² Die Leitlinie erwähnt nicht explizit, an welche Berufsgruppen sie sich wendet, nennt aber folgende Personengruppen, die mit Patient*innen mit Autismus-Spektrum-Störungen praktisch arbeiten: Ärzt*innen, Psycholog*innen, Pädagog*innen, Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, u.v.m. [10]

³³ NICE stellt teilweise spezifische Empfehlungen für unterschiedliche Berufsgruppen zur Verfügung. In diesen Fällen wurde diese Information bei den entsprechenden Empfehlungen vermerkt.

³⁴ NICE empfiehlt, Frauen mit komplikationsloser Schwangerschaft die Betreuung von durch Hebammen und Hausärzt*innen anzubieten. Gynäkolog*innen sollten dann einbezogen werden, wenn Komplikationen auftreten [20].

<ul style="list-style-type: none"> Stopping smoking 	<ul style="list-style-type: none"> Healthcare professionals Practitioners working in local authorities, education and the wider public, private, voluntary and community sectors Commissioners, managers and providers Women who are pregnant or planning a pregnancy, or who have a child aged up to 12 months, and their families and carers [25]
<ul style="list-style-type: none"> Domestic violence and abuse 	<ul style="list-style-type: none"> Health and social care professionals Commissioners and providers People who work for specialist domestic violence and abuse services People who work in criminal justice settings and detention centres People affected by domestic violence and abuse and their families and carers Members of the public [28]
<ul style="list-style-type: none"> Child maltreatment 	<ul style="list-style-type: none"> Healthcare professionals [23]
<ul style="list-style-type: none"> Depression in children 	<ul style="list-style-type: none"> Healthcare professionals Commissioners and providers Children and young people with depression and their families and carers [31]
<ul style="list-style-type: none"> Antisocial behaviour 	<ul style="list-style-type: none"> Health and social care professionals Commissioners and providers Children and young people aged under 19 who have or are at risk of antisocial behaviour or conduct disorders, and their families and carers [27]
<ul style="list-style-type: none"> ADHD 	<ul style="list-style-type: none"> Healthcare professionals Commissioners and providers People with ADHD, and their families and carers [30]
<ul style="list-style-type: none"> Maternal and child nutrition 	<ul style="list-style-type: none"> NHS and other professionals involved in the nutrition of pregnant and breastfeeding mothers and pre-school children People providing pre-school childcare Other relevant public, community, voluntary and private sector organisations Members of the public [22]
<ul style="list-style-type: none"> Weight management 	<ul style="list-style-type: none"> NHS and other commissioners and managers Health professionals including those working in antenatal and postnatal services People working in children's centres Women before, during and after pregnancy, their partners and families and other members of the public [24]
PSBC <ul style="list-style-type: none"> Breastfeeding 	<p>These guidelines, based on current evidence, are for health care providers in BC who care for women and infants [32].</p>
RNAO <ul style="list-style-type: none"> Breastfeeding 	<p>This nursing Best Practice Guideline is a comprehensive document that provides resources for evidence-based nursing practice. It is not intended to be a manual or „how to“ guide, but rather a tool to guide best practices and enhance decision-making for nurses, the interprofessional team, and peers who work with breastfeeding persons and their families to promote and support breastfeeding initiation, exclusivity, and continuation for newborns, infants, and young children [33].</p>
SIGN	
<ul style="list-style-type: none"> Perinatal mood disorders 	<p>The guideline will be of interest to midwives, health visitors, general practitioners, pharmacists, psychiatric nurses, psychiatrists, obstetricians, neonatologists, paediatricians, clinical psychologists, social workers, public health physicians, users of services, and all other professionals caring for women and their families. It will also be of value to those commissioning services [34].</p>
<ul style="list-style-type: none"> Autism spectrum disorders 	<p>This guideline will be of interest to healthcare professionals and other multiagency colleagues who work with children and adults with ASD, as well as people with ASD, their parents, carers, relatives, partners and others with whom they interact [35].</p>

<ul style="list-style-type: none"> ■ Children exposed prenatally to alcohol 	<p>These recommendations will be of interest to individuals involved in the assessment and diagnosis of people at risk of FASD, including child development specialists, clinical and educational psychologists, clinical geneticists, general practitioners (GPs) and members of the primary care team, health visitors, members of the judicial system, midwives, neonatologists, nurses (eg school, learning disability and others), obstetricians, occupational therapists, paediatricians, physicians, physiotherapists, psychiatrists, social workers and speech and language therapists. It will also be of interest to people at risk of FASD, their parents and carers, adoptive and fostering services, supportive organisations in the voluntary sector and policy makers [36].</p>
SOGC	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Alcohol during pregnancy 	<p>Intended Users: Health care providers who care for pregnant women and women of child-bearing age [39].</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Female Nutrition 	<p>Objective: To provide health care professionals in Canada with the basic knowledge and tools to provide nutrition guidance to women through their lifecycle [38].</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Substance use 	<p>Objectives: (...) and to provide evidence-based recommendations for the management of this challenging clinical issue for all health care providers [37].</p>
<p>UK NSC</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Obesity in children ■ Postnatal depression ■ Partner violence ■ Psychiatric illness 	<p>The UK National Screening Committee (UK NSC) advises ministers and the NHS in the 4 UK countries about all aspects of population screening and supports implementation of screening programmes [108].</p>
<p>USPSTF</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Speech and language disorders ■ Depression in children ■ Autism spectrum disorders ■ Breastfeeding ■ Depression in adults ■ Obesity in children ■ Child maltreatment ■ Intimate partner violence ■ Unhealthy alcohol use ■ Perinatal depression ■ Unhealthy drug use ■ Smoking in adults 	<p>(The recommendations of the USPSTF)... are intended to help primary care clinicians and patients decide together whether a preventive service is right for a patient's needs [109].</p>
<p>VA/DoD</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Antenatal care 	<p>This Clinical Practice Guideline is intended to provide healthcare providers with a framework by which to evaluate, treat, and manage the individual needs and preferences of pregnant women, thereby leading to improved clinical outcomes [18].</p>
<p>WHO</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Maternal health ■ Newborn health ■ Child health 	<p>The objective of this document is to make available WHO recommendations on maternal/newborn/child health in one easy-to-access document for WHO staff, policy-makers, programme managers, and health professionals [56-58].</p>

heterogene Angaben zu Anwender*innen

- 1. Institutionen, die alle Leitlinien für bestimmte Anwender*innen-Gruppe erstellen, z.B. Hausärzt*innen und deren Patient*innen (USPSTF)**
- 2. Leitlinien, die breites Themenfeld (z.B. Schwangerenversorgung) abdecken und sich somit an jene Berufsgruppen richten, die im jeweiligen nationalen Kontext damit betraut ist**
- 3. Leitlinien zu spezifischen Themenbereichen (z.B. zu psychischen und Verhaltensstörungen) richten sich an spezifische relevante Berufsgruppen, meist aus dem medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Bereich teilweise werden auch Zielgruppen als Adressat*innen genannt (z.B. Schwangere)**

Die Angaben zu den potentiellen Anwender*innen der unterschiedlichen Leitlinien weisen eine hohe Heterogenität auf. Grob lassen sich drei Gruppen unterscheiden:

Zum einen gibt es Institutionen, die all ihre Leitlinien für eine bestimmte Anwender*innengruppe erstellen (unabhängig vom jeweiligen Themenbereich), z.B. die USPSTF, deren Empfehlungen „Hausärzt*innen und deren Patient*innen unterstützen sollen, gemeinsam zu entscheiden, ob eine präventive Leistung für einen Patienten/eine Patientin geeignet ist“ [109]; die CTFPHC, die sich ebenfalls an „primary care practitioners“ richtet [107]; oder das UK NSC, das „Minister*innen und das National Health Service (NHS) bei allen Aspekten des populationsweiten Screenings berät und die Implementierung von Screening-Programmen unterstützt“ [108].

Weiters gibt es Leitlinien, die ein breites Themenfeld abdecken (z.B. die gesamte Schwangerschaftsvorsorge) und sich demnach an jene Berufsgruppen richten, die in dem jeweiligen nationalen Kontext für die Betreuung von Schwangeren verantwortlich sind. Hier ist z.B. die australische Leitlinie zu nennen [13], deren Empfehlungen für alle „health professionals“ gelten, die an der Schwangerschaftsbetreuung mitwirken, z.B. Hebammen, Gynäkolo*innen, Allgemeinmediziner*innen, sowie Angehörige anderer Gesundheitsberufe. Auch die Leitlinie des KCE deckt die gesamte Schwangerschaftsvorsorge ab und richtet sich demnach an alle in Belgien damit befassten Berufsgruppen, v.a. Gynäkolog*innen, Hebammen und Allgemeinmediziner*innen [14].

Die dritte Gruppe von Leitlinien beschäftigt sich mit spezifischen Themenbereichen und definiert passend dazu die jeweiligen Adressat*innen der Leitlinie. Dies ist z.B. bei den über die AWMF publizierten Leitlinien der Fall, die sich mit bestimmten psychischen und Verhaltensstörungen befassen (z.B. ADHS [8], Störungen des Sozialverhaltens [9], Umschriebene Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen [12]). Die Anwender*innen dieser Leitlinien reichen von bestimmten Fachärzt*innen über andere Gesundheitsberufe (z.B. Ergotherapeut*innen, Psycholog*innen) bis hin zu pädagogischen Berufsgruppen. Auch die Leitlinien von SIGN [34-36] nennen spezifische Berufsgruppen, die für das jeweilige Thema (z.B. Fetale Alkoholspektrumstörungen, peripartale psychische Erkrankungen) relevant sind, als Anwender*innen der Leitlinien.

Die Zielgruppen der jeweiligen Leitlinien werden teilweise ebenfalls als Adressat*innen genannt, z.B. schwangere Frauen und deren Familien und Bezugspersonen [14, 20], bzw. Patient*innen mit bestimmten Erkrankungen und deren Familien [9, 12, 27, 30, 31].

4 Zusammenfassung und Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Für das vorliegende Update von Screening-Leitlinien zu psychischer Gesundheit, Ernährung und sozialer Kompetenz wurden insgesamt 52 Leitlinien von 16 Institutionen eingeschlossen. Diese wurden teilweise aus früheren Berichten [1-4] übernommen und auf ihre Aktualität überprüft oder im Zuge einer Recherche im November/Dezember 2020 in zwei Datenbanken (G-I-N, TRIP) und auf zahlreichen Webseiten von Leitlinien-Institutionen und Fachgesellschaften identifiziert. Die Leitlinien zu Psychischer Gesundheit wurden in 5 Unterkapitel zusammengefasst, jene zur Ernährung in 4 Unterkapitel. Zum Thema Soziale Kompetenz konnten keine relevanten Leitlinien identifiziert werden. Eine tabellarische Zusammenfassung der Empfehlungen aus den Leitlinien findet sich in Tabelle 4-1.

52 Leitlinien (LL) von 16 Institutionen eingeschlossen

zahlreiche Empfehlungen zu psych. Gesundheit und Ernährung

keine Leitlinien zu sozialer Kompetenz

Psychische Gesundheit

Für den Themenbereich **Psychische Gesundheit (allgemein), psychosoziale Belastungen und psychosozialer Unterstützungsbedarf in der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren des Kindes** wurden Empfehlungen aus 7 relevanten Leitlinien [11, 13, 17, 21, 26, 29, 56] extrahiert. Alle Leitlinien sprechen sich dafür aus, dass psychosoziale Belastungen und Unterstützungsbedarf während und nach der Schwangerschaft – in unterschiedlichem Ausmaß – durch entsprechende Screenings und Beratungen thematisiert werden sollen, z.B. durch eine Befragung durch Gesundheitspersonal bzw. einen geeigneten Fragebogen, wobei u.a. psychosoziale Risikofaktoren, familiäre Belastungen und das psychische Wohlbefinden der Frau identifiziert werden sollen. In diesem Zusammenhang ist auch das Thema Armut relevant, das in einem früheren Bericht [2] behandelt wurde; dazu konnten jedoch keine Leitlinien gefunden werden.

psychosoziale Belastungen & Unterstützungsbedarf: 7 LL

alle LL sind dafür, das Thema durch Screenings und Beratungen zu adressieren

11 Leitlinien [13, 15, 17, 18, 21, 29, 34, 40, 42, 48, 53] beinhalten Empfehlungen zum Screening auf **spezifische psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt**. Es wird vom Großteil der eingeschlossenen Leitlinien (6 Leitlinien, 2 sprechen sich dagegen aus) ein Routine-Screening aller Schwangeren und Wöchnerinnen auf (postpartale) Depressionen empfohlen. 3 Leitlinien sprechen sich zudem für ein Screening auf Angststörungen aus.

psych. Erkrankungen vor/nach Geburt: 11 LL; Screening auf Depression und Angststörung überwiegend empfohlen

Zum Thema **Substanzkonsum in der Schwangerschaft** wurden 11 Leitlinien [13, 18, 20, 25, 36, 37, 39, 52, 54-56] eingeschlossen. Ein Routine-Screening auf Tabakkonsum wird von 7 Leitlinien empfohlen, 5 Leitlinien sprechen sich auch für eine Beratung zu Rauchstopp, Passivrauchen und gesundheitliche Vorteile des Nichtrauchens aus. 5 Leitlinien empfehlen eine Befragung der Schwangeren zu ihrem Alkoholkonsum, auch eine entsprechende Beratung wird thematisiert. Auch ein Screening auf Drogenkonsum wird von 5 Leitlinien befürwortet.

Substanzkonsum: 11 LL; Screening auf Rauchen, Alkohol und Drogen & Beratung empfohlen

<p>Häusliche Gewalt und Kindeswohlgefährdung: 10 LL; v.a. Achtsamkeit hinsichtlich Symptome oder Anzeichen empfohlen</p>	<p>Zum Thema häusliche Gewalt und Kindeswohlgefährdung wurden insgesamt 10 relevante Leitlinien [11, 13, 20, 23, 28, 41, 50, 51, 56, 58] identifiziert. 3 Leitlinien empfehlen explizit, alle Frauen routinemäßig zu häuslicher Gewalt zu befragen, während sich eine Institution gegen ein systematisches Screening-Programm ausspricht. Das Gesundheitspersonal sollte auf Symptome oder Anzeichen achten, die auf häusliche Gewalt hindeuten könnten. Zum Thema Kindeswohlgefährdung wird ebenfalls Achtsamkeit des Gesundheitspersonals bezüglich Anzeichen und Symptomen empfohlen. Bei Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten sollten Kinder und Jugendliche bzw. deren Bezugspersonen darauf angesprochen und nach ihrem Wohlbefinden befragt werden.</p>
<p>spezifische psych. und Verhaltensstörungen bei Kindern: 13 LL</p> <p>kein Routine-Screening, aber Abklärung bei Auffälligkeiten oder Achten auf Hinweise bei Routine-Untersuchungen</p>	<p>13 Leitlinien [7-10, 12, 16, 27, 30, 31, 35, 44-46] beinhalten Empfehlungen zu spezifischen psychischen und Verhaltensstörungen bei Kindern, wobei für jede Störung (Depression, Autismus-Spektrum-Störung, UEMF, Sprachentwicklungsstörungen, ADHS, Störungen des Sozialverhaltens) jeweils 1 bis 3 Leitlinien-Empfehlungen vorliegen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass zu keiner der 6 psychischen und Verhaltensstörungen ein Routine-Screening eindeutig von den eingeschlossenen Leitlinien empfohlen wird. Es soll jedoch bei bestimmten Anzeichen, Risikofaktoren und Symptomen eine Abklärung stattfinden (v.a. Depression, ADHS, Störungen des Sozialverhaltens) bzw. soll bei routinemäßigen Vorsorgeuntersuchungen auf mögliche Hinweise geachtet werden (Autismus, UEMF).</p>
<p>Ernährung</p>	
<p>Übergewicht/ Adipositas der Schwangeren: 6 LL;</p> <p>Berechnen des BMI zu Beginn der Schwangerschaft und entsprechende Beratung empfohlen</p>	<p>Zum Thema Screening auf Übergewicht und Adipositas bei Schwangeren sowie Gewichtsmanagement während der Schwangerschaft wurden Empfehlungen von 6 Leitlinien [13, 14, 18, 20, 24, 38] identifiziert. Diese sprechen sich alle dafür aus, schwangere Frauen bei der Erstuntersuchung zu wiegen und ihren Ausgangs-BMI zu bestimmen. Widersprüchliche Empfehlungen gibt es hinsichtlich der Frage, ob das Wiegen der Schwangeren mehrmals wiederholt werden soll oder nicht. Eine Beratung zur empfohlenen Gewichtszunahme während der Schwangerschaft soll in Abhängigkeit des jeweiligen Ausgangs-BMI durchgeführt werden.</p>
<p>Ernährung in Schwangerschaft/ Stillzeit: 6 LL;</p> <p>Beratung zu gesunder Ernährung empfohlen, Supplementierung von Nährstoffen, v.a. Folsäure</p>	<p>6 Leitlinien [13, 18, 22, 24, 38, 56] wurden zum Thema Ernährung in der Schwangerschaft und Stillzeit eingeschlossen. Diese beziehen sich einerseits auf eine ausführliche Beratung zu gesunder Ernährung während der Schwangerschaft, welche von 4 Leitlinien empfohlen wird, und andererseits zur Versorgung mit spezifischen Nährstoffen (5 Leitlinien). Einheitliche Empfehlungen gibt es hierbei zur Folsäure-Supplementierung, die bereits vor der Schwangerschaft begonnen werden sollte. Zur Supplementierung von Eisen wurden widersprüchliche Empfehlungen identifiziert. Eine Leitlinie empfiehlt auch eine Beratung, welche Lebensmittel möglichst vermieden werden sollten. 2 Leitlinien sprechen sich für eine Beratung zu gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität während der Stillzeit bzw. nach der Geburt aus.</p>
<p>Übergewicht/ Adipositas bei Kindern: 2 LL mit widersprüchlichen Empfehlungen</p>	<p>Zum Screening auf Übergewicht und Adipositas bei Kindern wurden 2 Leitlinien [43, 49] identifiziert, wovon sich eine für, die andere gegen ein Routine-Screening ausspricht (die Pro-Empfehlung gilt allerdings erst für Kinder ab 6 Jahren).</p>

Zum **Ess- und Fütterungsverhalten** wurden 12 Leitlinien [13, 18-22, 32, 33, 38, 47, 56, 57] eingeschlossen, wobei diese v.a. auf das Stillen fokussieren. Die Leitlinien empfehlen eine Beratung/Information der Frauen bzw. Eltern über die Vorteile des Stillens bereits in der Schwangerschaft. Nach der Geburt soll entsprechende Stillberatung und –unterstützung angeboten werden. 5 Leitlinien sprechen sich auch dafür aus, mittels Befragung mögliche Stillprobleme sowie zusätzlichen Unterstützungsbedarf der stillenden Mutter festzustellen. 2 Leitlinien empfehlen eine Beratung z.B. zur korrekten Zubereitung von Säuglingsanfangsnahrung, wenn das Kind nicht gestillt wird. 1 Leitlinie spricht sich für eine Beratung für alle Mütter/Familien zur Beikosteneinführung und gesunder Ernährung für Kinder ab dem 6. Lebensmonat aus.

Ess- und Fütterungsverhalten: 12 LL

Beratung zu Stillen in der Schwangerschaft und postpartal, Assessment zu möglichen Stillproblemen

Berufsgruppen

Für jeden Themenbereich wurden auch Informationen zu den empfohlenen Screening-Tests, zu Interventionsmöglichkeiten und dem potentiellen Schaden extrahiert bzw. zusammengefasst. Informationen zu den Berufsgruppen, welche die Screenings durchführen sollen, wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit in einem eigenen Kapitel wiedergegeben bzw. in einer extra Tabelle angeführt (siehe Kapitel 3.4). Bei den meisten Empfehlungen wird nicht explizit genannt, wer das Screening anbieten soll, bzw. wird häufig lediglich „healthcare professionals“ angegeben. Es ist anzunehmen, dass die tatsächlich durchführende Berufsgruppe von der jeweiligen Zielgruppe, dem Themenbereich und nicht zuletzt von der jeweiligen Ausgestaltung der nationalen Versorgungsstrukturen für Schwangere und Kinder abhängig ist. Die Informationen zu den Adressat*innen der Leitlinien sind heterogen: manche Institutionen erstellen generell Empfehlungen für bestimmte Anwender*innen wie Hausärzt*innen; andere decken z.B. die gesamte Schwangerenvorsorge ab und richten sich demnach an jene Berufsgruppen, die im jeweiligen nationalen Kontext für die Betreuung von Schwangeren zuständig sind; und einige Leitlinien befassen sich mit spezifischen Themenbereichen (z.B. bestimmte psychische Erkrankungen) und nennen daher als Adressat*innen die jeweiligen relevanten Berufsgruppen (v.a. ärztliche, therapeutische, pädagogische Berufe).

Auch Infos zu Tests, Interventionen, potentiell Schaden enthalten

Informationen zu durchführenden Berufsgruppen in eigenem Kapitel

Informationen zu potentiellen Adressat*innen der Leitlinien heterogen

Zusammenfassende Ergebnistabelle

In Tabelle 4-1 wurden die Ergebnisse des vorliegenden Update-Berichts zusammengefasst und zur besseren Übersichtlichkeit mit Symbolen gekennzeichnet.

Ergebnisse als Übersichtstabelle

Tabelle 4-1: Ergebnistabelle

Thema	Empfohlene Screenings bzw. Beratung		Anzahl der LL [Referenzen]
Psychische Gesundheit			
Psych. Gesundheit (allgemein), psychosoziale Belastungen und Unterstützungsbedarf in der Schwangerschaft und ersten Lebensjahren des Kindes	Assessment/Befragung zu psychosozialen Risiko- und Belastungsfaktoren und Unterstützungsbedarf während der Schwangerschaft und nach der Geburt empfohlen	✓	7 LL [11, 13, 17, 21, 26, 29, 56]
Spezifische psychische Erkrankungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt	Screening auf Postpartale Depression mittels Fragebogen während der Schwangerschaft und nach der Geburt <i>überwiegend</i> empfohlen	✓	6 LL pro [13, 17, 18, 29, 34, 48], 2 LL contra [15, 40]
	Screening auf Angststörungen mittels Fragebogen während der Schwangerschaft und nach der Geburt empfohlen	✓	3 LL [13, 17, 29]
Substanzkonsum während der Schwangerschaft	Screening auf Tabakkonsum mittels Befragung während der Schwangerschaft + entsprechende Beratung empfohlen	✓	7 LL [13, 18, 20, 25, 37, 55, 56]
	Screening auf Alkoholkonsum mittels Befragung während der Schwangerschaft + entsprechende Beratung empfohlen	✓	5 LL [18, 36, 39, 52, 56]
	Screening auf Drogenkonsum mittels Befragung während der Schwangerschaft + entsprechende Beratung empfohlen	✓	5 LL [13, 18, 37, 54, 56]
Häusliche Gewalt und Kindeswohlgefährdung	Screening mittels Befragung zu häuslicher Gewalt und Beziehungsumfeld <i>überwiegend</i> empfohlen	✓	4 LL pro [13, 28, 51] [11], 1 LL contra [41]
	Achtsamkeit des Gesundheitspersonals bezüglich Anzeichen und Symptomen von Kindeswohlgefährdung empfohlen	✓	4 LL [11, 23, 50, 58]
Psychische und Verhaltensstörungen bei Kindern	kein Routine-Screening auf Depressionen, Autismus-Spektrum-Störungen, UEMF, Sprachentwicklungsstörungen, ADHS, Störungen des Sozialverhaltens empfohlen	✗	insges. 13 LL [7-10, 12, 16, 27, 30, 31, 35, 44-46]
	Abklärung bei entsprechenden Symptomen, Hinweisen, Anzeichen auf Depression, ADHS, Störungen des Sozialverhaltens empfohlen	(✓)	
	Achtsamkeit bezüglich Hinweisen und Anzeichen auf Autismus-Spektrum-Störungen und UEMF im Rahmen von Routine-Untersuchungen empfohlen	(✓)	
Ernährung			
Übergewicht/ Adipositas bei Schwangeren	Screening auf Übergewicht/ Adipositas der Schwangeren mittels Abwiegen und Berechnen des BMI zu Beginn der Schwangerschaft + entsprechende Beratung zur empfohlenen Gewichtszunahme empfohlen	✓	6 LL [13, 14, 18, 20, 24, 38]
Ernährung in der Schwangerschaft und Stillzeit	Ausführliche Beratung zu gesunder Ernährung in der Schwangerschaft empfohlen	✓	4 LL [22, 24, 56] [38]
	Beratung zu Supplementierung von Nährstoffen während der Schwangerschaft empfohlen (v.a. Folsäure; unterschiedliche Empfehlungen zu weiteren Nährstoffen)	✓	5 LL [13, 18, 22, 38, 56]
	Beratung zu gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität nach der Geburt empfohlen	✓	2 LL [24, 38]

Übergewicht/ Adipositas bei Kindern	Screening auf Übergewicht/ Adipositas bei Kindern bis 6 Jahren nicht empfohlen	✗	1 LL contra [43], 1 LL pro Screening ab 6 J. [49]
Ess- und Fütterungsverhalten/ Stillen	Information und Beratung zum Thema Stillen bereits in der Schwangerschaft empfohlen	✓	7 LL [13, 18, 20, 22, 32, 33, 47]
	Postpartale Stillberatung bzw. Unterstützung und Stillförderung für Mütter empfohlen	✓	8 LL [18, 19, 22, 32, 33, 38, 47, 57]
	Befragung/ Assessment stillender Mütter zur Identifizierung von Stillproblemen und von zusätzlichem Unterstützungsbedarf empfohlen	✓	5 LL [19, 21, 32, 33, 56]
	Beratung zur Zubereitung von Flaschennahrung empfohlen (wenn nicht gestillt wird)	✓	2 LL [19, 22]
	Beratung und Unterstützung für alle Mütter bzw. Familien zum Thema Beikosteführung sowie gesunde Ernährung für Kinder ab dem 6. Lebensmonat empfohlen	✓	1 LL [22]
Soziale Kompetenz			
keine Empfehlungen identifiziert			

4.2 Diskussion

Vor einer Ausweitung oder Neugestaltung von Screenings und Vorsorgeuntersuchungen für die entsprechenden Zielgruppen sollte der potentielle Public Health Nutzen der Screenings im Detail analysiert werden. Dabei darf eine Screening-Maßnahme nicht als einzelner Früherkennungstest gesehen werden, sondern es müssen auch alle weiterführenden diagnostischen Maßnahmen, Behandlungen, sowie mögliche „Nebenwirkungen“ betrachtet werden. Ein zentrales Kriterium bei der Implementierung eines Screenings ist, dass der Nutzen den potentiellen (physischen und psychischen) Schaden überwiegen muss. In diesem Update-Bericht findet sich mit der gewählten Methode der Leitliniensynopse ein Überblick über Screenings für Schwangere und Kinder bis 6 Jahre für die Themenbereiche psychische Gesundheit und Ernährung, die von entsprechenden evidenzbasierten, methodisch hochwertigen Leitlinien empfohlen bzw. nicht empfohlen werden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass in die Erstellung von Leitlinienempfehlungen neben der Wirksamkeit und Sicherheit einer Maßnahme auch weitere, mitunter landesspezifische, Faktoren (z.B. Epidemiologie, organisatorische Strukturen, finanzielle Aspekte, etc.) miteinfließen. Wird die Implementierung einer Screening-Maßnahme in Betracht gezogen, müssen diese Faktoren jedenfalls für den österreichischen Kontext mitberücksichtigt werden [5].

Nutzen eines Screenings muss den potentiellen Schaden überwiegen

vor Implementierung einer Screening-Maßnahme müssen entsprechende kontextspezifische Faktoren (z.B. Epidemiologie, organisatorische Strukturen, Finanzen) mitberücksichtigt werden

neben individuellen Determinanten auch verhältnisbezogene Determinanten für die Gesundheit bedeutend

z.B. materielle Lebensbedingungen, Bildung und Arbeit, soziale Beziehungen, Umwelt, ... - diese wurden in Leitlinien nur teilweise berücksichtigt

früherer Bericht widmete sich u.a. dem Thema Screening auf Armut – keine Leitlinien identifiziert

Neben den individuellen Determinanten (körperliche und psychische Faktoren, Gesundheitsverhalten) spielen die verhältnisbezogenen Determinanten eine bedeutende Rolle für die Gesundheit. Diese umfassen beispielsweise materielle Lebensbedingungen, (Aus-)Bildung, Arbeit und Beschäftigung, soziale Beziehungen und Netzwerke, Gesundheitsversorgung und -förderung sowie die Umwelt [110]. In den recherchierten Leitlinien wurde verhältnisbezogene Determinanten nur zum Teil berücksichtigt. Für einen früheren Addendums-Bericht [2] wurden Leitlinien zum Thema Screening auf Armut recherchiert. Es wurden keine Leitlinien identifiziert, die Empfehlungen zu einem Screening auf Armut in der Schwangerschaft oder nach der Geburt des Kindes aussprechen. Die australische Leitlinie „Pregnancy Care“ thematisiert jedoch Armut (und andere sozioökonomische Faktoren) und spricht sich dafür aus, dass jede Frau eine Schwangerschaftsvorsorge erhalten soll, die ihre individuelle soziale und emotionale Situation berücksichtigt. Der individuelle Ansatz soll dabei helfen, spezifisch auf sozioökonomische Faktoren zu achten und diese in die Routine-Untersuchungen miteinzubeziehen [13]. In Ermangelung von relevanten Leitlinien zu diesem Thema wurde auf andere Quellen zurückgegriffen und es wurde mittels Handsuche eine kanadische Pilotstudie identifiziert, die ein „Screening auf Armut“ untersuchte: Ziel der Arbeit war es, ein Tool zur Identifikation von Armut betroffener Patient*innen zu entwickeln und zu testen, ob es Primärversorger*innen in der täglichen klinischen Praxis unterstützen könnte. Details dazu können in [2] nachgelesen werden.

4.3 Limitationen

unter Umständen fehlende Leitlinien, wenn diese nicht in Datenbanken gelistet sind

Für die Identifizierung relevanter Leitlinien wurden 2 Datenbanken durchsucht sowie auf den Webseiten zahlreicher Institutionen und Fachgesellschaften recherchiert. Da Leitlinien meist für einen nationalen Kontext erstellt werden, sind sie teilweise nur über die jeweiligen Webseiten auffindbar und nicht in Datenbanken enthalten. Daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass mittels der angewandten Suchstrategie Leitlinien übersehen wurden.

Fehlen von Themenbereichen bedeutet nicht, dass sie nicht relevant wären, aber keine Leitlinien identifiziert

Durch die Methode der „Leitliniensynopse“ kann ein Überblick über ein breites Themenfeld gegeben werden. Es wurden nur für jene Themen Unterkapitel erstellt, für die auch relevante, die Einschlusskriterien erfüllende, Leitlinien identifiziert werden konnten. Das Fehlen von bestimmten Themenbereichen im vorliegenden Update-Bericht bedeutet demnach nicht, dass dieses Thema nicht relevant wäre oder dass es für ein Screening keine Evidenz gibt bzw. dass die Evidenz dagegenspricht. Es müsste in diesen Fällen auf andere Quellen (z. B. systematische Übersichtsarbeiten) zurückgegriffen werden.

auch in evidenzbasierten Leitlinien basieren manche Empfehlungen (v.a. bei unzureichender Evidenz) auf Expert*innen-Konsens

Für die Auswahl der Leitlinien wurden Einschlusskriterien definiert, die insbesondere auch auf die methodologische Qualität der Leitlinien fokussierten. Darüber hinaus wurde keine Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Leitlinien durchgeführt. Ein wesentliches Kriterium war die Evidenzbasierung der Leitlinien. Bei unzureichender Evidenz formulierten die Leitlinien jedoch auch Empfehlungen, die auf Expert*innen-Konsens basieren (diese wurden z.B. als „practice point“ (PP) oder „consensus-based recommenda-

tion“ (CBR) gekennzeichnet). Der Grad der Empfehlung ist daher bei der Interpretation der einzelnen Empfehlungen zu berücksichtigen. Die Bedeutung der jeweiligen „Levels of Evidence“ (LoE) und „Grades of Recommendation“ (GoR) bei den einzelnen Institutionen ist im Anhang (Kapitel 6) angeführt.

4.4 Fazit

Dem HTA-Zyklus „Assessment – Appraisal – Decision“ folgend, handelt es sich beim vorliegenden Update um das „Assessment“. Das „Appraisal“, also die Bewertung der Ergebnisse hinsichtlich der Übertragbarkeit für den österreichischen Kontext unter Einbeziehung nationaler Expert*innen, wurde für die vorangegangenen Berichte im Rahmen der interdisziplinären und multi-professionellen Facharbeitsgruppe durchgeführt, welche vom Gesundheitsministerium zusammengestellt und geleitet wurde. Alle Ergebnisse der Facharbeitsgruppe sind in einem umfassenden Endbericht [6] zusammengefasst. Die mit diesem Update vorliegenden Ergebnisse können dafür verwendet werden, um die Aktualität der im Rahmen der Facharbeitsgruppe herangezogenen Evidenz (Leitlinien-Empfehlungen) für die Themenbereiche psychische Gesundheit und Ernährung zu beurteilen bzw. ggfs. Aktualisierungsbedarf festzustellen

**Update =
„Assessment“**

**„Appraisal“ =
Bewertung der
Ergebnisse im
nationalen Kontext
unter Einbeziehung
nationaler
Expert*innen**

**„Decision“ noch
ausstehend**

5 Literatur

- [1] Reinsperger I, Piso B. Eltern-Kind-Vorsorge neu, Update Teil IX: Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien für Screenings von Schwangeren. LBI-HTA-Projektbericht Nr. 62, Update 2014. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, 2014.
- [2] Rosian K. Eltern-Kind-Vorsorge neu, Addendum zu Teil IX: Empfehlungen zu Screenings von Schwangeren (Zusatzthemen). LBI-HTA-Projektbericht Nr. 62, Addendum 2016. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, 2016.
- [3] Winkler R, Rosian K, Piso B. Eltern-Kind-Vorsorge neu, Update Teil IX: Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien für Screenings von Kindern (0–6 Jahre). LBI-HTA-Projektbericht Nr. 62, Update 2016. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, 2016.
- [4] Goetz G, Reinsperger I. Eltern-Kind-Vorsorge neu, Addendum zu Update Teil IX: Screening-Empfehlungen zu in der Facharbeitsgruppe identifizierten Zusatzthemen für die Kindheit (0-6 Jahre). LBI-HTA-Projektbericht Nr. 62, Addendum 2017. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, 2017.
- [5] Winkler R, Goetz G, Schink J, Reinsperger I. Screening-/ Vorsorgeprogramme für Kinder und Jugendliche von 6 bis 18 Jahren. Ergebnisse zu ausgewählten Ländern, Österreich-Programmen sowie Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien. LBI-HTA-Projektbericht 123. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, 2019.
- [6] Reinsperger I, Rosian K, Winkler R, Piso B. Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil XI: Mutter-Kind-Pass Weiterentwicklung: Screeningempfehlungen der Facharbeitsgruppe für Schwangerschaft, Wochenbett und Kindheit (0-6 Jahre). LBI-HTA Projektbericht Nr. 92. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, 2018.
- [7] Wolraich M, Hagan J, Allan C, et al, AAP Subcommittee on Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactive Disorder. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2019;144(4):e20192528.
- [8] Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ). Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie "Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter". Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2017 [15/01/2021]; Available from: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-0451_S3_ADHS_2018-06.pdf.
- [9] Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP). S3 Leitlinie Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2016 [19/02/2021]; Available from: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-0201_S3_Stoerungen_des_Sozialverhaltens_2018-09_1.pdf.
- [10] Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 1: Diagnostik (S3 Leitlinie). Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2016 [12/01/2021]; Available from: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-0181_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05.pdf.
- [11] Kinderschutzleitlinienbüro. AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Langfassung 1.0. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2019 [12/01/2021]; Available from: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/027-0691_S3_Kindesmisshandlung-missbrauch-vernachlaessigung-Kinderschutzleitlinie_2019-02_1_01.pdf.

- [12] Blank R, Vincon S. Deutsch-österreichisch-schweizerische (DACH) Versorgungsleitlinie zu Definition, Diagnostik, Behandlung und psychosozialen Aspekten bei Umschriebenen Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen (UEMF), Langfassung. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020 [15/01/2021]; Available from: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/022-0171_S3_Umschriebene-Entwicklungsstoerungen-motorischer-Funktionen-UEMF_2020-08_01.pdf.
- [13] Australian Government Department of Health. Clinical Practice Guidelines: Pregnancy Care. 2019 Edition. Canberra: Australian Government; 2018 [05/01/2021]; Available from: https://www.health.gov.au/sites/default/files/pregnancy-care-guidelines_0.pdf
- [14] Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). What are the recommended clinical assessment and screening tests during pregnancy? KCE Reports 248. 2015 [26/01/2021]; Available from: <https://kce.fgov.be/en/what-are-the-recommended-clinical-assessment-and-screening-tests-during-pregnancy>.
- [15] Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC). Recommendations on screening for depression in adults. Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC); 2013 [20/06/2014]; Available from: <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/depression/>.
- [16] Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC). Recommendations on screening for developmental delay. 2016 [12/01/2021]; Available from: <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/developmental-delay/>.
- [17] Austin M-P, Hight N, and the Expert Working Group. Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence; 2017 [05/01/2021]; Available from: <https://www.cope.org.au/health-professionals/health-professionals-3/review-of-new-perinatal-mental-health-guidelines/>
- [18] Department of Veterans Affairs/Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the management of pregnancy. 2018 [05/01/2021]; Available from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/WH/up/VADoDPregnancyCPG4102018.pdf>
- [19] National Health and Medical Research Council (NHMRC). Eat for health. Infant feeding guidelines. Information for health workers. 2012 [31/08/2017]; Available from: https://www.eatforhealth.gov.au/sites/default/files/files/the_guidelines/n56_infant_feeding_guidelines_160822.pdf.
- [20] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Antenatal care for uncomplicated pregnancies (CG62). 2008 (last update 2019) [08/01/2021]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62>.
- [21] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Postnatal care up to 8 weeks after birth (CG37). 2006 (last update 2015) [19/01/2021]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37>.
- [22] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Maternal and child nutrition (PH11). 2008 (last check 2017) [29/01/2021]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph11>.
- [23] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s (CG89). 2009 (last updated 2017) [19/01/2021]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg89>.
- [24] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Weight management before, during and after pregnancy (PH27). 2010 (last check 2017) [09/02/2021]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph27>.
- [25] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Smoking: stopping in pregnancy and after childbirth (PH26). 2010 (last update 2018) [08/01/2021]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph26>.
- [26] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Social and emotional wellbeing: early years (PH40). 2012 (last check 2017) [18/07/2017]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/PH40>.
- [27] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management (CG158). 2013 (last update 2017) [19/02/2021]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158>.
- [28] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Domestic violence and abuse: multi-agency working. 2014 (last update 2018) [19/01/2021]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph50>.

- [29] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (CG192). 2014 (last update 2020) [19/01/2021]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>.
- [30] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management (NG87). 2018 [15/01/2021]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>.
- [31] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in children and young people: identification and management (NG134). 2019 [12/01/2021]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>.
- [32] Perinatal Services BC (PSBC). Health Promotion Guideline: Breastfeeding Healthy Term Infants. 2015 [12/02/2021]; Available from: <http://www.perinataleservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/HealthPromotion/BreastfeedingHealthyTermInfantGuideline.pdf>.
- [33] Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Breastfeeding - Promoting and Supporting the Initiation, Exclusivity, and Continuation of Breastfeeding for Newborns, Infants, and Young Children. 2018 [12/02/2021]; Available from: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/breastfeeding-promoting-and-supporting-initiation-exclusivity-and-continuation-breast>.
- [34] Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of perinatal mood disorders. 2012 [06/08/2017]; Available from: <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/management-of-perinatal-mood-disorders/>.
- [35] Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders - A national clinical guideline. 2016 [12/01/2021]; Available from: <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/assessment-diagnosis-and-interventions-for-autism-spectrum-disorders/>.
- [36] Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Children and young people exposed prenatally to alcohol. A national clinical guideline. 2019 [19/01/2021]; Available from: <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/children-and-young-people-exposed-prenatally-to-alcohol/>.
- [37] Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). SOGC Clinical Practice Guideline No. 349 - Substance use in pregnancy. J Obstet Gynaecol Can. 2017;39(10):922-37.
- [38] Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Canadian Consensus on Female Nutrition: Adolescence, Reproduction, Menopause, and Beyond. J Obstet Gynaecol Can. 2016;38(6):508-54.
- [39] Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). SOGC Clinical Practice Guideline No. 405: Screening and counselling for alcohol consumption during pregnancy. J Obstet Gynaecol Can. 2020;42(9):1158-73.
- [40] UK National Screening Committee (UK NSC). The UK NSC recommendation on Postnatal depression screening in pregnancy. 2019 [05/01/2021]; Available from: <https://legacyscreening.phe.org.uk/postnataldepression>.
- [41] UK National Screening Committee (UK NSC). The UK NSC recommendation on Partner violence screening in pregnancy. 2019 [08/01/2021]; Available from: <https://legacyscreening.phe.org.uk/partnerviolence-pregnancy>.
- [42] UK National Screening Committee (UK NSC). The UK NSC recommendation on Psychiatric illness screening in pregnancy. 2019 [23/02/2021]; Available from: <https://legacyscreening.phe.org.uk/psychiatricillness>.
- [43] UK National Screening Committee (UK NSC). The UK NSC recommendation on obesity screening in children. 2018 [29/01/2021]; Available from: <https://legacyscreening.phe.org.uk/obesity>.
- [44] U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for speech and language delay and disorders in children aged 5 years or younger - U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2015 [29/01/2021]; Available from: <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/speech-and-language-delay-and-disorders-in-children-age-5-and-younger-screening>.

- [45] U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for autism spectrum disorder in young children - U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2016 [29/01/2021]; Available from: <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/autism-spectrum-disorder-in-young-children-screening>.
- [46] U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for depression in children and adolescents - U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2016 [29/01/2021]; Available from: <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/depression-in-children-and-adolescents-screening>.
- [47] U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Primary care interventions to support breastfeeding - U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. 2016 [29/01/2021]; Available from: <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/breastfeeding-primary-care-interventions>.
- [48] U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for depression in adults - U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2016 [11/02/2021]; Available from: <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/depression-in-adults-screening>.
- [49] U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for obesity in children and adolescents - U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2017 [29/01/2021]; Available from: <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/obesity-in-children-and-adolescents-screening>.
- [50] U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Interventions to prevent child maltreatment - U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2018 [15/01/2021]; Available from: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/child-maltreatment-primary-care-interventions>.
- [51] U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for intimate partner violence, elder abuse, and abuse of vulnerable adults - U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2018 [08/01/2021]; Available from: <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/intimate-partner-violence-and-abuse-of-elderly-and-vulnerable-adults-screening>.
- [52] U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening and behavioral counseling interventions to reduce unhealthy alcohol use in adolescents and adults - U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2018 [08/01/2021]; Available from: <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/unhealthy-alcohol-use-in-adolescents-and-adults-screening-and-behavioral-counseling-interventions>.
- [53] U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Interventions to prevent perinatal depression - U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2019 [11/02/2021]; Available from: <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/perinatal-depression-preventive-interventions>.
- [54] U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for unhealthy drug use - U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2020 [12/01/2021]; Available from: <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/drug-use-illicit-screening>.
- [55] U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant persons - U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2021 [11/02/2021]; Available from: <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions>.
- [56] World Health Organization (WHO). WHO recommendations on maternal health. 2017a [22/01/2021]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.10>.
- [57] World Health Organization (WHO). WHO recommendations on newborn health. 2017b [16/02/2021]; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259269>.
- [58] World Health Organization (WHO). WHO recommendations on child health. 2017c [16/02/2021]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.08>.
- [59] Psyhyrembel online. Available from: <https://www.psyhyrembel.de>.

- [60] Friedmann A. Psychosoziale Belastungen und protektive Faktoren. In: Mall V, Friedmann A, editors. Frühe Hilfen in der Pädiatrie: Bedarf erkennen - intervenieren - vernetzen. 1. Auflage ed. Berlin Heidelberg: Springer; 2016. p. 109-18.
- [61] Friedmann A, Mall V. Der pädiatrische Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3-U6). In: Mall V, Friedmann A, editors. Frühe Hilfen in der Pädiatrie: Bedarf erkennen - intervenieren - vernetzen. 1. Auflage ed. Berlin Heidelberg: Springer; 2016. p. 125-48.
- [62] Barth M, Renner I. Kindermedizin und frühe Hilfen. Entwicklung und Evaluation des pädiatrischen Anhaltsbogens. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH); 2014 [24/03/2021]; Available from: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kindermedizin_und_Fruehe_Hilfen.pdf.
- [63] Warmuth M, Mad P, Piso B, Schumacher I, Wild C. Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil I: Epidemiologie - Häufigkeiten von Risikofaktoren und Erkrankungen in Schwangerschaft und früher Kindheit. HTA-Projektbericht 45a. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, 2011.
- [64] World Health Organisation (WHO). Social determinants of mental health. 2014 [updated 201426/07/2017]; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf?ua=1.
- [65] Anzenbacher J, Marbler C, Sagerschnig S, Winkler P. Frühe Hilfen. Zahlen, Daten und Fakten zu den begleiteten Familien. FRÜDOK-Jahresbericht 2016. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, 2017.
- [66] Bundesministerium für Gesundheit. Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2011.
- [67] Dimmel N, Schenk M, Stelzer-Orthofer C. Handbuch Armut in Österreich. Innsbruck: Studienverlag GmbH; 2014. 1004 S. p.
- [68] Rauchfuß M, Gauger U. Biopsychosocial Predictors of Preterm Labor and Preterm Delivery? Results of a Prospective Study. Zentralbl Gynakol. 2003;125(5):167-78.
- [69] Siegmund-Schultze E, Kielblock B, Bansen T. Schwangerschaft und Geburt. Was kann die Krankenkasse tun? Eine sozioökonomische Analyse der Bedürfnisse von KKH- versicherten Frauen in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt und Babyzeit. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement. 2008;13(4):210-5.
- [70] Larson CP. Poverty during pregnancy: Its effects on child health outcomes. Paediatr Child Health. 2007;12(8):673-7.
- [71] Statistik Austria. Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung. 2019 [10/03/2021]; Available from: http://pic.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/gender-statistik/armutsgefahrdung/index.html.
- [72] Kindler H, Künster AK. Prävalenz von Belastungen und Risiken in der frühen Kindheit in Deutschland. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, editor. Datenreport Frühe Hilfen 2013. p. 8-13.
- [73] Gemeinsamer Bundesausschuss. Kinder-Richtlinie. Richtlinie zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern. 2017; Available from: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/>.
- [74] Friedmann A, Mall V. Screeninginstrumente im Bereich der Frühen Hilfen. In: Mall V, Friedmann A, editors. Frühe Hilfen in der Pädiatrie: Bedarf erkennen - intervenieren - vernetzen. 1. Auflage ed. Berlin Heidelberg: Springer; 2016. p. 119-24.
- [75] Barth M, Mall V. Pädiatrischer Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3-U6). Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH); 2015 [24/03/2021]; Available from: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Paediatrischer_Anhaltsbogen_160415.pdf.
- [76] Stompe T. Peri- und postpartale psychische Erkrankungen - klinische Bilder, Entstehungsbedingungen und Behandlung. Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe. 2016;34(3):19-22.
- [77] Dorsch V, Rohde A. Postpartale psychische Störungen - Update 2016. Frauenheilkunde up2date. 2016;10(04):355-74.
- [78] Ging A. Postpartale Depression. Symptomatik, Prävention, Therapie. Gynäkologie. 2016;1:14-8.

- [79] Lenz A. Eltern mit psychischen Erkrankungen in den Frühen Hilfen. Grundlagen und Handlungswissen. Handreichung. Materialien zu Frühen Hilfen 9. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH); 2017; Available from: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-Handreichung-9-Eltern-psychische-Erkrankungen.pdf.
- [80] Delaloye J, Schwarzenbach F. Postpartaler Betreuungsbedarf von an Schizophrenie erkrankten Müttern. Ein interprofessioneller Ansatz zwischen Pflegefachpersonen und Hebammen. Interprofessionelle Bachelorarbeit. Zürcher Hochschule für Angewandete Wissenschaften, Department Gesundheit; 2019 [31/03/2021]; Available from: https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/18421/1/Delaloye_Julie_PF16_Schwarzenbach_Flavia_HB16_BA.pdf.
- [81] Nowotny M, Kern D, Breyer E, Bengough T, Griebler R, (Hg.). Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019.
- [82] Reiner-Lawugger C. Mütter in schweren psychischen Krisen. o.A. [09/03/2021]; Available from: <http://docplayer.org/105966654-Muetter-in-schweren-psychischen-krisen-0ae-dr-claudia-reiner-lawugger.html>.
- [83] Kuntz B, Zeiher J, Starker A, Prütz F, Lampert T. Rauchen in der Schwangerschaft - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring. 2018;3(1):47-54.
- [84] Römer P, Reinelt T, Petermann F, Teickner C. Alkoholkonsum während der Schwangerschaft. Welche Auswirkungen auf die frühkindliche Entwicklung sind bekannt? Kindheit und Entwicklung. 2019;28(1):6-18.
- [85] Anzenberger J, Busch M, Grabenhofer-Eggerth A, Hojni M, Klein C, Schmutterer I, Strizek J, Tanios A. Epidemiologiebericht Sucht 2019. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, 2019.
- [86] Schleicher B, Pfabigan D. Gesundheitliche Situation von Frauen in Österreich. Grundlage für die Entwicklung des Aktionsplans Frauengesundheit. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, 2015.
- [87] World Health Organization (WHO). Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung. WHO-Regionalbüro für Europa; 2003 [09/03/2021]; Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf.
- [88] Kapella O, Baierl A, Rille-Pfeiffer C, Gesserick C, Schmidt E-M. Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld. Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern. Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung (ÖIF), 2011.
- [89] Mudra S, Schulte-Markwort M. Depressive Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Psychiatrie und Psychotherapie up2date. 2020;14(02):131-45.
- [90] Göbel K, Baumgarten F, Kuntz B, Hölling H, Schlack R. ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring. 2018;3(3):46-53.
- [91] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Gewichtszunahme in der Schwangerschaft. 2018 [16/03/2021]; Available from: <https://www.gesundheitsinformation.de/gewichtszunahme-in-der-schwangerschaft.html>.
- [92] Statistik Austria. Body Mass Index (BMI). Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. 2019 [16/03/2021]; Available from: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/bmi_body_mass_index/index.html.
- [93] Richtig essen von Anfang an. Ernährung in Schwangerschaft und Stillzeit: Energie- und Nährstoffbedarf. [17/03/2021]; Available from: <https://www.richtigessenvonanfangen.at/expertinnen/ernaehrung/in-schwangerschaft-und-stillzeit/energie-und-naehrstoffbedarf/>.
- [94] Seper K, Wüst N, Dieminger B. Basisliteraturbericht Ernährung in der Schwangerschaft. Österreichische Agentur Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES), Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB), 2014.
- [95] Elmadfa I, Freisling H, Nowak V, Hofstätter D, et al. Österreichischer Ernährungsbericht 2008. Institut für Ernährungswissenschaften, Universität Wien, 2009.

- [96] Rust P, Hasenegger V, Englert K, König J. Improving Health of the Next Generation: Dietary Intake and Physical Activity during Pregnancy in an Austrian Cohort. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2020;79(OCE2):E343.
- [97] Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin (DGKJ). Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (S3-Leitlinie). Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; 2019 [16/03/2021]; Available from: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050-002l_S3_Therapie-Praevention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf.
- [98] Weghuber D, Maruszczak K, Schindler K, Sulz I, Purtscher A, Pail E. Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Bericht Österreich 2017. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017.
- [99] Schienkiewitz A, Brettschneider A-K, Damerow S, Schaffrath Rosario A. Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*. 2018;3(1):16-23.
- [100] Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Empfehlung der Nationalen Ernährungskommission. Task Force: Kleinkinder, Stillende & Schwangere. Österreichische Stillempfehlungen. 2014 [24/03/2021]; Available from: https://www.richtigessenvonanfangan.at/download/0/0/ea24a28f47623cfd2db43ab9861c4a7f806e9697/fileadmin/Redakteure_REVAN/user_upload/oesterreichische_stillempfehlungen2014.pdf.
- [101] Bruckmüller MU, Hitthaller A, Kiefer I, Zwiauer K, Wolf A, Dieminger B, Meidlinger B, Seper K, Bürger B, Fröschl N, Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde. Österreichische Beikostempfehlungen. Richtig essen von Anfang an!; 2010; Available from: http://www.richtigessenvonanfangan.at/fileadmin/Redakteure_REVAN/user_upload/Beikostempfehlungen_Expertenversion_24-04-2013.pdf.
- [102] Meidlinger B, Dieminger B, Bruckmüller MU, Bürger B, Fröschl N, Hitthaller A, Seper K, Wolf A, Wüst N. Informationen zu Beikostprodukten. Umfassende Infos, für alle die mehr wissen wollen.: Richtig essen von Anfang an!; 2014 [24/03/2021]; Available from: https://www.richtigessenvonanfangan.at/fileadmin/Redakteure_REVAN/user_upload/2017-05_Informationen_zu_Beikostprodukten_3.Auflage_MAI_2017_01.pdf.
- [103] Richtig essen von Anfang an! Empfehlung zum Kuhmilchkonsum im 1. Lebensjahr. Ergänzung zum Dokument Österreichische Beikostempfehlungen. 2013 [21/08/2017]; Available from: http://www.richtigessenvonanfangan.at/fileadmin/Redakteure_REVAN/user_upload/Langversion_Kuhmilchempfehlung_final.pdf.
- [104] Fröschl N, Bruckmüller M, Dieminger B, Kiefer I, Zwiauer K, Bürger B, Meidlinger B, Seper K, Wolf A, Wüst N, Lehner P, Sgarabottolo V, Maringer B, Pollak A, Widhalm K. Richtig Essen von Anfang an! Ernährungsempfehlungen für ein- bis dreijährige Kinder. *Journal für Ernährungsmedizin*. 2014;16(4):12-5.
- [105] Fröschl N, Bruckmüller M, Dieminger B, Kiefer I, Zwiauer K. Basisliteraturbericht zur Ernährung für ein- bis dreijährige Kinder. 2014 [05/10/2017]; Available from: http://www.richtigessenvonanfangan.at/fileadmin/Redakteure_REVAN/user_upload/Basisliteraturbericht_Ern%C3%A4hrungsempfehlungen_1-3_Jahre.pdf.
- [106] Esberger M. Säuglingsernährung Heute. 2006. Kurzfassung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2006; Available from: https://www.richtigessenvonanfangan.at/fileadmin/Redakteure_REVAN/user_upload/Studie_zum_Thema_Sillen_Kurzfassung.pdf.
- [107] Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC). About us. [23/03/2021]; Available from: <https://canadiantaskforce.ca/about/>.
- [108] UK National Screening Committee (UK NSC). [12/02/2021]; Available from: <https://www.gov.uk/government/groups/uk-national-screening-committee-uk-nsc>.
- [109] U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). About the USPSTF. Available from: <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/about-uspstf>.

- [110] Bundesministerium für Gesundheit. Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht. Ergebnisbericht. 2016 [06/04/2021]; Available from: <https://jasmin.goeg.at/94/1/%C3%96sterreichischer%20Kinder-%20und%20Jugendgesundheitsbericht.pdf>.
- [111] Kinderschutzleitlinienbüro. KInderschutzleitlinie Leitlinienreport. 2019 [08/04/2021]; Available from: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/027-069m_S3_Kindesmisshandlung-missbrauch-vernachlaessigung-Kinderschutzleitlinie_2019-02_01.pdf.
- [112] Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ). Leitlinienreport der Leitlinie "Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter". 2018 [08/04/2021]; Available from: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045m_S3_ADHS_2018-06.pdf.
- [113] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Deveoping NICE guidelines: the manual. Process and methods (PMG20). 2014 (last update 2020) [08/04/2021]; Available from: <https://www.nice.org.uk/process/pmg20/chapter/introduction>.
- [114] UK National Screening Committee (UK NSC). UK NSC: evidence review process. Guidance. 2017 [08/04/2021]; Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/uk-nsc-evidence-review-process/uk-nsc-evidence-review-process>.
- [115] U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Procedure Manual Section 7. Formulation of Task Force Recommendations. [08/04/2021]; Available from: <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/procedure-manual/procedure-manual-section-7-formulation-task-force-recommendations#7.2>.
- [116] World Health Organization (WHO). Handbook for Guideline Development. 2nd edition. 2014 [08/04/2021]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548960>.

6 Anhang

Die Kategorisierungen der LoE und GoR aller Institutionen, von denen Leitlinien identifiziert wurden, sollen im Folgenden kurz dargestellt werden.

6.1 American Academy of Pediatrics (AAP)

Tabelle 6-1: Klassifizierung der Qualität der Evidenz und der Empfehlungsgrade, AAP

Aggregate Evidence Quality	Description	Benefit or harm predominates	Benefit and harm enhanced
LEVEL A	<i>Intervention:</i> well-designed and conducted trials, meta-analyses on applicable populations. <i>Diagnosis:</i> independent gold standard studies of applicable populations.	Strong Recommendation	Weak Recommendation (based on balance of benefit and harm)
LEVEL B	Trials or diagnostic studies with minor limitations; consistent findings from multiple observational studies.	Moderate Recommendation	Weak Recommendation (based on balance of benefit and harm)
LEVEL C	Single or few observational studies or multiple studies with inconsistent findings or major limitations.	Weak Recommendation (based on low-quality evidence)	Weak Recommendation (based on balance of benefit and harm)
LEVEL D	Expert opinion, case reports, reasoning from first principles.	Weak Recommendation (based on low-quality evidence)	No Recommendation may be made.

Quelle: [7]

6.2 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)

Die AWMF publiziert Leitlinien, die von unterschiedlichen Fachgesellschaften erstellt werden. Die Klassifizierung von LoE und GoR kann je nach Autor*innen/ Fachgesellschaften variieren, daher werden diese gesondert angeführt.

6.2.1 Blank & Vincon

Tabelle 6-2: Evidenzlevel, Leitlinie von Blank & Vincon

Level of Evidence	Body of Evidence	Oxford level	Oxford definition (diagnostic studies)	Adapted SIGN criteria
1 (high)	Evidence from a meta-analysis or systematic review of randomized controlled or other well-controlled studies with homogenous findings; homogeneity of the results; Very good quality of the results (e.g., validity and reliability measures > .8)	I a	Systematic review (SR) (with homogeneity) of Level 1 diagnostic studies; Clinical Decision Rule (CDR) with 1b studies from different clinical centres	1++ RCTs with a very low risk of bias
	Evidence from at least two randomized controlled trials (intervention studies) or well-controlled trials with well described sample selection (diagnostic study); confirmatory data analysis, good standards Very good quality of the results (e.g., validity and reliability measures > .8)	I b	Validating cohort study with good reference standards; or CDR tested within one clinical centre	1+ RCTs with a low risk of bias
		I c	Absolute SpPins and SnNouts	1- RCTs with a high risk of bias
2 (moderate)	Evidence from at least two well-designed, controlled studies without randomization from different working groups. sufficient standards; homogeneity of the results; Good quality of the results (e.g., validity and reliability measures > .6)	II a	SR (with homogeneity) of Level > 2 diagnostic studies	2++ High quality case control, clinical trials or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal
	Evidence from at least one well-designed other type of quasi-experimental study (non-randomised, noncontrolled); Good quality of the results (e.g., validity and reliability measures > .6)	II b	Exploratory cohort study with good reference standards; CDR after derivation, or validated only on split-sample or databases	2+ Well-conducted case control, clinical trials or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is causal
3 (low)	Evidence from well-designed non-experimental descriptive or observational studies (e.g., correlational studies, case-control-studies) Moderate homogeneity of the results; Moderate quality of the results (e.g., validity and reliability measures > .4)	III a	Systematic review (with homogeneity) of 3b and better studies	2- Case control, clinical trials or cohort studies with a high risk of confounding or bias and a significant risk that the relationship is not causal
		III b	Non-consecutive study or without consistently applied reference standards	3 Non-analytic studies, e.g., case reports, case series
4 (very low)	Evidence from expert committee reports or experts	IV / V	Non-consecutive study; or without consistently applied reference standards	4 Expert opinion

Quelle: [12]

Tabelle 6-3: Empfehlungsgrade, Leitlinie von Blank & Vincon

Evidenzgrad (LoE)	Empfehlung für/ gegen	Empfehlungsgrad
1	„soll“, „soll nicht“ oder „ist nicht indiziert“	A
2	„sollte“/ „sollte nicht“	B
3 oder 4	„kann erwogen werden“/ „kann verzichtet werden“ oder „wissen nicht“	0

Quelle: [12]

6.2.2 Kinderschutzleitlinienbüro

Tabelle 6-4: Kriterien für Evidenzbasierte Handlungsempfehlungen und Klinische Konsensuspunkte, Kinderschutzleitlinie

Bezeichnung	Empfehlungsgrad	Konsensusaspekte	Konsens	Erkenntlich gemacht durch
Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Ja	Solidierte Evidenzgrundlage und Konsensusaspekte (1-6)	Ja	EVIDENZ Evidenzlevel (LoE) Konsensstärke
Klinischer Konsensuspunkt (KKP) mit Plausibilitätsnachweis	Ja	Solide Konsensusaspekte (2-6) und geringe Konsistenz der Studienergebnisse (1)	Ja	KKP Evidenzlevel (LoE) Konsensstärke
Klinischer Konsensuspunkt (KKP) ohne Plausibilitätsnachweis	Ja	Konsensusaspekte (3-6)	Ja	KKP Konsensstärke
Kriterien für die Graduierung – KONSENSUSASPEKTE (nach AWMF)				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsistenz der Studienergebnisse, Präzision der Effektschätzenden 2. Klinische Relevanz der Endpunkte und Effektstärken 3. Nutzen-Schaden-Verhältnis 4. Ethische, rechtliche, ökonomische Erwägungen 5. Patientenpräferenzen 6. Anwendbarkeit und Umsetzbarkeit 				

Quelle: [111]

Tabelle 6-5: Evidenzlevel, Kinderschutzleitlinie (nach SIGN)

Grade	Description
1++	High quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias
1+	Well conducted meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a low risk of bias
1-	Meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a high risk of bias
2++	High quality systematic reviews of case control or cohort studies
2+	High quality case control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal
2-	Well conducted case control or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is casual
3	Case control or cohort studies with a high risk of confounding or bias and significant risk that the relationship is not causal
4	Non-analytic studies (e.g. case reports, case series, surveys, etc.)

Quelle: [111]

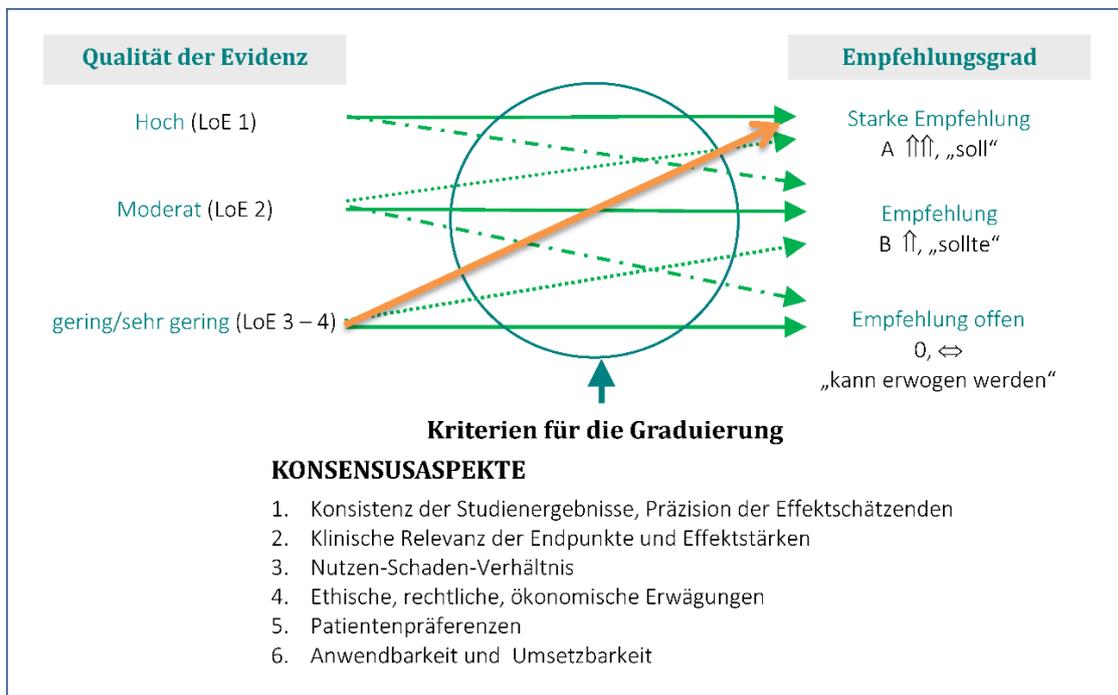


Abbildung 6-1: Von der Evidenz zur Empfehlung: Visualisierung der klinischen Beurteilung als Prozess der kriteriengestützten Konsentscheidung (Quelle: [111])

6.2.3 Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Tabelle 6-6: Qualität der Evidenz, DGKJP (nach GRADE)

Qualität der Evidenz	Beschreibung
Hohe Qualität	Es ist sehr unwahrscheinlich, dass weitere Forschung das Vertrauen in die Schätzung des Effekts verändern wird
Moderate Qualität	Weitere Forschung wird wahrscheinlich einen wichtigen Einfluss auf das Vertrauen in die Schätzung des Effekts haben und könnte die Schätzung ändern
Geringe Qualität	Weitere Forschung wird sehr wahrscheinlich einen wichtigen Einfluss auf das Vertrauen in die Schätzung des Effekts haben und wahrscheinlich die Schätzung ändern
Sehr geringe Qualität	Es herrscht eine große Unsicherheit bezüglich der Schätzung

Quelle: [112]

Tabelle 6-7: Graduierung der Empfehlungen, DGKJP

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Ausdrucksweise
A	Starke Empfehlung	Soll/ soll nicht
B	Empfehlung	Sollte/ sollte nicht
0	Empfehlung offen	Kann erwogen werden/ kann verzichtet werden
KKP (Klinischer Konsenspunkt)	Gute klinische Praxis	

Quelle: [112]

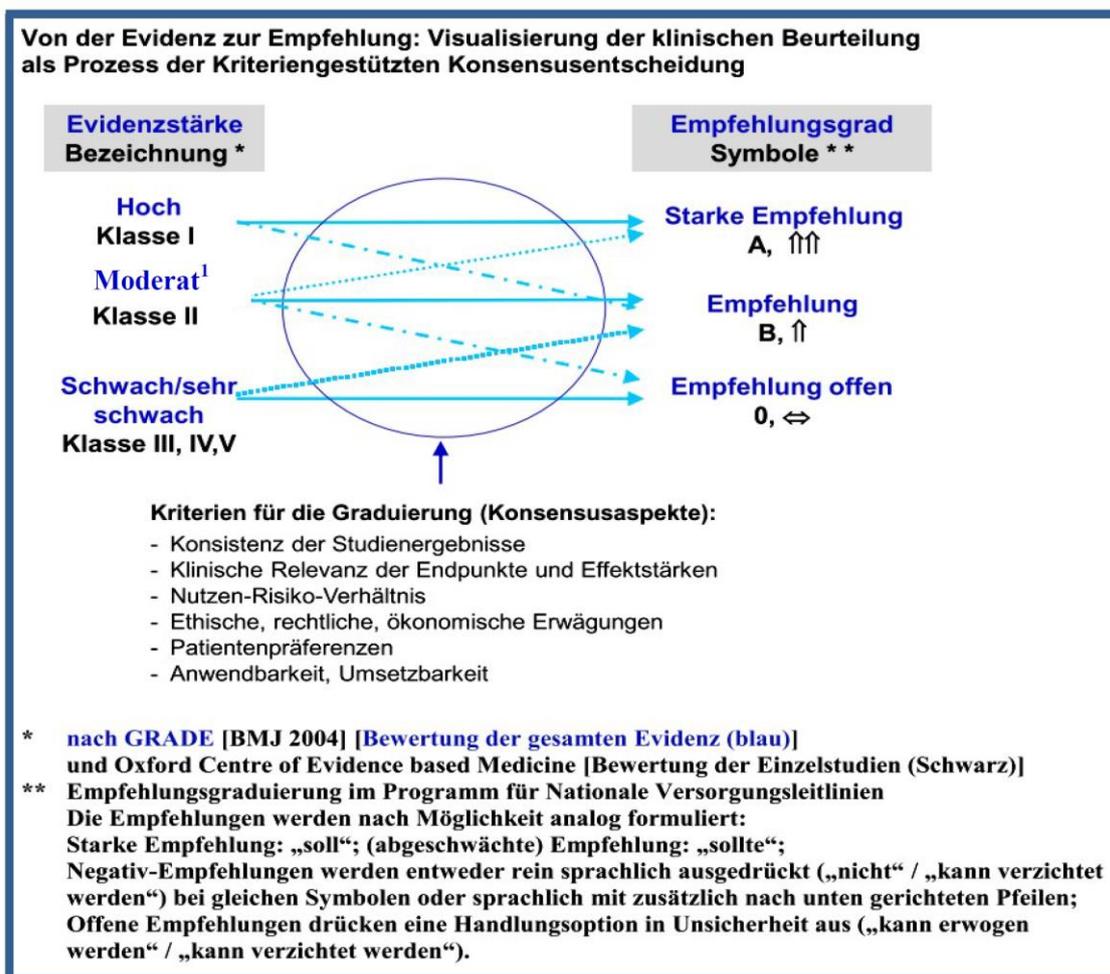


Abbildung 6-2: Von der Evidenzbewertung zur Empfehlungsgraduierung nach GRADE-Verfahren, Quelle: [112]

6.3 Australian Government Department of Health

Tabelle 6-8: Definition der Empfehlungsgrade, Australian Government Departement of Health

Empfehlungsgrad	Definition
Evidence-based recommendation (EBR)	Body of evidence can be trusted to guide practice
Qualified evidence-based recommendation (QEBR)	Body of evidence can be trusted to guide practice in most situations
CBR	Recommendation formulated in the absence of quality evidence (where a systematic review of the evidence was conducted as part of the search strategy)
PP	Area is beyond the scope of the systematic literature review and advice was developed by the Expert Advisory Committee

Quelle: [13]

6.4 Belgian Health Care Knowledge Center (KCE)

Tabelle 6-9: Qualität der Evidenz, KCE (nach GRADE)

Quality level	Definition	Methodological quality of supporting evidence
High	We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect	RCTs without important limitations or overwhelming evidence from observational studies
Moderate	We are moderately confident in the effect estimate: the true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different	RCTs with important limitations (inconsistent results, methodological flaws, indirect, or imprecise) or exceptionally strong evidence from observational studies
Low	Our confidence in the effect estimate is limited: the true effect may be substantially different from the estimate of the effect	RCTs with very important limitations or observational studies or case series
Very low	We have very little confidence in the effect estimate: the true effect is likely to be substantially different from the estimate of the effect	

Quelle: [14]

Tabelle 6-10: Stärke der Empfehlung, KCE (nach GRADE)

Grade	Definition
Strong	The desirable effects of an intervention clearly outweigh the undesirable effects (the intervention is to be put into practice), or the undesirable effects of an intervention clearly outweigh the desirable effects (the intervention is not to be put into practice)
Weak	The desirable effects of an intervention probably outweigh the undesirable effects (the intervention probably is to be put into practice), or the undesirable effects of an intervention probably outweigh the desirable effects (the intervention probably is not to be put into practice)

Quelle: [14]

6.5 Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)

Die CTFPHC erstellt ihre Empfehlungen nach dem GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) System. Es gibt zwei verschiedene Stärken der Empfehlung: stark (strong) und schwach (weak). Die Einteilung in starke und schwache Empfehlungen basiert auf der Qualität der zugrundeliegenden Evidenz, dem Grad der Unsicherheit bezüglich des Nutzen-Schaden-Verhältnisses, dem Grad der Unsicherheit bzw. Variabilität von PatientInnen-Werten und -Präferenzen, und dem Grad der Unsicherheit ob es sich bei der Intervention um einen sinnvollen Ressourceneinsatz handelt. Die Qualität der Evidenz wird als hoch, moderat, niedrig oder sehr niedrig klassifiziert [16].

Tabelle 6-11: Empfehlungsgrade, CTFPHC

Recommendation level	Description
Strong Recommendation	The Canadian Task Force on Preventive Health Care is confident that the desirable effects of an intervention outweigh its undesirable effects (strong recommendation for an intervention) or that the undesirable effects of an intervention outweigh its desirable effects (strong recommendation against an intervention). A strong recommendation implies that most individuals will be best served by the recommended course of action.
Weak Recommendation	The desirable effects probably outweigh the undesirable effects (weak recommendation for an intervention) or undesirable effects probably outweigh the desirable effects (weak recommendation against an intervention), but appreciable uncertainty exists. Weak recommendations result when the balance between desirable and undesirable effects is small, the quality of evidence is lower, or there is more variability in the values and preferences of patients. A weak recommendation implies that most people would want the recommended course of action but that many would not. Clinicians must recognize that different choices will be appropriate for each individual, and they must help each person arrive at a management decision that is consistent with his or her values and preferences. Policy-making will require substantial debate and involvement of various stakeholders.

Quelle: [16]

6.6 Centre of Perinatal Excellence (COPE)

Tabelle 6-12: Empfehlungsgrade, COPE

Recommendation grade	Definition
Evidence-based recommendation (EBR)	a recommendation formulated after a systematic review of the evidence, with a clear linkage from the evidence base to the recommendation using GRADE methods and graded either: <ul style="list-style-type: none"> ■ Strong: implies that most/all individuals will be best served by the recommended course of action; used when confident that desirable effects clearly outweigh undesirable effects or, conversely, when confident that undesirable effects clearly outweigh desirable effects OR ■ Conditional: implies that not all individuals will be best served by the recommended course of action; used when desirable effects probably outweigh undesirable effects; used when undesirable effects probably outweigh desirable effects
Consensus-based recommendation (CBR)	recommendation formulated in the absence of quality evidence, after a systematic review of the evidence was conducted and failed to identify sufficient admissible evidence on the clinical question
Practice Point (PP)	advice on a subject that is outside the scope of the search strategy for the systematic evidence review, based on expert opinion and formulated by a consensus process

Quelle: [17]

6.7 Department of Veterans Affairs/ Department of Defense (VA/ DoD)

Die VA/DoD verwendet die Methoden von GRADE um die Qualität der Evidenz zu beurteilen und die Empfehlungsstärke zu bestimmen. Dabei werden 4 Domänen berücksichtigt: die Balance zwischen erwünschten und unerwünschten Outcomes, das Vertrauen in die Qualität der Evidenz, Werte und Präferenzen sowie andere Implikationen (falls zutreffend), z.B. Ressourcen, Akzeptanz, Durchführbarkeit. Es wird zwischen starken und schwachen Empfehlungen unterschieden [18].

Tabelle 6-13: Empfehlungsgrade, VA/DoD

Grade of recommendation	Definition
Strong For	"We recommend offering this option..."
Weak For	"We suggest offering this option..."
No recommendation for or against	"There is insufficient evidence..."
Weak Against	"We suggest not offering this option..."
Strong Against	"We recommend against offering this option..."

Quelle: [18]

6.8 National Health and Medical Research Council (NHMRC)

Tabelle 6-14: Empfehlungsgrade, NHMRC

Grade	Description
A	Body of evidence can be trusted to guide practice (convincing association)
B	Body of evidence can be trusted to guide practice in most situations (probable association)
C	Body of evidence provides some support for recommendation(s) but care should be taken in its application (suggestive association)
D	Body of evidence is weak and recommendation must be applied with caution

Quelle: [19]

6.9 National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

Das National Institute for Health and Care Excellence ist eine öffentliche Einrichtung, die nationale Leitlinien und Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheits- und Sozialdienste in Großbritannien erstellt. Die Methoden zur Erstellung von NICE Guidelines können in einem ausführlichen Manual nachgelesen werden, welches im Detail über alle erforderlichen Schritte bei der Leitlinienerstellung (Scoping/Definition der Review-Fragen, Literatursuche, Erstellung des Evidence Reviews, Formulieren der Empfehlungen, Stakeholder-Konsultation, Qualitätssicherung, etc.) Auskunft erteilt. Die Qualität der Evidenz und die Stärke der Empfehlung werden anhand von GRADE beurteilt und in der Formulierung widergespiegelt: NICE verwendet beispielsweise Worte wie „offer“, „measure“, „advise“, „refer“ bei starken Empfehlungen, für die es in der Regel einen eindeutigen Nachweis des Nutzens gibt; und „consider“ für schwache Empfehlungen, für die die Evidenz für einen Nutzen weniger sicher ist [113].

6.10 Perinatal Services BC (PSBC)

Tabelle 6-15: Empfehlungsgrade, PSBC

Grade	Description
A	There is good evidence to recommend the clinical preventive action
B	There is fair evidence to recommend the clinical preventive action
C	The existing evidence is conflicting and does not allow to make a recommendation for or against use of the clinical preventive action; however, other factors may influence decision-making
D	There is fair evidence to recommend against the clinical preventive action
I	There is insufficient evidence (in quantity or quality) to make a recommendation; however, other factors may influence decision making

Quelle: [32]

6.11 Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)

Tabelle 6-16: Evidenzlevel, RNAO

Level	Source of evidence
Ia	Evidence obtained from meta-analysis or systematic reviews of randomized controlled trials, and/or synthesis of multiple studies primarily of quantitative research
Ib	Evidence obtained from at least one randomized controlled trial
IIa	Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomization
IIb	Evidence obtained from at least one other type of well-designed quasi-experimental study, without randomization
III	Synthesis of multiple studies primarily of qualitative research
IV	Evidence obtained from well-designed non-experimental observational studies, such as analytical studies, descriptive studies, and/or qualitative studies
V	Evidence obtained from expert opinion, committee reports, and/or clinical experiences of respected authorities

Quelle: [33]

6.12 Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

Tabelle 6-17: Evidenzlevel, SIGN

Grade	Description
1++	High quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias
1+	Well conducted meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a low risk of bias
1-	Meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a high risk of bias
2++	High quality systematic reviews of case control or cohort studies High quality case control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal
2+	Well conducted case control or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is causal
2-	Case control or cohort studies with a high risk of confounding or bias and a significant risk that the relationship is not causal
3	Non-analytic studies, eg case reports, case series
4	Expert opinion

Quelle: [36]

Tabelle 6-18: Empfehlungsgrade, SIGN

Grade	Description
Strong recommendation	For 'strong' recommendations on interventions that 'should' be used, the guideline development group is confident that, for the vast majority of people, the intervention (or interventions) will do more good than harm. For 'strong' recommendations on interventions that 'should not' be used, the guideline development group is confident that, for the vast majority of people, the intervention (or interventions) will do more harm than good.
Conditional recommendation	For 'conditional' recommendations on interventions that should be 'considered', the guideline development group is confident that the intervention will do more good than harm for most patients. The choice of intervention is therefore more likely to vary depending on a person's values and preferences, and so the healthcare professional should spend more time discussing the options with the patient.

Quelle: [36]

6.13 Society of Obstetricians and Gynaecologists (SOGC)

Tabelle 6-19: Qualität der Evidenz, SOGC (neu)

Quality of Evidence	Definition
High	High level of confidence that the true effect lies close to that of the estimate of the effect
Moderate	Moderate confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different
Low	Limited confidence in the effect estimate: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect
Very low	Very little confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be substantially different from the estimate of the effect

Quelle: [39]

Tabelle 6-20: Stärke der Empfehlung, SOGC (neu)

Strength of recommendation	Definition
Strong	High level of confidence that the desirable effects outweigh the undesirable effects (strong recommendation for) or the undesirable effects outweigh the desirable effects (strong recommendation against)
Conditional (weak)	Desirable effects probably outweigh the undesirable effects (weak recommendation for) or the undesirable effects probably outweigh the desirable effects (weak recommendation against)

Quelle: [39]

Tabelle 6-21: Qualität der Evidenz, SOGC (alt)

Quality of Evidence	Definition
I	Evidence obtained from at least one properly randomized controlled trial
II-1	Evidence from well-designed controlled trials without randomization
II-2	Evidence from well-designed cohort (prospective or retrospective) or case-control studies, preferably from more than one centre or research group
II-3	Evidence obtained from comparisons between times or places with or without the intervention. Dramatic results in uncontrolled experiments (such as the results of treatment with penicillin in the 1940s) could also be included in the category.
III	Opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or reports of expert committees

Quelle: [37, 38]

Tabelle 6-22: Stärke der Empfehlung, SOGC (alt)

Strength of recommendation	Definition
A	There is good evidence to recommend the clinical preventive action
B	There is fair evidence to recommend the clinical preventive action
C	The existing evidence is conflicting and does not allow to make a recommendation for or against use of the clinical preventive action; however, other factors may influence decision-making
D	There is fair evidence to recommend against the clinical preventive action
E	There is good evidence to recommend against the clinical preventive action
I	There is insufficient evidence (in quantity or quality) to make a recommendation; however, other factors may influence decisionmaking

Quelle: [37, 38]

6.14 UK National Screening Committee (UK NSC)

Das UK National Screening Committee berät die Ministerien und das NHS in England, Wales, Schottland und Nordirland zu allen Aspekten von Screening. Das UK NSC beurteilt die Evidenz für Screening-Maßnahmen anhand gewisser Kriterien, die u. a. die Erkrankung, den Screening-Test, die Behandlung und die Wirksamkeit eines Screening-Programms betreffen („Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme“) [114].

6.15 U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)

Tabelle 6-23: Stärke der Empfehlung, USPSTF

Grade	Definition	Suggestions for practice
A	The USPSTF recommends the service. There is high certainty that the net benefit is substantial.	Offer or provide this service.
B	The USPSTF recommends the service. There is high certainty that the net benefit is moderate or there is moderate certainty that the net benefit is moderate to substantial.	Offer or provide this service.
C	The USPSTF recommends selectively offering or providing this service to individual patients based on professional judgment and patient preferences. There is at least moderate certainty that the net benefit is small.	Offer or provide this service for selected patients depending on individual circumstances.
D	The USPSTF recommends against the service. There is moderate or high certainty that the service has no net benefit or that the harms outweigh the benefits.	Discourage the use of this service.
I statement	The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of the service. Evidence is lacking, of poor quality, or conflicting, and the balance of benefits and harms cannot be determined.	Read the Clinical Considerations section of the USPSTF Recommendation Statement. If the service is offered, patients should understand the uncertainty about the balance of benefits and harms.

Quelle: [115]

6.16 World Health Organization (WHO)

Tabelle 6-24: Qualität der Evidenz, WHO (nach GRADE)

Quality of evidence	Definition
High	We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect
Moderate	We are moderately confident in the effect estimate: the true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different.
Low	Our confidence in the effect estimate is limited: the true effect may be substantially different from the estimate of the effect.
Very low	We have very little confidence in the effect estimate: the true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect.

Quelle: [116]

Tabelle 6-25: Stärke der Empfehlung, WHO (nach GRADE)

Strength of recommendation	Definition
Strong recommendation	The recommendation is based on the confidence that the desirable effects of adherence to the recommendation outweigh the undesirable consequences.
Conditional or weak recommendation	Conditional or weak recommendations are made when a Guideline Development Group is less certain about the balance between the benefits and harms or disadvantages of implementing a recommendation.

Quelle: [116]



HTA Austria
Austrian Institute for
Health Technology Assessment
GmbH