

# Eltern-Kind-Vorsorge neu – Teil IX

Addendum:  
Screening-Empfehlungen  
zu in der Facharbeitsgruppe  
identifizierten Zusatzthemen  
für die Kindheit (0-6 Jahre)

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Technology Assessment

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 062 – Addendum 2017

ISSN: 1992-0488

ISSN-online: 1992-0496



# Eltern-Kind-Vorsorge neu – Teil IX

Addendum:  
Screening-Empfehlungen  
zu in der Facharbeitsgruppe  
identifizierten Zusatzthemen  
für die Kindheit (0-6 Jahre)

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Technology Assessment

Wien, Oktober 2017

### **Projektteam Addendum**

Projektleitung: Mag.<sup>a</sup> rer.nat. Inanna Reinsperger, MPH  
Projektbearbeitung: Gregor Goetz, BSc, MPH  
Mag.<sup>a</sup> rer.nat. Inanna Reinsperger, MPH  
Interner Review: Mag. Dr. phil. Roman Winkler, MSc

**Korrespondenz:** Inanna Reinsperger ([inanna.reinsperger@hta.lbg.ac.at](mailto:inanna.reinsperger@hta.lbg.ac.at))

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

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.

### **Interessenskonflikt**

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

### **IMPRESSUM**

#### **Medieninhaber und Herausgeber:**

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH  
Nußdorferstr. 64, 6 Stock, A-1090 Wien  
<http://hta.lbg.ac.at/page/imprint>

#### **Für den Inhalt verantwortlich:**

Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)  
Garnisonsgasse 7/20, A-1090 Wien  
<http://hta.lbg.ac.at/>

Die HTA-Projektberichte erscheinen unregelmäßig und dienen der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment.

Die HTA-Projektberichte erscheinen in geringer Auflage im Druck und werden über den Dokumentenserver „<http://eprints.hta.lbg.ac.at>“, der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 062, Addendum 2017

ISSN: 1992-0488

ISSN-online: 1992-0496

© 2017 LBI-HTA – Alle Rechte vorbehalten

# Inhalt

1	Einleitung.....	5
2	Methodologie .....	7
2.1	Literatursuche.....	7
2.2	Einschlusskriterien.....	8
3	Screening-Empfehlungen zu in der Facharbeitsgruppe identifizierten Zusatzthemen für die Kindheit (0-6 Jahre).....	9
3.1	Angeborene Fehlbildungen der Niere und ableitenden Harnwege.....	9
3.2	Impfpräventable Erkrankungen.....	14
3.3	Psychosoziale Belastungen/psychosozialer Unterstützungsbedarf .....	19
3.4	Ernährung/Ess- und Fütterungsverhalten .....	29
4	Zusammenfassung .....	37
5	Literatur.....	39
6	Appendix .....	45
6.1	“Pädiatrischer Anhaltsbogen“ .....	45
6.2	Empfehlungsgrade der zusätzlich eingeschlossenen Institutionen .....	50
6.2.1	European Association of Urology (EAU).....	50
6.2.2	Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).....	51

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.2-1:	Einschlusskriterien (PICO).....	8
Tabelle 3.1-1:	Angeborene Störungen der Nieren und ableitenden Harnwege (CAKUT) – Häufigkeiten und Verhältnis Jungen:Mädchen.....	10
Tabelle 3.1-2:	Screening-Empfehlungen für Fehlbildungen der Nieren und ableitenden Harnwege .....	12
Tabelle 3.2-1:	Screening-Empfehlungen für impfpräventable Erkrankungen .....	16
Tabelle 3.3-1:	Screening-Empfehlungen zu sozialem und emotionalem Wohlbefinden (aus Update Teil IX) .....	22
Tabelle 3.3-2:	Screening-Empfehlungen zu psychischer Gesundheit/Depression (aus Update Teil IX) .....	22
Tabelle 3.3-3:	Screening-Empfehlungen für postpartale psychosoziale Belastung (neu identifizierte Empfehlungen) .....	25
Tabelle 3.4-1:	Screening-Empfehlungen zur Ernährung (aus Update Teil IX) .....	31
Tabelle 3.4-2:	Screening-Empfehlungen zur Ernährung (neu identifizierte Empfehlungen).....	33
Tabelle 6.2-1:	Levels of evidence EAU .....	50
Tabelle 6.2-2:	Grades of recommendation EAU .....	50
Tabelle 6.2-3:	Evidence Grading ICSI.....	51
Tabelle 6.2-4:	Prioritization of Preventive Services ICSI .....	51

## Abkürzungsverzeichnis

AHMAC.....	Australian Health Ministers' Advisory Council
AWMF .....	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BMGF .....	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
CAKUT.....	Congenital Anomalies of the Kidney and the Urinary Tract
CTFPHC .....	Canadian Task Force on Preventive Healthcare
DEGUM.....	Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin
DGGG .....	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
EPDS.....	Edinburgh Postnatal Depression Scale
EU-SILC.....	European Union Statistics on Income and Living Conditions
FAG.....	Facharbeitsgruppe
FKDS .....	farbkodierte Dopplersonographie
G-I-N.....	Guidelines International Network
GPP .....	Good Practice Point
GÖG .....	Gesundheit Österreich GmbH
GoR .....	Grade of Recommendation
HSE .....	Health and Safety Executive
HWI .....	Harnwegsinfektion
ICSI.....	Institute for Clinical Systems Improvement
LBI-HTA .....	Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment
NGC .....	National Guideline Clearinghouse
NICE.....	National Institute for Health and Clinical Excellence
NR.....	not reported
OEGGG.....	Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
OECD .....	Organisation for Economic Cooperation and Development
PCHR.....	Personal Child Health Record
SIGN .....	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SwissPU .....	Swiss Society for Pediatric Urology
UK NSC.....	UK National Screening Committee
USPSTF.....	U.S. Preventive Services Task Force
US-Untersuchung .....	Ultraschall-Untersuchung
VA/DoD.....	Department of Veteran Affairs/Department of Defense
ÖGKJ.....	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde

# 1 Einleitung

Die Facharbeitsgruppe (FAG) zur Weiterentwicklung des Mutter-Kind-Passes tagt seit dem 30. Oktober 2014 regelmäßig (monatlich)<sup>1</sup>. Im Rahmen der FAG-Sitzungen bestand für deren Mitglieder die Möglichkeit, analog zur Vorgehensweise für den Bereich Schwangerschaft und Wochenbett, zusätzliche Themen zur Kindheit, welche nicht durch die Vorarbeiten des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment (LBI-HTA) abgedeckt sind, einzubringen.

Insgesamt wurden 6 Themen beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) eingereicht. Über 5 Themen wurde in der Sitzung am 13.06.2017 abgestimmt. Ein Thema (Ernährung) wurde bereits in einer früheren FAG-Sitzung eingebracht und als zusätzlich zu bearbeitendes Thema beschlossen.

Die folgenden vier Themen wurden somit als noch zusätzlich zu bearbeitende Themen von der FAG angenommen: Fehlbildungen der Niere und ableitenden Harnwege, impfpräventable Erkrankungen, psychosoziale Belastungen sowie Ernährung (= Ess- und Fütterungsverhalten). Folglich werden diese für eine der zukünftigen Sitzungen der FAG auf der Tagesordnung stehen.

Vor diesem Hintergrund soll das vorliegende Addendum den Projektbericht *Eltern-Kind-Vorsorge neu Teil IX: Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien für Screenings von Schwangeren und Kindern (0-6 Jahre)* [1] um die zusätzlichen Themen laut FAG Beschluss vom 13.06.2017 mit rezenten publizierten Leitlinien ergänzen.

Informationen zum Hintergrund (z. B. Definition von Screening, Screening-Kriterien des UK National Screening Committee) können im ursprünglichen Bericht [1] nachgelesen werden.

**Facharbeitsgruppe zur Weiterentwicklung des Mutter-Kind-Passes tagt seit Oktober 2014 monatlich**

**über 6 Vorschläge von Mitgliedern für Zusatzthemen wurde abgestimmt**

**4 Zusatzthemen sollen laut FAG-Beschluss bearbeitet werden:**

- Fehlbildungen der Nieren und ableitenden Harnwege
- Impfpräventable Erkrankungen
- Psychosoziale Belastungen
- Ernährung

---

<sup>1</sup> Informationen zu den Sitzungen der FAG sowie deren Protokolle können auf der Webseite des BMGF nachgelesen werden: [www.bmgf.gv.at/muki](http://www.bmgf.gv.at/muki)





## 2 Methodologie

An dieser Stelle wird die methodologische Vorgehensweise der Zusatzrecherchen für das vorliegende Addendum beschrieben. Informationen zur Methodik des ursprünglichen Berichts Teil IX [1] und der Updates [2, 3] können ebendort nachgelesen werden.

### 2.1 Literatursuche

Für das vorliegende Addendum wurde eine Handsuche in den beiden Leitlinien-Datenbanken G-I-N („Guidelines International Network“)<sup>2</sup> und NGC („National Guideline Clearinghouse“)<sup>3</sup> durchgeführt. Die Suche in den beiden Datenbanken erfolgte in der Zeit von 03. bis 30. Juli 2017. In den beiden Datenbanken wurde eine Suche zu den Themen mit – einer Kombination aus – folgenden Begriffen, sowie mit Synonymen dieser, in Englisch und Deutsch durchgeführt:

- ❖ *Fehlbildungen der Niere und ableitenden Harnwege*: congenital, anomalies, kidney/renal, urinary tract, ultrasound/sonography
- ❖ *Impfpräventable Erkrankungen*: immunisation/vaccination/vaccine, infant/child, education/recommendation, refusal
- ❖ *Psychosoziale Belastungen*: psychosocial, disadvantage/deprivation, stress, early childhood/postnatal, screening
- ❖ *Ernährung*: nutrition, breastfeeding, postnatal/infant/child, health promotion, advice/counselling

Zusätzlich wurde für das vorliegende Addendum im Juli 2017 eine umfassende Handsuche (Durchsicht aller publizierten Leitlinien der Institution bzw. Suche mit spezifischen Stichworten (bei NICE, AWMF, NHMRC)) nach aktuellen Leitlinien auf den Webseiten folgender Institutionen durchgeführt:

- ❖ Canadian Task Force on Preventive Healthcare, Kanada (CTFPHC)
- ❖ Institute for Clinical Systems Improvement, USA (ICSI)
- ❖ National Health and Medical Research Council, Australien (NHMRC)
- ❖ United Kingdom National Screening Committee (UK NSC)
- ❖ United States Preventive Services Task Force (USPSTF)
- ❖ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
- ❖ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- ❖ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)
- ❖ Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)
- ❖ Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ)

---

<sup>2</sup> <http://www.g-i-n.net/>

<sup>3</sup> <http://www.guideline.gov/>

### Zusatzrecherchen

**Handsuche in G-I-N und NGC im Juli 2017**

**Suche mit verschiedenen Suchbegriffen bzw. einer Kombination daraus zu den 4 Themen**

**Juli 2017: zusätzlich umfassende Handsuche nach aktuellen Leitlinien auf den Webseiten von internationalen und nationalen Institutionen**

## 2.2 Einschlusskriterien

**zusätzlicher Einschluss von Leitlinien, die auf Konsens basieren**

Aufgrund der Komplexität der Zusatzthemen und deren inkludierter Screening-Methoden werden im Gegensatz zu den bisherigen Leitlinienübersichten [1-3] auch Leitlinien eingeschlossen, die aktuell nur auf Konsens basieren. In diesen Fällen wird jedoch entsprechend darauf hingewiesen. Die Einschlusskriterien sind in Tabelle 2.2-1 dargestellt.

Tabelle 2.2-1: Einschlusskriterien (PICO)

Population	Kinder 0-6 Jahre (ohne bekannte medizinische Risikofaktoren bzw. sozialmedizinische Belastungsfaktoren, auf welche gescreent werden soll)
Intervention	Screening-Maßnahmen (z. B. Einzelmaßnahmen, Screening-Programm, Identifizierung von Risiko- und Belastungsfaktoren, Früherkennungsuntersuchungen etc.) bzw. Beratungsmaßnahmen
Kontrolle	---
Outcomes/ Endpunkte	Primär: <ul style="list-style-type: none"> <li>✦ Screening- und Beratung-Empfehlungen</li> <li>✦ Screening- und Beratung-Zeitpunkte</li> </ul> Sekundär: <ul style="list-style-type: none"> <li>✦ Screening-Methoden</li> <li>✦ Therapieoptionen (z. B. medizinische Interventionen, psychosoziale Beratungen)</li> <li>✦ Potentieller Schaden durch Screening bzw. nachgelagerte Interventionen</li> <li>✦ Entwicklung und Anwendung neuer Screening-Methoden (psychosoziale Belastung)</li> </ul>
Studiendesign	Evidenzbasierte und konsensbasierte* Leitlinien (aus Nordamerika, Europa, Australien, Neuseeland) in deutscher oder englischer Sprache ab 2012 <sup>4</sup>

**Erläuterungen zu den Empfehlungsgraden der Institutionen siehe ursprünglicher Bericht bzw. Anhang**

Details zur Kennzeichnung der Empfehlungen mittels Symbolen sowie die Übersicht der von den Institutionen verwendeten Empfehlungsgrade (*Grade of Recommendation, GoR*) können im ursprünglichen Bericht [1] nachgelesen werden. Die Definitionen der Empfehlungsgrade jener Institutionen, von denen im ursprünglichen Bericht keine Leitlinien eingeschlossen wurden, befinden sich im Anhang (EAU, ICSI).

<sup>4</sup> Der Zeitraum von 5 Jahren wurde in Anlehnung an die Einschlusskriterien der National Guideline Clearinghouse Datenbank festgelegt. Siehe: <http://guidelines.gov/about/inclusion-criteria.aspx>, download am 02.10.2017

### 3 Screening-Empfehlungen zu in der Facharbeitsgruppe identifizierten Zusatzthemen für die Kindheit (0-6 Jahre)

#### 3.1 Angeborene Fehlbildungen der Niere und ableitenden Harnwege

##### Definition

Wenn das Zusammenspiel zwischen Nephroblastem und Ureterknospe gestört ist, kann dies zu angeborenen Anomalien der Niere und ableitenden Harnwege (engl. **C**ongenital **A**nomalies of the **K**idney and **U**rinary **T**ract = **CAKUT**) führen. Bei **CAKUT** handelt es sich um Harntransportstörungen und/oder Lage- und Fusionsanomalien, welche auftreten können, wenn die Abfolge gewisser embryologischer Entwicklungsschritte gestört ist [4]. Zu **CAKUT** zählen u. a. die Dilatation der oberen Harnwege, multizystische Nierendysplasie und Nierenagenesie. Des Weiteren können Erkrankungen, wie etwa der vesikoureterale Reflux, auftreten, die vielfach genetisch determiniert und mit **CAKUT** assoziiert sind [4] (weitere Fehlbildungen sowie deren Häufigkeiten, siehe Tabelle 3.1-1).

Die Folgen einer **CAKUT** Erkrankung sind vielfältig, und im Hinblick auf den Schweregrad sehr heterogen: Die Mehrheit aller prä- und postnatal diagnostizierten Nieren- und Harntraktanomalien ist asymptomatisch. Ein Teil (50-70 %) der pränatal diagnostizierten Harntrakterweiterungen weist einen transienten Charakter auf, wodurch die Nierenfunktion im späteren Leben nicht beeinträchtigt wird, und die daher als physiologische Variante zu verstehen sind [4]. Kongenitale Fehlbildungen der Nieren und ableitenden Harnwege können jedoch auch behandlungsbedürftig sein. Solche Fehlbildungen können beispielsweise wiederkehrende Harnwegsinfektionen (HWI) sowie akute (und chronische) Niereninsuffizienzen verursachen. Bei letzteren können Dialysebehandlungen oder eine Nierentransplantation notwendig werden [5-8].

##### Häufigkeit

Angeborene Fehlbildungen der Nieren und ableitenden Harnwege treten insgesamt bei etwa 3-6 pro 1.000 Geburten auf und gehören zu den häufigsten kongenitalen pränatal diagnostizierten Fehlbildungen [4].

Regionale Daten aus der Steiermark aus den Jahren 2012-2013 zeigen, dass in diesem Zeitraum etwa 6 von 1.000 Kindern mit einer Fehlbildung des Harnsystems geboren wurden [9].

Die Häufigkeiten der unterschiedlichen Fehlbildungen sowie das Verhältnis, mit dem sie bei Jungen bzw. Mädchen auftreten, sind in Tabelle 3.1-1 angeführt.

**CAKUT = Harntransportstörungen und/oder Lage- und Fusionsanomalien, die durch Störungen gewisser embryologischer Entwicklungsschritte verursacht werden**

**Folgen: oft asymptomatisch, z. B. 50-70 % der Harntrakterweiterungen transient**

**können auch behandlungsbedürftig sein: wiederkehrende Harnwegsinfektionen, akute & chronische Niereninsuffizienz**

**Häufigkeit bei ca. 3-6: 1.000 Geburten**

**regionale Daten aus der Steiermark: 6:1.000 Geburten**

Tabelle 3.1-1: Angeborene Störungen der Nieren und ableitenden Harnwege (CAKUT) – Häufigkeiten und Verhältnis Jungen:Mädchen

Störung	Häufigkeit	Verhältnis Jungen:Mädchen
<b>Störungen der normalen Nephron-Entwicklung</b>		
Agenesie	1:1.100	1,8:1
Hypoplasie/Dysplasie	1:1.000	1,8:1
multizystische Nierendegeneration	1:2.400	1,8:1
<b>Störungen von Lage und Form sowie Doppelniere</b>		
Ektopie	1:500 – 1:1.200	1:1
Verschmelzungsniere („Hufeisenniere“)	1:400 – 1:1.800	2:1
Doppelniere	1:120	2:1
<b>Fehlanlagen der ableitenden Harnwege</b>		
vesikoureteraler Reflux	1:50 – 1:100	2:1
Harnröhrenklappen	1:10.000	nur Jungen
Megaureter/Ureterstenosen	1:1.000 – 1:2.000	2:1

Quelle: [10]

### Empfehlungen aus Update Teil IX

**Leitlinien empfehlen  
Ultraschall-Screening  
auf fetale Anomalien in  
der Schwangerschaft**

Leitlinienempfehlungen zum allgemeinen Ultraschall (US)-Screening auf fetale Anomalien in der Schwangerschaft wurden im ursprünglichen Bericht [1, 2] beschrieben. Die Empfehlungen der Leitlinien sprechen sich für ein pränatales Screening auf fetale Anomalien aus, welches auch die Nieren und Harnwege umfasst.

### Neu identifizierte Empfehlungen

**keine Empfehlungen  
zu Routine-Screening  
auf CAKUT identifiziert**

Im Rahmen der Recherche für das vorliegende Addendum konnten keine allgemeinen Screening-Leitlinien, die Routineuntersuchungen für alle Kinder und/oder Neugeborene auf CAKUT thematisieren, gefunden werden.

**Empfehlungen von  
5 Institutionen:  
2 Leitlinien  
3 konsensbasierte  
Empfehlungen**

Es wurden jedoch Empfehlungen von 5 Institutionen extrahiert: 2 Leitlinien und 3 konsensbasierte Empfehlungen wurden identifiziert, die sich mit einer Untersuchung auf CAKUT bei Kindern mit Harnwegsinfektionen (HWI) befassen. Eine Leitlinie (von NICE) erfüllt die methodologischen Einschlusskriterien.

**NICE:  
US-Untersuchung bei  
Kindern mit atypischer  
oder wiederkehrenden  
HWI**

Die „National Institute for Health and Care Excellence“ (NICE) Leitlinie [11] „Urinary tract infections in under 16s: diagnosis and management“ empfiehlt eine Ultraschalluntersuchung, wenn Kinder unter atypischen oder wiederkehrenden HWI leiden. Strukturelle, und demnach auch angeborene, Anomalien der Harnwege können dadurch diagnostiziert werden, um eine zeitnahe Versorgung/Behandlung zu ermöglichen. Laut Definition von NICE spricht man von atypischen Harnwegsinfektionen, wenn das Kind zusätzlich mind. eines der folgenden Kriterien erfüllt: Schwerwiegende Krankheit, schwacher Urinfluss, abdominale Masse, erhöhtes Kreatinin, Septikämie, kein Ansprechen auf Antibiotika innerhalb von 48 Stunden, oder eine bakterielle Infektion (die nicht auf E. coli Bakterien zurückzuführen ist) [12].

Die „Guidelines on Paediatric Urology“ der „European Association of Urology“ (EAU) weist darauf hin, dass eine Ultraschalluntersuchung dann empfehlenswert ist, wenn ein Kind unter fieberhafter Infektion der Harnwege leidet. Eine US-Untersuchung wird als gute Möglichkeit beschrieben, um zu klären, ob eine Obstruktion des unteren oder oberen Harntraktes vorliegt [13].

Eine S1-Leitlinie<sup>5</sup> der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie, publiziert über die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), mit dem Titel „Harnwegsinfekt – bildgebende Diagnostik“ beschreibt die sonographische Untersuchung dann als notwendig, wenn ein Kind an einem Harnwegsinfekt leidet, die Harntraktanatomie des Kindes unbekannt ist und/oder nicht zwischen unterem und oberem HWI differenziert werden kann bzw. eine Krankheit bekannt ist, die eine Prädisposition für eine komplizierte HWI darstellt. In diesem Kontext spricht sich die Leitlinie für eine Untersuchung der Nieren und der Blase mittels farbkodierter Dopplersonographie (FKDS) aus [14].

Die Empfehlung der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderurologie (SwissPU) „Diagnose und Behandlung von Harnwegsinfektionen beim Kind“ empfiehlt eine US-Untersuchung der Nieren und ableitenden Harnwege bei Kindern, die erstmalig an einer Nierenbeckenentzündung erkranken. Die bildgebende Untersuchung sollte nach Therapiebeginn bzw. spätestens vier Wochen nach der Diagnose stattfinden [15].

Die Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ) („Leitlinie Diagnose und Therapie des fieberhaften Harnwegsinfektes bei Säuglingen ab dem 3. Lebensmonat und Kleinkindern“) spricht sich für eine ehestmögliche sonographische Untersuchung der Nieren und ableitenden Harnwege bei Kindern, die an nachgewiesenen und fieberhaften<sup>6</sup> HWIs leiden, aus. Diese Empfehlung gilt bei Säuglingen, die älter als 3 Monate alt sind, und Kleinkindern. Folgendes ist bei der Sonographie durchzuführen: Beschreibung der Nierengröße/Volumen, Pyelektasie, Hydronephrose, Hydroureter, Harnblase (Wand, Größe, Beschaffenheit, Restharn), Rektumfüllung [16].

**EAU:**  
**US-Untersuchung bei fieberhafter HWI des Kindes**

**AWMF:**  
**für US-Untersuchung bei Kindern mit HWI und unbekannter Harntraktanatomie des Kindes bzw. bei unklarer Differenzierung zwischen unterem/oberen HWI**

**SwissPU:**  
**für US-Untersuchung bei Kindern, die an einer Nierenbeckenentzündung leiden**

**ÖGKJ:**  
**für sonographische Untersuchung bei Kindern mit nachgewiesenen fieberhaften HWI**

---

<sup>5</sup> S1 = Handlungsempfehlungen von Expertengruppen; Konsensfindung in einem informellen Verfahren, siehe: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/postufenklassifikation.html>, Zugriff am 04.10.2017

<sup>6</sup> Das von der ÖGKJ veröffentlichte Dokument bezieht sich allgemein auf die „(...) Diagnose und Therapie des fieberhaften Harnwegsinfektes bei Säuglingen ab dem 3. Lebensmonat“. Vor diesem Hintergrund wird diese Empfehlung mit Bezug auf nachgewiesene fieberhafte HWIs interpretiert (wenngleich dies in der Empfehlung nicht explizit so beschrieben wurde) [16].

Tabelle 3.1-2: Screening-Empfehlungen für Fehlbildungen der Nieren und ableitenden Harnwege

Health threat: Congenital Anomalies of the Kidney and Urinary Tract (CAKUT)	Recommendation		Grade of recommendation	Timing of screening
NICE, 2007 [11] <sup>7</sup>	Infants and children with atypical urinary tract infections (UTI) (...) should have ultrasound of the urinary tract during the acute infection to identify structural abnormalities of the urinary tract (...). This is to ensure prompt management.	(✓)	NR	(during the acute infection)
EAU, 2015 [13] <sup>8</sup>	Renal and bladder ultrasonography is strongly recommended in infants with febrile UTI to exclude obstruction of the upper and lower urinary tract.	(✓)	B	-
<b>Konsensbasierte Empfehlungen</b>				
AWMF, 2001 [14] <sup>9</sup>	Alle Kinder mit Harnwegsinfekt und unbekannter Harntraktanatomie u./o. fehlender Differenzierbarkeit von unterem versus oberem Harnwegsinfekt bzw. mit bekannter Pathologie, die eine Prädisposition für einen komplizierten Harnwegsinfekt darstellt, erhalten frühzeitig eine Ultraschalluntersuchung mit FKDS der Nieren und der Blase einschließlich Volumetrie und Restharnbestimmung. Besonders beurteilt werden: Lage, Form und Beweglichkeit, Parenchymechogenität und -differenzierbarkeit, Pylonweite und -wand, Blasenwanddicke.	(✓)	NR	(frühzeitig bei HWI und entsprechenden Risikofaktoren)
SwissPU, 2013 [15] <sup>10</sup>	Ultraschall: Bei allen Kindern soll einige Tage nach Therapiebeginn bis 4 Wochen nach der ersten Pyelonephritis ein Ultraschall der Nieren und ableitenden Harnwege durchgeführt werden.	(✓)	NR	(einige Tage nach Therapiebeginn bis 4 Wochen nach der 1. Pyelonephritis)
ÖGKJ, 2015 [16] <sup>11</sup>	Eine Sonographie der Harnwege und der Nieren muss bei Kindern mit nachgewiesenem Harnwegsinfekt immer und ehestmöglich durchgeführt werden.	(✓)	NR	(bei Kindern mit nachgewiesenem HWI ehestmöglich)

<sup>7</sup> Diese Leitlinie wurde von NICE zuletzt 2017 auf ihre Aktualität überprüft und überarbeitet. Die hier beschriebene Empfehlung blieb jedoch unverändert. Siehe: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg54>, download am 27.09.2017.

<sup>8</sup> Diese Leitlinie erfüllt die im ursprünglichen Bericht definierten Einschlusskriterien nicht, da nur eine Datenbank in der systematischen Suche berücksichtigt wurde [13].

<sup>9</sup> Diese Leitlinie erfüllt die im ursprünglichen Bericht definierten Einschlusskriterien nicht. Es liegt keine systematische Literatursuche zugrunde und die Empfehlungen beruhen auf Konsens der deutschen Gesellschaft für Radiologie. Die Empfehlungen wurden 2017 überarbeitet [14].

<sup>10</sup> Diese Leitlinie erfüllt die im ursprünglichen Bericht definierten Einschlusskriterien nicht. Den Empfehlungen liegt keine systematische Literatursuche zugrunde. Die Leitlinie wurde durch die Schweizerische Gesellschaft für Kinderurologie (SwissPU), der Schweizerischen Arbeitsgruppe für pädiatrische Radiologie (SAPN) und der Pädiatrischen Infektiologiegruppe Schweiz (PIGS) erarbeitet [15].

<sup>11</sup> Diese Leitlinie erfüllt die im ursprünglichen Bericht definierten Einschlusskriterien nicht. Den Empfehlungen liegt keine systematische Literatursuche zugrunde. Sie wurden im Konsens von der „Arbeitsgruppe für Nephrologie im Kindesalter“ der ÖGKJ beschlossen [16].

## Screening-Methoden

Angeborene Fehlbildungen der Nieren und ableitenden Harnwege können mittels Ultraschalluntersuchungen erkannt werden, welche sowohl pränatal (intrauterin) als auch postnatal durchgeführt werden können.

**prä- und postnatale  
US-Untersuchung**

## Therapiemöglichkeiten

Die Therapiemöglichkeiten der CAKUT sind, je nach Art der Fehlbildung, unterschiedlich, bzw. werden teilweise nicht die Fehlbildungen an sich, sondern die daraus entstehenden Folgeerkrankungen behandelt. Fehlbildungen der Nieren und ableitenden Harnwege können z. B. häufige Harnwegsinfekte zur Folge haben. Diese werden mit Antibiotika behandelt, bei wiederkehrenden Harnwegsinfekten kann auch eine prophylaktische Antibiotikagabe über einen längeren Zeitraum indiziert sein [15].

**hohe Variabilität der  
Therapiemöglichkeiten,  
z. B.:**

**HWI: Antibiotika**

Bei chronischer Niereninsuffizienz im Kindesalter ist zu ca. 30-60 % eine CAKUT Fehlbildung die Ursache [17]. Die Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz umfasst zum einen die Therapie der Grunderkrankung und zum anderen die Vermeidung und Minimierung der vielfältigen Komplikationen der Niereninsuffizienz (z. B. Kontrolle des Elektrolyt- und des Säure-Basen-Haushalts, Kontrolle des Wasserhaushaltes, Behandlung kardiovaskulärer Symptome, Management der Wachstumsstörungen) [18].

**chronische  
Niereninsuffizienz:  
Therapie der  
Grunderkrankung  
und möglicher  
Komplikationen**

Je nach Art der Fehlbildung können auch operative Eingriffe notwendig sein. So kann z. B. eine operative Korrektur bei Ureterabgangs-, Uretermündungsstenose und Megaureter, zielführend sein; in vielen Fällen sind jedoch auch konservative Therapien ausreichend [8, 19]. Der vesikoureterale Reflux wird, je nach Form und Schweregrad, entweder konservativ (=Antibiotikaprophylaxe und Zuwarten bis zur möglichen „Selbstheilung“) oder operativ behandelt [4].

**je nach Art der  
Fehlbildung können  
operative und/oder  
konservative  
Behandlungen  
notwendig sein**

## Potentieller Schaden durch das Screening

Es wurden in der recherchierten Literatur keine Informationen zu potentiellen Schäden eines Screenings gefunden, da keine Empfehlungen für ein allgemeines Routine-Screening auf CAKUT identifiziert werden konnten.

**keine Informationen  
bezüglich potentieller  
Schäden**

Allgemein kann ein US-Screening zu Verunsicherung (bei falsch-positiven Ergebnissen) und unnötigen weiterführenden Untersuchungen sowie Überbehandlung führen [2].<sup>12</sup>

## Zusammenfassung der Empfehlungen

Es konnten keine Leitlinien identifiziert werden, die sich für oder gegen ein postnatales Routine-Screening aller Neugeborenen/Kinder aussprechen. Es wurden jedoch Empfehlungen von 5 Institutionen identifiziert, die sich mit einem Screening auf CAKUT bei Kindern mit Harnwegsinfektionen (HWI) befassen: Empfehlungen von 2 Leitlinien und 3 konsensbasierten Empfehlungen wurden extrahiert.

**keine Leitlinien zu  
Routine-Screening aller  
Kinder, 5 Leitlinien zu  
CAKUT-Screening bei  
Kindern mit HWI**

<sup>12</sup> Um den Schweregrad dieser potentiellen Schäden für das CAKUT Screening abschätzen zu können, bräuchte es Informationen zur Häufigkeit von falsch-positiven Ergebnissen sowie zur Überbehandlung bei transienten und nicht-behandlungsbedürftigen Fehlbildungen.

**Ultraschall bei atypischen HWI (NICE), fiebrigen HWI (EAU)**

Die 2 identifizierten Leitlinien (NICE, 2007 [11]; EAU, 2015 [13]) empfehlen ein Ultraschall-Screening auf strukturelle Anomalien des Harnsystems bei Säuglingen und Kindern, die an atypischen [11], bzw. fiebrigen [13] Harnwegsinfektionen leiden.

**3 konsensbasierte Empfehlungen aus Ö, D, CH**

Die 3 identifizierten konsensbasierten Empfehlungen von Institutionen aus Österreich (ÖGKJ, 2015 [16]), Deutschland (AWMF, 2001 [14]) und der Schweiz (SwissPU, 2013 [15]) sprechen sich für eine sonographische Untersuchung der Nieren und ableitenden Harnwege bei allen nachgewiesenen fieberhaften HWI [16], bei HWI mit unbekannter Harntraktanomie und/oder fehlender Differenzierbarkeit zwischen unterem/oberem HWI bzw. mit einer Krankheit, die eine Prädisposition für komplizierte HWI darstellt [14] und bei HWI mit erstmaliger Nierenbeckenentzündung [15] in der Kindheit aus.

**für US-Untersuchung bei HWI bzw. zusätzlichen Risikofaktoren**

### 3.2 Impfpräventable Erkrankungen

#### Definition

**Krankheiten, welche durch Impfungen vermeidbar sind**

Unter impfpräventablen Erkrankungen versteht man jene Krankheiten, welche durch Impfungen vermeidbar sind. Die in Österreich empfohlenen Impfungen für Säuglinge und (Klein-)Kinder (aber auch für andere Altersgruppen) sind im „Impfplan Österreich“ (2017) [20] nachzulesen, welcher vom BMGF auf Basis wissenschaftlicher Empfehlungen des Nationalen Impfgremiums erstellt wird. Die sogenannten „Basis-Impfungen“ werden im Rahmen des kostenfreien Impfprogramms von Bund, Bundesländern und Sozialversicherungsträgern finanziert; weitere Impfungen werden für den Individualschutz empfohlen, können aber nicht im kostenfreien öffentlichen Impfprogramm angeboten werden. Ziel des vor fast 20 Jahren eingeführten kostenfreien Impfprogramms ist es, allen in Österreich lebenden Kindern bis zum 15. Lebensjahr Zugang zu den für die öffentliche Gesundheit wichtigen Impfungen zu ermöglichen. Die meisten impfpräventablen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter sind damit abgedeckt. Auch soll damit die für den „Herdenschutz“ notwendige Impfbeteiligung in der Bevölkerung erreicht werden. Bei der Auswahl der kostenfreien Impfungen haben einerseits sehr häufig vorkommende, andererseits seltene, schwer verlaufende Krankheiten Priorität [20].

**„Impfplan Österreich“ enthält die empfohlenen Impfungen**

**kostenfreies Impfprogramm für Kinder bis zum 15. Lebensjahr**

Folgende Impfungen sind derzeit im kostenfreien Impfprogramm für 0-6 jährige Kinder enthalten:

**Impfungen des kostenfreien Programms für Kinder von 0-6 J.: Rotavirus, „6-fach Impfung“, Pneumokokken, MMR**

- ✿ Rotavirus
- ✿ Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae B, Hepatitis B („6-fach Impfung“)
- ✿ Pneumokokken
- ✿ Masern, Mumps, Röteln („MMR“)

**Inanspruchnahme des kostenfreien Programms bei ca. 91 % laut Gesundheitsbefragung 2014**

Auf Basis der Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 2014 wurden in einem Bericht der Statistik Austria Zusammenhänge zwischen Gesundheitszustand und -verhalten und Indikatoren zur Lebenslage und zum sozialen Status analysiert. 91 % der befragten Eltern gaben an, das kostenlose Impfprogramm für ihre Kinder in Anspruch genommen zu haben. Die Inanspruchnahme wurde nur geringfügig vom Sozialstatus beeinflusst, wobei die Teilnehmerate bei Eltern mit niedrigem sozialem Status tendenziell etwas höher war als bei jenen mit hohem sozialem Status. Der Migrationshintergrund hatte einen geringen Einfluss auf die (Nicht-)Inanspruchnahme des kostenlosen Impfprogramms [21].



## Häufigkeit

Die Durchimpfungsraten variieren je nach Erkrankung.

OECD-Daten zufolge liegt die Durchimpfungsrate bei Diphtherie, Tetanus und Pertussis bei einjährigen Kindern in Österreich bei etwa 83 % und somit deutlich unter dem OECD-Durchschnitt (95 %) [22].

Bezüglich Masern wird im OECD-Bericht für Österreich eine Durchimpfungsrate von 76 % bei einjährigen Kindern angegeben [22]. Laut BMGF (2016) [23] sind über 95 % der 6-jährigen Kinder zumindest einmal gegen Masern geimpft. Bei den Kindern zwischen 2 und 5 Jahren beträgt die Durchimpfungsrate 92 %, ca. 10 % davon haben jedoch nur eine statt der empfohlenen 2 Impfdosen erhalten. Bei älteren Geburtsjahrgängen sind die Durchimpfungsraten teilweise deutlich geringer, zudem fehlt zahlreichen Menschen die zweite Masern-Impfung.

Zu den restlichen laut Impfplan empfohlenen Impfungen konnten keine Durchimpfungsraten identifiziert werden.

Durchimpfungsraten Ö:

**Diphtherie, Tetanus, Pertussis: ca. 83 % bei 1-Jährigen (OECD)**

**Masern:**

- ca. 76 % bei einjährigen Kindern (OECD)
- ca. 92 % bei 2-5-jährigen Kindern (BMGF), jedoch 10 % nur eine Impfdosis

## Empfehlungen aus Update Teil IX

Es konnten keine für dieses Thema relevanten Empfehlungen aus Leitlinien, die bereits im Update Teil IX erwähnt wurden, extrahiert werden.

**keine relevanten Leitlinien im ursprünglichen Bericht**

## Empfehlungen aus neu identifizierten Leitlinien

Zur spezifischen Fragestellung konnten 3 Leitlinien identifiziert werden, eine davon (NICE) entspricht den im Hauptbericht festgelegten methodologischen Einschlusskriterien.

**3 zusätzliche Leitlinien: 1 entspricht den urspr. Einschlusskriterien**

Die erste Empfehlung (Rec.1) der NICE-Leitlinie „Immunisations: reducing differences in uptake in under 19s“ spricht sich für diverse impffördernde Maßnahmen in unterschiedlichen Settings aus: Es wird die Überprüfung des Impfstatus bei Untersuchungen von (Klein-)Kindern und die Wissensvermittlung bzw. Beratung zu den Vorteilen des Impfens gegen impfpräventable Erkrankungen empfohlen. Es sollte den Familien auch die Möglichkeit gegeben werden, mögliche Bedenken zum Impfen mit Gesundheitspersonal (z. B. Hausarzt/ärztin, Schulkrankenpflege) zu besprechen. Hausbesuche zur Impf-Besprechung sollten dann in Erwägung gezogen werden, wenn Familien nicht auf Erinnerungen, Termine bzw. Einladungen zum Impfen reagieren [24].

**NICE: diverse impffördernde Maßnahmen: Überprüfung des Impfstatus bei Kindern, Informationen, Beratung zu Impfungen gegen impfpräventable Erkrankungen**

Die zweite identifizierte NICE-Empfehlung (Rec.5) richtet sich an Gruppen mit erhöhtem Risiko, nicht geimpft zu sein (z. B. Familien, die aufgrund von Sprachbarrieren nicht über Impfmöglichkeiten informiert sind). Es wird empfohlen, die Wissensvermittlung und Beratung zum Impfen an die Bedürfnisse dieser Gruppen anzupassen. Es wird in dieser Empfehlung darauf verwiesen, dass Übersetzungsprogramme bzw. Informationen über die Vorteile von Impfungen in mehreren Sprachen angeboten werden sollten. Die Institution spricht sich in diesem Kontext für die Überprüfung der bisherigen Impfungen bei kürzlich angekommenen MigrantInnen (inkl. Asylsuchenden) aus. Dies sollte möglichst früh, sobald diese im Land ankommen, stattfinden. Qualifiziertes Gesundheitspersonal sollte ausstehende Impfungen mit ihnen bzw. ihren Eltern besprechen und anbieten [24].

**Maßnahmen müssen an die Bedürfnisse von Gruppen mit erhöhtem Risiko, nicht geimpft zu sein, angepasst werden**

**z. B. MigrantInnen, Asylsuchende**

Das „Institute for Clinical Systems Improvement“ (ICSI) spricht sich in seiner Leitlinie „Preventive services for children and adolescents“ dafür aus, dass ÄrztInnen altersspezifische Impfungen für Kinder empfehlen sollen.

**ICSI: Impf-Empfehlungen durch ÄrztInnen an alle Eltern**

**HSE: Impfberatung bei jeder Gelegenheit durch ÄrztInnen**

ICSI empfiehlt hierbei, Eltern über die Wichtigkeit der altersgemäßen Immunisierung zu informieren [25].

Die Leitlinie des irischen „Health and Safety Executive (HSE) National Immunisation Office“ mit dem Titel „Guidelines for vaccinations in general practice“ empfiehlt, dass Impfungen bei jeder Gelegenheit durch ÄrztInnen gefördert werden sollen: Neben der Bereitstellung von Informationen zu empfohlenen Impf-Zeitpunkten spricht sich die Leitlinie auch für die Hervorhebung der Risiken, die mit einer Nicht-Inanspruchnahme von Schutzimpfungen einhergehen, aus [26].

Tabelle 3.2-1: Screening-Empfehlungen für impfpräventable Erkrankungen

Health threat: vaccination status	Recommendation		Grade of recommendation	Timing of screening
NICE, 2009 [24] (PH21, Rec.1)	Adopt a multifaceted, coordinated programme across different settings to increase timely immunisation among groups with low or partial uptake. The programme should form part of the local child health strategy and should include the following actions <sup>13</sup> :		NR	NR
	☛ <i>Monitor vaccination status</i> as part of a wider assessment of children and young people’s health.	✓	NR	as part of a wider health assessment
	☛ Provide parents and young people with tailored information, advice and support to ensure they know about the recommended routine childhood vaccinations and the benefits and risks. This should include details on the infections they prevent. Information should be provided in different formats, for example, for those whose first language is not English.		NR	NR
	☛ Ensure parents and young people have an opportunity to discuss any concerns they might have about immunisation. This could either be in person or by telephone and could involve a GP, community paediatrician, health visitor, school nurse or practice nurse.		NR	NR
	☛ Consider home visits to discuss immunisation with parents who have not responded to reminders, recall invitations or appointments. Offer to give their children vaccinations there and then (or arrange a convenient time in the future). Such visits could include groups that may not use primary care services, for example, travellers or asylum seekers.		NR	NR
	☛ <i>Check the immunisation status</i> of children and young people at every appropriate opportunity. Checks should take place during appointments in primary care (for example, as part of a child health review), hospital in- or outpatient and accident and emergency departments, walk-in centres or minor injuries units. Use the personal child health record (PCHR, also known as the ‘Red book’) as appropriate. If any vaccinations are outstanding: <ul style="list-style-type: none"> <li>☛ discuss them with the parent and, where appropriate, the young person. Where they have expressed concerns about immunisation and this is documented, these appointments should be used as an opportunity to have a further discussion.</li> <li>☛ offer vaccinations by trained staff before they leave the premises, if appropriate. In such cases, notify the child or young person’s GP, health visitor or local child health information department so that records can be updated</li> <li>☛ and, if immediate vaccination is not possible, refer them to services where they can receive any outstanding immunisations.</li> </ul>	✓	NR	at every appropriate opportunity, e.g. as part of a child health review

<sup>13</sup> Weitere Unterempfehlungen zu dieser Empfehlung (PH21, Rec.1) sind in der Leitlinie nachzulesen: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph21>, download am 17.09.2017.

Health threat: vaccination status	Recommendation	Grade of recommendation	Timing of screening
NICE, 2009 [24] (PH21, Rec.5) (Fortsetzung)	Provide accurate, up-to-date information in a variety of formats on the benefits of immunisation against vaccine-preventable infections. This should be tailored for different communities and groups, according to local circumstances. For example, offer translation services and provide information in multiple languages.	NR	NR
	Health professionals should <i>check the immunisation history</i> of new migrants, including asylum seekers, when they arrive in the country. They should discuss outstanding vaccinations with them and, if appropriate, their parents, and offer the necessary vaccinations administered by trained staff.	✓	NR
ICSI, 2013 [25] <sup>14</sup>	Clinicians must recommend immunizations for infants, children and adolescents for age-appropriate vaccines. Counseling message: Educate parents to immunize children according to age-appropriate schedule.	strong recommendation (Level I)	NR
HSE, 2016 [26] <sup>15</sup>	Immunisation should be promoted at every opportunity with the provision of appropriate information regarding the vaccines to be administered including the risk of vaccinating and not vaccinating.	NR	at every opportunity

### Screening-Methoden

Die NICE-Leitlinie [24] empfiehlt die Erhebung des Impfstatus des Kindes bei jeder geeigneten Gelegenheit, z. B. in der Primärversorgung im Rahmen von regelmäßigen Untersuchungen des Kindes oder im Rahmen der Unfallversorgung im ambulanten oder stationären Bereich. Die Befragung bzw. Überprüfung des Impfstatus mittels „Personal Child Health Record“ (PCHR)<sup>16</sup> wird hierbei erwähnt und kann am ehesten als Screening-Methode beschrieben werden.

**Befragung bzw. Überprüfung des „Impfpasses“ als Screening-Methode**

### Therapiemöglichkeiten

Die identifizierten Leitlinien beschreiben die Impfberatung als Interventionsmöglichkeit. Die NICE Leitlinie spricht sich dafür aus, bei ausstehenden Impfungen, die im Rahmen der Überprüfung des PCHR identifiziert wurden (siehe Screening-Methoden), dies mit den Eltern bzw. mit dem Kind zu besprechen, und die entsprechenden Impfungen anzubieten oder an geeignete Stellen zu überweisen. Allgemein sollten die Eltern auf sie zugeschnittene Informationen, Beratung und Unterstützung erhalten, um sicherzustellen, dass sie über die empfohlenen Impfungen, Nutzen und Risiken sowie die dadurch vermeidbaren Erkrankungen Bescheid wissen. Eltern sollten die Möglichkeit haben, eventuell auftretende Unsicherheiten im Zusammenhang mit Impfen

**Beratung als „Therapiemöglichkeit“**

<sup>14</sup> Diese Leitlinie erfüllt die im ursprünglichen Bericht definierten Einschlusskriterien nicht, da zur systematischen Literatursuche nur eine Datenbank herangezogen wurde, siehe [25].

<sup>15</sup> Diese Leitlinie erfüllt die im ursprünglichen Bericht definierten Einschlusskriterien nicht. Es befindet sich im online verfügbaren Bericht keine Informationen zur Methodik, siehe: <http://www.hse.ie/eng/health/immunisation/infomaterials/pubs/guidelinesGP.pdf>, download am 20.09.2017.

<sup>16</sup> Im PCHR werden in England, unter anderem, alle Schutzimpfungen einer Person notiert und diese können damit leicht nachverfolgt werden. In Österreich erfüllt diese Funktion der nationale Impfpass. Siehe <https://www.eredbook.org.uk/>, download am 27.09.2017

**spezifische  
Empfehlungen  
für Gruppen mit  
erhöhtem Risiko der  
Nicht-Inanspruchnahme  
von Impfungen**

**keine Informationen  
bezüglich potentieller  
Schäden**

**Empfehlungen von  
3 Institutionen:**

**NICE: Überprüfung des  
Impfstatus des Kindes,  
Informationen,  
Beratung;  
besondere  
Berücksichtigung von  
Gruppen mit erhöhtem  
Risiko, nicht geimpft  
zu sein**

**ICSI: Impf-Empfehlung  
und -Beratung durch  
ÄrztInnen**

**HSE: Impfberatung bei  
„jeder Gelegenheit“**

in persönlicher oder telefonischer Beratung mit medizinischem Personal (z. B. AllgemeinmedizinerIn, PädiaterIn, (Schul)Krankenpflege, ...) zu besprechen. Auch Hausbesuche können bei Familien, die auf Erinnerungen und Terminvereinbarungen nicht reagiert haben, in Erwägung gezogen werden [24].

Die NICE Leitlinie spricht sich für zusätzliche Interventionen für Gruppen aus, die ein erhöhtes Risiko der Nicht-Inanspruchnahme der Schutzimpfungen aufweisen: Es werden z. B. Übersetzungsprogramme empfohlen, um die Impfberatung für Gruppen, die aufgrund von Sprachbarrieren nicht an diesem Beratungsservice teilhaben können, zu ermöglichen [24].

### **Potentieller Schaden durch das Screening**

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

### **Zusammenfassung der Empfehlungen**

Es wurden Empfehlungen von 3 Institutionen identifiziert, die sich für impffördernde Maßnahmen aussprechen:

NICE [24] spricht sich für vielseitige Impfförderungsmaßnahmen aus: Der Impfstatus des Kindes sollte bei jeder geeigneten Gelegenheit (z. B. regelmäßige Routine-Untersuchungen des Kindes) überprüft werden, geeignete Informationen und Beratung zu Impfungen sollten den Eltern zur Verfügung gestellt werden und die Möglichkeit gegeben werden, offene Fragen anzusprechen. Des Weiteren empfiehlt NICE, die Maßnahmen an die Bedürfnisse von Gruppen mit erhöhtem Risiko, nicht geimpft zu sein, anzupassen. Die Institution beschreibt hier primär Sprachbarrieren und verweist auf die Wichtigkeit, diese – im Kontext der Beratung zum Impfen – abzubauen.

ICSI [25] spricht sich dafür aus, dass ÄrztInnen den Eltern altersgemäße Impfungen für ihr Kind empfehlen und sie entsprechend beraten.

Die HSE-Leitlinie [26] spricht sich für eine Impfberatung bei „jeder Gelegenheit“ aus. Es wird hierbei empfohlen, dass HausärztInnen Eltern zu üblichen Zeitpunkten von Impfungen gegen impfpräventable Erkrankungen sowie Risiken des Nicht-Impfens beraten sollen.

### 3.3 Psychosoziale Belastungen/psychosozialer Unterstützungsbedarf

#### Definition

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 [27].

Die psychische Befindlichkeit stellt, in Kombination mit sozialen Gegebenheiten, psychosoziale Bedingungen für die kindliche Entwicklung dar. 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 [27]. Diese Faktoren können anhand folgender Indikatoren<sup>17</sup> beschrieben werden [28, 29]:

- ❖ Familienanamnestische Belastungen (= wenn Belastungen die Bewältigungsressourcen übersteigen);
- ❖ Auffälligkeiten beim Kind (Pflege/Ernährung sowie die Entwicklung bzw. das Verhalten aus Sicht des/der PädiaterIn 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 Gesundheitsdeterminanten<sup>18</sup> zu verstehen [31]. 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. Es wurden in einem Bericht des LBI-HTA bereits Leitlinien recherchiert, die Screening-Möglichkeiten auf Armut, auch im Kontext sozio-ökonomischer Faktoren, beschreiben [32].

**keine einheitliche Definition des Begriffs der psychosozialen Belastung**

**psychosoziale (Risiko-)Faktoren in der Kindheit: z. B. Eltern-Kind-Interaktion, Qualität der elterlichen Partnerschaft**

**Indikatoren für in der Kindheit prägende psychosoziale Risikofaktoren, z. B. familienanamnestische Belastungen, Auffälligkeiten beim Kind**

**Einbindung in komplexe soziale Faktoren**

**auch Bildung, ökonomische Situation, Wohnumgebung etc. relevant**

<sup>17</sup> 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 ExpertInnenbefragung entwickelt wurde [28].

<sup>18</sup> Die Wichtigkeit des Einbezugs der sozialen Determinanten von Gesundheit wurde bereits im LBI-HTA Berichtsteil I [30] 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 der im Rahmen des „Frühe Hilfen Netzwerk“ (Ö) betreuten Familien:**

**z. B. fehlendes soziales Netzwerk, finanzielle Lage, psychosoziale Gesundheit der Eltern, Umgang der Familie ...**

**... sowie Zukunftsangst/ Überforderung, postpartale Depression, Trennung, Gewalt**

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

**keine belastbaren Daten zur Prävalenz**

**18 % der Bevölkerung in Ö armuts- oder ausgrenzungsgefährdet (Alleinerziehende: 29%)**

Im Rahmen des Frühe Hilfen Netzwerks Österreich werden Belastungen und Ressourcen in den begleiteten Familien erfasst, welche im Jahresbericht 2016 zu den „Frühen Hilfen“ von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, veröffentlicht wurden. Die Studienautorinnen verwendeten 18 Faktoren, die durch die Familienbegleiterinnen zu Beginn und am Ende der Begleitung der Familien jeweils als Ressource oder Belastung eingestuft wurden. Die folgenden fünf Faktoren wurden am häufigsten als Belastung genannt [33]:

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

Zusätzlich wurde durch die Familienbegleiterinnen auch dokumentiert, ob eine oder mehrere der folgenden „konkreten“ Belastungen wahrgenommen wurden: Zukunftsangst/Überforderung der primären und sekundären Hauptbezugsperson, postpartale Depressionen der Mutter, Trennung der Eltern bzw. Partnerschaft und Gewalt in der Familie [33].

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 [27].

### Häufigkeit

Aufgrund des Mangels an belastbaren Daten zur Prävalenz psychosozialer Belastungen in Österreich werden nachfolgend Häufigkeiten anderer Indikatoren beschrieben, die auf psychosoziale Belastungen hinweisen bzw. mit diesen in Zusammenhang stehen.

Im Jahr 2016 waren laut Statistik Austria (EU-SILC Erhebung)<sup>19</sup> 18 % der österreichischen Gesamtbevölkerung armuts- oder ausgrenzungsgefährdet<sup>20</sup>. Im selben Jahr waren 20 % der Frauen zwischen 20 und 39 Jahren von Armut oder Ausgrenzungsgefährdung betroffen [36]. Alleinerziehende mit Kindern unter 18 Jahren sind, mit 29 %, überdurchschnittlich von Armutsgefährdung betroffen [37].

<sup>19</sup> Der Indikator „Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung“ umfasst die drei Zielgruppen „Armutsgefährdung“, „erhebliche materielle Deprivation“ und „Personen in Haushalten mit keiner oder sehr niedriger Erwerbsintensität“. Als armutsgefährdet gelten laut EU-SILC-Definition „alle Personen, deren äquivalisiertes Haushaltseinkommen unterhalb eines festgelegten Schwellenwertes (Armutsgefährdungsschwelle = 60 % des Medians) liegt“. Im Rahmen der EU-SILC (EU Statistics on Income and Living Conditions) werden jährlich Erhebungen zu Einkommen, Armut und Lebensbedingungen durchgeführt [34, 35].

<sup>20</sup> Es wurde in einem Addendum zum Bericht „Eltern-Kind-Vorsorge neu – Teil IX“ darauf hingewiesen, dass länderspezifische und regionale Berichte zu Armut fehlen, wodurch die akkurate Erfassung der Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich erschwert wird [32].

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), bei 4 % waren die Mütter Gewalt ausgesetzt (2012), 18 % der Mütter wiesen erhöhte Depressionswerte und 17 % erhöhte Angstwerte auf (2011) [38].

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 StudienautorInnen verwendeten die, bereits im Unterkapitel „Definition“ beschriebenen, Indikatoren für psychosoziale Belastungsfaktoren [28]. Aus Sicht der Kinder- und JugendärztInnen 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 [29].

## **Empfehlungen aus Update Teil IX**

7 der bisher (in Teil IX bzw. Update Teil IX) identifizierten Leitlinien thematisieren die Identifizierung psychosozialer Belastungen nach der Geburt bzw. in der frühen Kindheit: Die NICE Public-Health-Leitlinie „Social and emotional wellbeing“ sowie die 6 identifizierten Leitlinien zum Thema „Psychische Gesundheit und Depression“ sind hierbei relevant. Die Empfehlungen können in Tabelle 3.3-1 und Tabelle 3.3-2 nachgelesen werden. Detailliertere Beschreibungen der Leitlinien-Empfehlungen finden sich in [2, 3].

Die Leitlinie von NICE [39] beinhaltet Empfehlungen zur Identifizierung von „vulnerablen“ Kindern und wie deren soziales und emotionales Wohlbefinden verbessert werden kann. Es sollen Stärken und Fähigkeiten der Familie sowie potentielle Risikofaktoren, die das soziale und emotionale Wohlbefinden des Kindes gefährden könnten, identifiziert werden. Als wichtige Faktoren werden, beispielsweise, Probleme in folgenden Bereichen genannt: psychische Gesundheit der Eltern, Substanzmissbrauch, familiäre Beziehungen sowie Unterstützungsnetzwerke. Als weitere Risikofaktoren werden auch eine verzögerte (Sprach-)Entwicklung, Anzeichen von Verhaltensproblemen bzw. ein desinteressiertes oder unsensibles Verhalten der Eltern ihrem Kind gegenüber erwähnt.

4 Leitlinien zu „Mental Health/Depression“ sprechen sich für eine Befragung der Mutter zu psychischer Gesundheit und/oder Depression sowie zu psychosozialen Faktoren, die diese beeinträchtigen, aus [40-43]. Als psychosoziale Faktoren werden beispielsweise Drogen-/Alkoholkonsum, vergangener oder derzeitiger körperlicher, sexueller sowie psychischer Missbrauch, rezente Belastungen, Beziehung zur eigenen Mutter und die praktische sowie emotionale Unterstützung genannt [40, 41]. Die empfohlenen Screening-Zeitpunkte sind zumeist möglichst früh nach der Geburt (siehe Tabelle 3.3-1).

**Prävalenz verschiedener psychosozialer Belastungen in D**

**Querschnittsstudie in D, 2012: 31 von 385 Familien (8 %) zum Zeitpunkt der U5 psychosozial belastet**

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

**8 bereits im Update identifizierte Leitlinien thematisieren die Identifizierung psychosozialer Belastungen**

**NICE: Empfehlungen zur Identifizierung ‚vulnerabler Kinder‘ und wie deren soziales und emotionales Wohlbefinden verbessert werden kann**

**4 Leitlinien für eine Befragung der Mutter zu mentaler Gesundheit und/oder Depression sowie zu psychosozialen Faktoren, die diese beeinträchtigen**

3 Leitlinien sprechen sich für Screening auf postpartale Depression aus, 2 dagegen

Zusätzlich wird das Screening auf postpartale Depression in 5 Leitlinien adressiert: 3 Institutionen [40, 41, 43] empfehlen ein solches Screening nach der Geburt, 2 Institutionen [44, 45] sprechen sich dagegen aus.

Tabelle 3.3-1: Screening-Empfehlungen zu sozialem und emotionalem Wohlbefinden (aus Update Teil IX)

Health threat: (lack of) Social and emotional wellbeing	Recommendation		Grade of recommendation	Timing of screening
NICE, 2012 (PH40, Rec. 2)	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:		NR	NR
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✳ 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</li> <li>✳ talking about the aspirations and expectations for the child seeking to understand and respond to perceived needs and concerns</li> <li>✳ discussing any risk factors in a sensitive manner to ensure families do not feel criticised, judged or stigmatised.</li> </ul>	✓		
	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.	✓	NR	NR
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:		✓	NR	NR
<ul style="list-style-type: none"> <li>✳ being withdrawn, being unresponsive, showing signs of behavioural problems, delayed speech, poor language and communication skills</li> </ul> <p style="text-align: center;">For parents, this could include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✳ indifference to the child or insensitive or harsh behaviour towards them.</li> </ul>				

Tabelle 3.3-2: Screening-Empfehlungen zu psychischer Gesundheit/Depression (aus Update Teil IX)

Health threat: Mental Health/ Depression	Recommendation		Grade of recommendation	Timing of screening
CTFPHC, 2013 [44]	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.	✗	weak recommendation	-
AHMAC, 2012 [40]	Ask all women questions about psychosocial factors, including previous or current mental health disorders. If a woman affirms their presence, ask whether she would like help with any of these issues.	✓	CBR	as early as practical in pregnancy (women should be asked about psychosocial factors again 6–12 weeks after the birth)



Health threat: Mental Health/ Depression	Recommendation		Grade of recommen- dation	Timing of screening
AHMAC, 2012 [40] (Fortsetzung)	Use the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a component of the assessment of all women for symptoms of depression in the antenatal period.	✓	B	as early as practical in pregnancy (preferably twice during pregnancy and <b>twice in the year after the birth</b> )
SIGN, 2012 [43]	Enquiry about depressive symptoms should be made.	✓	D	at minimum, on booking in and <b>postnatally (at 4-6 weeks and 3-4 months)</b>
beyondblue, 2011 [41] <sup>21</sup>	All women should be asked questions around psychosocial domains as part of normal care. If a woman affirms the presence of psychosocial factors, she should be asked whether she would like help with any of these issues.	✓	GPP	as early as practical in pregnancy and <b>6-12 weeks after a birth</b>
	The EPDS should be used by health professionals as a component of the assessment of all women in the postnatal period for symptoms of depression or co-occurring depression and anxiety.	✓	B	all women should coomplete the EPDS at least once, preferably twice, in both the antenatal period and the <b>postnatal period (ideally 6-12 weeks after the birth).</b>
UK NSC, 2011 [45] <sup>22</sup>	A screening programme for postnatal depression is not recommended. <sup>23</sup>	✗	NR	-
NICE, 2006 <sup>24</sup> [42]	All 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).	✓	D(GPP)	<b>at 10-14 days after birth</b>
	Women should be asked about their emotional wellbeing, 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.	✓	D(GPP)	<b>at each postpartum contact</b>
	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.		D(GPP)	-

<sup>21</sup> Die Institution weist auf ihrer Webseite darauf hin, dass die Leitlinie älter als 5 Jahre ist und daher nicht gewährleistet ist, dass die Empfehlungen noch der derzeit verfügbaren Evidenz oder der „best practice“ entsprechen. Die Leitlinie wird vom „Centre of Perinatal Excellence“ (COPE) überarbeitet. Die Fertigstellung der neuen Leitlinie mit dem Titel „Effective mental health care in the perinatal period: Australian Clinical Practice Guidelines“ wird für Oktober 2017 erwartet. Siehe: <https://www.beyondblue.org.au/health-professionals/clinical-practice-guidelines>, download am 03.10.2017.

<sup>22</sup> Die Policy zur postpartalen Depression sollte laut UK NSC-Webseite 2014/15 überarbeitet werden. Laut Auskunft des UK NSC sind alle Empfehlungen, die auf der Webseite gelistet sind, gültig.

<sup>23</sup> Diese Policy ist folgender Kategorie zugeteilt: „Systematic population screening programme not recommended, clinical practice guidelines covered by NICE“. Siehe: <https://legacyscreening.phe.org.uk/postnataldepression>

<sup>24</sup> Im Rahmen regelmäßiger Überprüfungen wurde 2015 ein Update dieser Leitlinie durchgeführt. Die beschriebenen, und für psychosoziale Belastungen relevanten, Empfehlungen blieben jedoch unverändert. Siehe: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/chapter/Changes-after-publication>, download am 24.07.2017.

## Neu identifizierte Empfehlungen

**Empfehlungen von 2 bereits im Update Teil IX identifizierten Leitlinien extrahiert**

**NICE 2014: Berücksichtigung psychosozialer Faktoren bei Assessment und Diagnostik von vermuteten psychischen Gesundheitsproblemen**

Für das Zusatzthema „psychosoziale Belastungen“ wurden – aus 2 bereits im ursprünglichen Bericht bzw. Update eingeschlossenen Leitlinien – weitere Empfehlungen extrahiert (siehe Tabelle 3.3-3).

In den neu identifizierten Empfehlungen der NICE Leitlinie „Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance“[46] weist die Institution auf die Wichtigkeit, folgende psychosoziale Faktoren<sup>25</sup> bei Assessment und Diagnostik von vermuteten psychischen Gesundheitsproblemen mit zu berücksichtigen [46]:

- ✿ die Einstellung und Erfahrung der Mutter bezüglich ihrer Schwangerschaft und eventueller Komplikationen;
- ✿ die Mutter-Kind-Beziehung;
- ✿ die Qualität von sozialen Netzwerken sowie interpersonelle Beziehungen;
- ✿ die allgemeinen Lebensbedingungen der Familie;
- ✿ Gewalt (bspw. häuslich, sexuell) innerhalb der Familie<sup>26</sup>;
- ✿ Wohnverhältnisse, berufliche und ökonomische Lage der Eltern sowie deren Migrationsstatus.

**„Risk Assessment“, um potentielle Risiken für das Kind zu identifizieren**

Diese Leitlinie spricht sich überdies für ein „Risk Assessment“ aus, welches an die Mutter und ggf. auch an ihren Partner bzw. die Familie gerichtet ist: Im Fokus stehen Bereiche, die potentielle Risiken für das Kind darstellen (z. B. Selbstverletzung, Selbstvernachlässigung, Selbstmordgedanken, Substanzmissbrauch).

**NICE 2006: Befragung/Beratung von Müttern, die unter persistenter Erschöpfung leiden**

Die neu identifizierten Empfehlungen der zweiten – im Update Teil IX bereits beschriebenen – NICE Leitlinie „Routine postnatal care“ sprechen sich dafür aus, Mütter, die von persistenter Erschöpfung berichten, nach ihrem generellen Wohlbefinden zu befragen sowie hinsichtlich Ernährung, Bewegung und anderer Aktivitäten zu beraten. Wenn der Erschöpfungszustand anhält und die Pflege des Kindes und der Mutter negativ beeinflusst wird, dann sollten diesbezügliche – physische, psychische oder soziale – Ursachen eruiert werden [42].

<sup>25</sup> Es wurde hier nur auf jene Faktoren hingewiesen, die am ehesten definitiv als psychosoziale Belastungen eingestuft werden können. In der Tabelle 3.3-3 befindet sich die vollständige Liste der zu berücksichtigenden Faktoren [46].

<sup>26</sup> In den beiden Updates des ursprünglichen Berichts Teil IX können die Leitlinien-Empfehlungen zu den Themen „Gewalt in der Schwangerschaft“ [2] bzw. „Kindeswohlgefährdung“ [3] nachgelesen werden.

Tabelle 3.3-3: Screening-Empfehlungen für postpartale psychosoziale Belastung (neu identifizierte Empfehlungen)

Health threat: psychosocial distress factors	Recommendation		Grade of recommendation	Timing of screening
NICE, 2014 <sup>27</sup> [46]	<p><i>Assessment</i> and diagnosis of a suspected mental health problem in pregnancy and the postnatal period should include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✱ history of any mental health problem, including in pregnancy or the postnatal period</li> <li>✱ physical wellbeing (including weight, smoking, nutrition and activity level) and history of any physical health problem</li> <li>✱ alcohol and drug misuse</li> <li>✱ the woman’s attitude towards the pregnancy, including denial of pregnancy</li> <li>✱ the woman’s experience of pregnancy and any problems experienced by her, the fetus or the baby</li> <li>✱ the mother–baby relationship</li> <li>✱ any past or present treatment for a mental health problem, and response to any treatment</li> <li>✱ social networks and quality of interpersonal relationships</li> <li>✱ living conditions and social isolation</li> <li>✱ family history (first-degree relative) of mental health problems</li> <li>✱ domestic violence and abuse, sexual abuse, trauma or childhood maltreatment</li> <li>✱ housing, employment, economic and immigration status</li> <li>✱ responsibilities as a carer for other children and young people or other adults.</li> </ul>	(✓)	NR	in pregnancy and the postnatal period
	<p><i>Carry out a risk assessment</i> 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.</p>	(✓)	NR	in pregnancy and the postnatal period
NICE, 2006 <sup>28</sup> [42]	<p>Women who report persistent fatigue should be <i>asked</i> about their general wellbeing, and offered advice on diet, exercise and planning activities, including spending time with her baby.</p>	(✓)	D(GPP)	-
	<p>If persistent postnatal fatigue impacts on the woman’s care of herself or baby, underlying physical, psychological or social <i>causes should be evaluated</i>.</p>	(✓)	D(GPP)	-

<sup>27</sup> Diese Leitlinie ist ein Update aus der bereits identifizierten Leitlinie namens „Antenatal and postnatal mental health“, die 2007 veröffentlicht wurde [2, 46]. Die beschriebenen Empfehlungen wurden jedoch modifiziert und manche Empfehlungen wurden neu formuliert.

<sup>28</sup> Im Rahmen regelmäßiger Überprüfungen wurde 2015 ein Update dieser Leitlinie durchgeführt. Die beschriebenen, und für psychosoziale Belastungen relevanten, Empfehlungen blieben jedoch unverändert. Siehe: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/chapter/Changes-after-publication>, download am 24.07.2017.

<p><b>Befragung als Screening-Methode</b></p>	<p>Für das Screening auf psychische Erkrankungen und psychosoziale Risiken empfehlen die Leitlinien die Befragung bzw. (Familien-)Anamnese.</p>
<p><b>Tools für Screenings auf postpartale Depressionen: v. a. EPDS und Whooley Questions</b></p>	<p>Daneben gibt es zahlreiche Tools, um ein Screening auf postpartale Depressionen durchzuführen. Es werden v. a. der „Edinburgh Postnatal Depression Scale“ (EPDS) sowie die „Whooley Questions“ [46] empfohlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✿ 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?“);</li> <li>✿ 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 having little interest or pleasure in doing things?“).</li> </ul> <p>Detailliertere Informationen zu den Screening-Methoden zur psychischen Gesundheit bzw. Depression können im Update-Bericht zur Schwangerschaft nachgelesen werden [2].</p>
<p><b>Risiko-Assessment/ anamnestische Befragung</b></p>	<p>Die neu identifizierten Empfehlungen von NICE sprechen sich ebenfalls für ein Risiko-Assessment/eine (anamnestische) Befragung aus [42, 46].</p>
<p><b>bei pathologischen psychischen Störungen: je nach Schweregrad ggfs. Psychotherapie oder Antidepressiva</b></p>	<p><b>Therapiemöglichkeiten</b></p> <p>Die Leitlinien zu „psychischer Gesundheit und Depression“ beziehen sich bei den Therapiemöglichkeiten vielfach auf pathologische psychische Störungen. Deshalb werden, je nach Schweregrad der psychischen Störung, die kognitive Verhaltenstherapie, die interpersonelle Psychotherapie und Antidepressiva als geeignete Therapiemöglichkeiten beschrieben [2].</p> <p>Bezüglich psychosozialer Belastungen wurden in den identifizierten Leitlinien keine spezifischen Interventionsmöglichkeiten beschrieben.</p>
<p><b>keine Angaben zu potentiellen Schäden</b></p>	<p><b>Potentieller Schaden durch das Screening</b></p> <p>In den Leitlinien waren keine Informationen zum potentiellen Schaden durch ein Screening auf psychosoziale Belastungen enthalten.</p>
<p><b>Empfehlungen aus 7 Leitlinien extrahiert</b></p>	<p><b>Zusammenfassung der Empfehlungen</b></p> <p>Es wurden zahlreiche Empfehlungen aus insgesamt 7 – bereits im ursprünglichen Bericht Teil IX bzw. Update enthaltenen – Leitlinien von 6 Institutionen extrahiert, die unterschiedliche Themen adressieren:</p>
<p><b>NICE: Identifizierung vulnerabler Kinder und Verbesserung deren Umfeldes</b></p>	<p>Eine NICE-Leitlinie beschreibt die Identifizierung „vulnerabler Kinder“ und empfiehlt die Berücksichtigung von Risikofaktoren, welche Eltern dabei behindern könnten, ihren Kindern ein liebevolles und förderndes Umfeld zu bereiten [39].</p>

Weitere 3 Leitlinien sprechen sich für ein Screening auf frühere psychische Erkrankungen sowie psychosoziale Risikofaktoren mittels (anamnestischer) Befragung aus [40-42]. 3 Leitlinien [40, 41, 43] empfehlen ein Routine-Screening auf postpartale Depression, während 2 Institutionen sich gegen ein solches Screening aussprechen [44, 45].

Zusätzlich wurden Empfehlungen aus 2 im Update bereits beschriebenen Leitlinien neu identifiziert:

Die NICE-Leitlinie „Antenatal and postnatal mental health“ verweist auf die Wichtigkeit der Berücksichtigung von psychosozialen Faktoren, wenn die psychische Gesundheit der Mutter bei einem vermuteten psychischen Problem beurteilt wird. Sie spricht sich für ein „Risk Assessment“ und die Verwendung der „Whooley Questions“ aus [46].

Die NICE-Leitlinie „Postnatal care“ empfiehlt, Mütter bezüglich ihres „generellen Wohlbefindens“ zu befragen, wenn diese unter anhaltender Erschöpfung leiden. Die Institution spricht sich für eine Beratung aus und eine Eruerung der zugrunde liegenden psychosozialen Faktoren, wenn keine Besserung eintritt [42].

## Zusatzinformationen

Im Zuge der Recherche für das vorliegende Addendum wurde das LBI-HTA auf ein Screening-Instrument hingewiesen, welches in Deutschland bei den U-Untersuchungen zur Anwendung kommt. Es handelt sich um den „Pädiatrischen Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3-U6)“ (siehe Kapitel 6.1 im Appendix), der vom deutschen Nationalen Zentrum Frühe Hilfen konzipiert wurde, um den psychosozialen Unterstützungsbedarf der Familien einschätzen zu können.

Das Abfragen empirisch nachgewiesener und relevanter, Risikofaktoren für psychosoziale Belastungen steht im Zentrum des Screenings: Der Anhaltsbogen soll Kinder- und JugendärztInnen dabei unterstützen, Hinweise auf psychosoziale Belastungen und Unterstützungsbedarf im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen (U3-U6<sup>29</sup>) zu erheben [28, 29, 48].

Der „pädiatrische Anhaltsbogen“ ist ein kategoriales Beobachtungsraster, das drei Belastungsbereiche unterscheidet:

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

Die beiden letztgenannten Störungen sind klinisch relevant und sollen primär durch das Gesundheitssystem abgeklärt und behandelt werden. Bei allen anderen psychosozialen Belastungen sollen zum einen eine ausführliche pädiatrische Beratung durchgeführt werden und zum anderen verstärkt Frühe Hilfen zugezogen werden [28].

**3 Leitlinien: Befragung zu psych. Erkrankungen bzw. psychosozialen Risikofaktoren;**  
**3 Leitlinien pro (und 2 contra) Screening auf postpartale Depression**

**NICE: Berücksichtigung von psychosozialen Faktoren bei Beurteilung der psych. Gesundheit der Mutter**

**NICE: Befragung und Beratung bei persistenter Erschöpfung der Mutter**

**pädiatrischer Anhaltsbogen als mögliches Screening-Instrument**

**in D im Einsatz bei U-Untersuchungen**

**Abfragen von Risikofaktoren durch ÄrztInnen**

**Ziel: Hinweise auf psychosoziale Belastung & Unterstützungsbedarf**

**kategoriales Beobachtungsraster mit 3 Belastungsbereichen**

<sup>29</sup> 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 [47].

**Anamnese der psychosozialen Belastungen gliedert sich in Familienanamnese, Auffälligkeiten beim Kind, Belastungen der Hauptbezugsperson, und Eltern-Kind-Interaktion**

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 [29, 49].

### **Therapiemöglichkeiten**

**Frühe Hilfen Netzwerke bieten Unterstützung für Familien, die psychosozial belastet sind**

Interventionen im Sozial- oder Gesundheitsbereich können für psychosozial belastete Familien hilfreich sein. Wenn es noch nicht zu klinisch relevanten Störungen gekommen ist, können etwa „Frühe Hilfen Netzwerke“ oder vergleichbare Angebote sinnvoll sein, um die Beziehungs- und Erziehungskompetenz zu verbessern. Es kann in diesem Zusammenhang das Entwicklungspotential von Kindern gefördert, sowie Kindesmissbrauch/Vernachlässigung verhindert werden [50].

**Frühe Hilfen in Ö: niederschwellige Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder; multiprofessionelle Kooperation unterschiedlicher Institutionen im Sozial- und Gesundheitswesen**

In Österreich werden „Frühen 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.<sup>30</sup>

<sup>30</sup> Siehe: <http://www.fruehehilfen.at/>.

## 3.4 Ernährung/Ess- und Fütterungsverhalten

### Definition

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

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 [51, 52].

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 Säuglingsanfangsnahrung (Pre-Nahrung) als Muttermilchersatz verwendet werden<sup>31</sup> [53]. Weitere Empfehlungen zum Thema Stillen können in den österreichischen Stillempfehlungen [51] nachgelesen werden.

Je nach individueller Entwicklung<sup>32</sup> 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.<sup>33</sup> 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 [53-55]. Weitere Empfehlungen zur Beikost wurden im Rahmen des Projekts „Richtig essen von Anfang an“ erarbeitet [53-56].

**Stillen, Beikost und Ernährung des Kleinkindes**

**zahlreiche Vorteile des Stillens für Mutter und Kind**

**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**

<sup>31</sup> Aus ernährungsphysiologischer Sicht sollte der Kohlenhydratgehalt von Säuglingsanfangsnahrung an die Muttermilch angepasst sein. Die European Food Safety Authority (EFSA) empfiehlt, dass Säuglingsanfangsnahrung auf Kuhmilchbasis keine zusätzlichen Zucker wie Saccharose, Glucose oder Fructose enthalten soll. Quelle: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.2903/j.efsa.2014.3760/epdf>.

<sup>32</sup> 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 [53].

<sup>33</sup> Qualitätskriterien für Beikost Starter-Produkte wurden von der Arbeitsgruppe Kleinkinder, Stillende und Schwangere erarbeitet und finden sich in folgender Empfehlung der Nationalen Ernährungscommission aus dem Jahr 2016: [http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/3/4/CH1364/CMS1347872626120/nek\\_empfehlung\\_beikoststarterprodukte\\_nov2017.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/3/4/CH1364/CMS1347872626120/nek_empfehlung_beikoststarterprodukte_nov2017.pdf).

**weiterführende Ernährung des Kleinkindes sollte ausgewogen und abwechslungsreich sein**

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

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 [57] 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 [58].

### Häufigkeit

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

Eine Studie des BMGF „Säuglingsernährung heute“<sup>34</sup> 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 [59]. Laut dieser Studie waren sich ca. 90 % der Mütter über die gesundheitlichen Vorteile des Stillens für das Kind bewusst [59].

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

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 [59].

Es wurden keine, für diesen Bericht relevanten, Häufigkeiten zur Art der Beikost und der weiterführenden Ernährung in österreichischen Familien gefunden.

### Empfehlungen aus Update Teil IX

**1 Leitlinie aus Update Teil IX: NICE „Maternal and child nutrition“**

Eine der bisher im Update Teil IX identifizierten Leitlinien behandelt, u. a., ungesunde/inadäquate Ernährung des Kindes: Die NICE-Leitlinie „Maternal and child nutrition“ (PH11) [60], die 2008 erstmals publiziert und 2014 zuletzt aktualisiert wurde, enthält Empfehlungen zum Thema Ernährung sowohl für die Schwangerschaft als auch die Kindheit.

**Ziel: Abbau von ernährungsbezogenen Ungleichheiten aufgrund sozioökonomischer Benachteiligung**

Die in der Public Health Leitlinie formulierten Empfehlungen sollen insbesondere Ungleichheiten in der Ernährung von Müttern und Kindern aus sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen adressieren. Vor der Entlassung aus dem Krankenhaus empfiehlt die Leitlinie, sicherzustellen, dass die Mutter keine Schwierigkeiten beim Stillen hat bzw. dass sie Flaschennahrung zubereiten kann. Die stillende Mutter soll innerhalb von 48 Stunden von Peers

<sup>34</sup> Siehe: [https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/8/5/CH1101/CMS1384785444563/kurzfassung\\_saeuglingsernaehrung\\_heute\\_druckversion\\_o8\\_2009.pdf](https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/8/5/CH1101/CMS1384785444563/kurzfassung_saeuglingsernaehrung_heute_druckversion_o8_2009.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) [59].



(„breastfeeding peer supporters“) kontaktiert werden sowie frühzeitig und laufend beim Stillen in Form von Hausbesuchen unterstützt werden. Weiters soll die Mutter bzw. die Familie durch die „health visitors“ und das Team des „child health promotion programme“ dabei unterstützt werden, so lange zu stillen, wie die Mutter es möchte, mit 6 Monaten eine gesunde Beikost einzuführen, hausgemachte Speisen ohne die Zugabe von Salz, Zucker oder Honig zuzubereiten sowie als Familie gemeinsame Mahlzeiten einzunehmen [60].

**Empfehlungen v. a. zur Unterstützung beim Stillen, z. B. durch Peers und „health visitors“**

Für weitere Ausführungen zu den in der Kindheit relevanten Empfehlungen siehe [3] (für Ernährungsempfehlungen für die Schwangerschaft, insbesondere Empfehlungen zur Nährstoffsupplementierung, siehe [2]).

Tabelle 3.4-1: Screening-Empfehlungen zur Ernährung (aus Update Teil IX)

Health threat: unhealthy/ inadequate diet	Recommendation		Grade of recommendation	Timing of screening
<b>NICE, 2008 (PH11, Rec.10) [60]</b>	Ensure mothers who breastfeed can demonstrate how to position and attach the baby to the breast and can identify signs that the baby is feeding well.	✓	NR	before women leave hospital or before midwife leaves the mother after a home birth
	Breastfeeding peer supporters should contact new mothers directly. They should offer ongoing support according to the mother's individual needs.		NR	within 48 hours of mothers' transfer home (or within 48 hours of a home birth)
	Provide continuing and proactive breastfeeding support at home and record all advice in the mother's hand-held records.		NR	„early and ongoing“ (after birth)
	Advise mothers that a healthy diet is important for everyone and that they do not need to modify their diet to breastfeed		NR	NR
<b>NICE, 2008 (PH11, Rec.14) [60]</b>	Show mothers who choose to use infant formula how to make up a feed. Give them access to independent advice from a qualified health professional.		NR	before women leave hospital or before midwife leaves the mother after a home birth
<b>NICE, 2008 (PH11, Rec.16) [60]</b>	Assess the needs of all mothers, parents and carers with young children. Provide early and ongoing support at home for those with the greatest needs, including any that may be the result of a physical or learning disability or communication difficulties.	✓	NR	NR
	Health visitors and the CHPP (child health promotion programme) team should: <ul style="list-style-type: none"> <li>✳ support mothers to continue breastfeeding for as long as they choose</li> <li>✳ 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</li> <li>✳ encourage and support parents and carers to make home-prepared foods for infants and young children, without adding salt, sugar or honey</li> <li>✳ encourage families to eat together and encourage parents and carers to set a good example by the food choices they make for themselves</li> <li>✳ advise parents and carers not to leave infants alone when they are eating or drinking.</li> </ul>		NR	NR
<b>NICE, 2008 (PH11, Rec.18) [60]</b>	Advise mothers to feed the baby only on breast milk and to continue breastfeeding while introducing solid foods, when the infant is 6 months		NR	NR
	Advise mothers who choose not to breastfeed that there is insufficient evidence to suggest that infant formula based on partially or extensively hydrolysed cow's milk protein helps to prevent allergies.		NR	NR

## Neu identifizierte Empfehlungen

### 4 zusätzliche Leitlinien identifiziert

**NICE: Informationen, Beratung von Familien mit Kleinkindern mit sozioökonomischer Benachteiligung zum „Healthy Start“ Programm**

Es konnten 4 weitere Leitlinien identifiziert werden. Zusätzlich wurde eine weitere Empfehlung aus der bereits im Update Teil IX beschriebenen Leitlinie [60] extrahiert. Eine Leitlinie [25] erfüllt die ursprünglichen Einschlusskriterien des Hauptberichts nicht, da nur eine Datenbank zur Suche herangezogen wurde.

Aus der bereits im Update Teil IX enthaltenen NICE-Leitlinie „Maternal and child nutrition“ (PH11) wurde eine weitere Empfehlung extrahiert. Diese zielt primär darauf ab, Familien mit sozioökonomischer Benachteiligung zu unterstützen: NICE spricht sich dafür aus, dass ErnährungswissenschaftlerInnen bzw. ErnährungsberaterInnen im öffentlichen Gesundheitsbereich Familien mit Kleinkindern (<5 Jahre) mit sozioökonomischer Benachteiligung beraten. Es geht dabei um Unterstützung und Ratschläge zum sogenannten „Healthy Start“ Programm<sup>35</sup> [60].

**NICE: Besprechen der Still Erfahrung der Mutter bei Kontakt mit Ärztin/Arzt und Identifizierung von möglichem Unterstützungsbedarf**

Die NICE Leitlinie „Postnatal care up to 8 weeks after birth“ [42] empfiehlt, die Still-Erfahrung der Mutter zu besprechen. Laut Leitlinie sollte dies bei jedem Kontakt mit der Ärztin/dem Arzt und bis zur 6.-7. Woche nach der Geburt geschehen. Es soll eingeschätzt werden, wie erfolgreich die Frau stillt und ob diesbezügliche Komplikationen festzustellen sind. Das Ziel ist dabei, einen möglichen – zusätzlichen – Unterstützungsbedarf für die Mutter zu identifizieren.

**ICSI: Beratung zum Stillen im Wochenbett**

Die ICSI-Leitlinie „Preventive services for children and adolescents“ [25] spricht sich für eine Beratung von Müttern zum Stillen im Wochenbett aus: Die Mutter soll dazu ermutigt werden, exklusiv und bis zum 6. Lebensmonat des Kindes zu stillen. Gleichzeitig wird empfohlen, nicht später als mit 6 Lebensmonaten mit der Beikost-Gabe (v. a. eisenreiches Getreide) zu beginnen. Weiters empfiehlt die ICSI-Leitlinie als Level III Intervention<sup>36</sup>, dass ÄrztInnen die Eltern zu den Ess- und Trinkgewohnheiten ihres Kindes befragen sollen. Trotz mangelhafter Evidenz befürwortet die Leitlinie diese Vorgehensweise, da eine gesunde Ernährung zahlreiche Vorteile aufweist und die Eltern für die Entwicklung der Ernährungsgewohnheiten ihrer Kinder eine zentrale Rolle spielen.

**USPSTF: empfiehlt verschiedene Interventionen nach der Geburt, die das Stillverhalten fördern**

Die Leitlinie der „U.S. Preventive Services Task Force“ (USPSTF) mit dem Titel „Breastfeeding: Primary Care Interventions“ empfiehlt, jegliche Interventionen nach der Geburt, die das Stillverhalten unterstützen bzw. fördern, zur Verfügung zu stellen [62]. Die Leitlinie beschreibt folgende Unterstützungsmaßnahmen in der postpartalen Periode: „professional support“ (z. B. Stillberatung durch medizinisches Personal, psychologische Unterstützung), „peer support“ (z. B. Unterstützung durch Mütter, die bereits erfolgreich gestillt haben), sowie „formal education“ (z. B. Stillgruppen) [52].

<sup>35</sup> Das „Healthy Start Program“ in UK soll insbesondere die Ernährung von schwangeren sowie stillenden Frauen und Kindern (unter 5 Jahren) mit sozioökonomischer Benachteiligung verbessern. Das Programm ermöglicht es dieser Zielgruppe, gesunde Lebensmittel, wie etwa Gemüse, Obst und Milch, bzw. Vitaminsupplemente, mittels von der Regierung wöchentlich zur Verfügung gestellter Gutscheine, zu erhalten [61].

<sup>36</sup> Level III Services: Preventive services for which the evidence is currently incomplete and/or high burden of disease and low cost of delivering care. Providing these services is left to the judgment of individual medical groups, clinicians and their patients.

Die Leitlinie des australischen „National Health and Medical Research Council“ (NHMRC) „Infant Feeding Guidelines“ [63] empfiehlt, ein adäquates Still- und Fütterungsverhalten bei allen Müttern zu unterstützen, zu ermutigen und zu fördern. Folgende Empfehlungen werden dabei ausgesprochen: Kinder sollen bis zum 6. Lebensmonat ausschließlich gestillt, sowie danach parallel zur Beikosteinführung bis 12 Monate oder länger weitergestillt werden, so lange Mutter und Kind das wollen. Alle Mütter sollen über Vor-/Nachteile des Stillens/Nicht-Stillens informiert sowie zu Stillpositionen beraten werden.

**NHMRC: spricht sich dafür aus, adäquates Still- und Fütterungsverhalten zu unterstützen, zu ermutigen und zu fördern**

Des Weiteren empfiehlt die Leitlinie, Müttern Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei Stillproblemen zur Verfügung zu stellen. Es wird zudem eine Befragung der Mütter über das Stillen bei Routine-Untersuchungen empfohlen. Das Ziel dieser Befragung ist die Identifizierung möglicher Stillschwierigkeiten. Qualifiziertes Personal, wie etwa Still- und LaktationsberaterInnen, soll dabei helfen, die Stillschwierigkeiten zu beheben [63].

**NHMRC: Information über Unterstützungsmöglichkeiten bei Stillproblemen, Befragung über das Stillen bei Routine-Untersuchungen**

Das NHMRC [63] empfiehlt überdies, Eltern im Hinblick auf die Wichtigkeit des richtigen Zubereitens der Babynahrung aufzuklären. Hierfür sollte den Eltern geraten werden, die diesbezüglichen Anweisungen einzuhalten. Die Leitlinie des NHMRC enthält außerdem noch zahlreiche Informationen zur Beikost und weiterführenden Ernährung des Kindes, es werden jedoch in diesem Zusammenhang keine Befragungen der Eltern oder entsprechende Beratungen empfohlen.

**NHMRC: Beratung bzgl. der richtigen Zubereitung von Babynahrung**

Tabelle 3.4-2: Screening-Empfehlungen zur Ernährung (neu identifizierte Empfehlungen)

Health threat: unhealthy/inappropriate diet	Recommendation		Grade of recommendation	Timing of screening
NICE, 2008 [60] (PH11, Rec.22)	Public health nutritionists and dietitians should offer parents in receipt of Healthy Start benefit practical support and advice on how to use the Healthy Start vouchers to increase their intake of fruit and vegetables.		NR	NR
NICE, 2006 <sup>37</sup> [42] (CG37, „infant feeding“)	A woman’s experience with breastfeeding should be <i>discussed</i> at each contact to assess if she is on course to breastfeed effectively and <i>identify any need for additional support</i> . Breastfeeding progress should then be assessed and documented in the postnatal care plan at each contact.	✓	D(GPP)	in the first 6-8 weeks after birth
ICSI, 2013 <sup>38</sup> [25]	Promotion and support of breastfeeding should be recommended. Encourage: ✦ Breastfeeding exclusively for the first six months ✦ Supplementing breastfed infants with iron no later than age six months with ironfortified cereals ✦ Supplementing for breastfeeding with 400 IU/day vitamin D within two months for infants ✦ Pacifier use has not shown to affect breastfeeding duration or exclusivity		strong recommendation, low quality evidence (Level II)	birth – 2 years

<sup>37</sup> Im Rahmen regelmäßiger Überprüfungen wurde 2015 ein Update dieser Leitlinie durchgeführt. Es wurde lediglich ein Kapitel (zum Thema Kindstod) verändert. Siehe: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/chapter/Changes-after-publication>, download am 31.08.2017.

<sup>38</sup> Diese Leitlinie erfüllt die im ursprünglichen Bericht definierten Einschlusskriterien nicht, da zur systematischen Suche nur eine Datenbank herangezogen wurde [25].

Health threat: unhealthy/ inappropriate diet	Recommendation		Grade of recommen- dation	Timing of screening
<b>ICSI, 2013<sup>39</sup> [25]</b> <i>(Fortsetzung)</i>	Clinicians could <i>ask</i> what children typically eat and drink and about daily activity. Counseling messages for effective shared decision-making: Encourage: ☼ Breastfeeding exclusively for the first six months ☼ Supplementing breastfed infants with iron no later than age six months with iron-fortified cereals ☼ Breastfeeding or formula up to one year ☼ Use of iron-fortified formula. Use iron-fortified cereals through two years and older. ☼ Supplementing for breastfeeding with 400 IU/day vitamin D within two months ☼ Introduction of solid foods when developmentally ready, about 4-6 months; juices after 6 months. Use 100% juices and limit to 4-6 ounces daily. ☼ Wean from the bottle by end of first year. Discourage: ☼ Cow's milk during first 12 months ☼ Reduced-fat milk before two years; use whole milk ☼ Foods with added sugars and sweetened beverages ☼ Excessive intake of any beverage	✓	weak re- commendation (Level III)	birth – 2 years
	Clinicians could <i>ask</i> what children typically eat and drink and about daily activity. Counseling messages for effective shared decision-making: ☼ Encourage consumption of fruits, vegetables, whole grains and low-fat dairy products ☼ Limit total fat, especially saturated fat, trans fats and cholesterol ☼ Discourage foods with added sugars and caloric carbonated beverages ☼ Encourage regular meals	✓	weak re- commendation (Level III)	2 – 18 years
<b>USPSTF, 2016 [52]</b>	The USPSTF recommends providing interventions during pregnancy and after birth to support breastfeeding.		B	during pregnancy and after birth
<b>NHMRC, 2012 [63]</b> („breastfeeding“)	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.		NR	NR
	While breastfeeding is recommended for 6 to 12 months and beyond, any breastfeeding is beneficial to the infant and mother.		NR	NR
	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.		NR	NR
	Inform parents of the benefits of breastfeeding and the risks of not breastfeeding when a change from breastfeeding is being considered.		NR	NR
	Encourage the mother to use expressed breast milk when away from the infant and breastfeed when mother and infant are together.		NR	NR
	Provide postnatal breastfeeding support information.		NR	NR
	When <i>discussing</i> breastfeeding with women, <i>pay particular attention</i> to the importance of correct positioning and attachment when breastfeeding.	✓	NR	NR

<sup>39</sup> Diese Leitlinie erfüllt die im ursprünglichen Bericht definierten Einschlusskriterien nicht, da zur systematischen Suche nur eine Datenbank herangezogen wurde [25].

Health threat: unhealthy/ inappropriate diet	Recommendation		Grade of recommendation	Timing of screening
NHMRC, 2012 [63] („breastfeeding“) (Fortsetzung)	Take steps to identify breastfeeding difficulties by <i>asking appropriate questions</i> 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).	✓	NR	during any health-related visits with the mother
NHMRC, 2012 [63] („infant formula“)	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.		NR	NR
	<i>Check</i> that infant formula is being prepared according to instructions (i.e. to the correct concentration).	✓	NR	NR

### Screening-Methoden

In den Leitlinien werden keine spezifischen Screening-Instrumente beschrieben. 2 Leitlinien sprechen sich jedoch für eine Befragung der Mutter aus, die auf die Identifizierung von Stillproblemen und zusätzlichem Unterstützungsbedarf abzielt [42, 63]. Die ICSI-Leitlinie empfiehlt eine Befragung der Eltern zu den Ess- und Trinkgewohnheiten ihrer Kinder [25].

Befragung als „Screening-Instrument“

### Therapiemöglichkeiten

Alle 5 identifizierten Leitlinien beschreiben die Beratung zum Stillen bzw. zur Beikost und weiterführenden Ernährung des Kindes als Interventionsmöglichkeit.

Beratung als „Therapiemöglichkeit“

Therapiemöglichkeiten von Erkrankungen, die von ungesunder/inadäquater Ernährung verursacht werden können (z. B. Adipositas), können in [1] nachgelesen werden.

### 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 Empfehlungen von insgesamt 5 Leitlinien identifiziert; 4 davon wurden noch nicht im Update Teil IX beschrieben und aus einer bereits im Update Teil IX genannten Leitlinie wurden weitere relevante Empfehlungen extrahiert.

5 Leitlinien identifiziert

Alle 5 Leitlinien sprechen sich für eine postpartale Still-Beratung bzw. Unterstützung und Stillförderung für Mütter aus: Die Leitlinie des USPSTF [62] spricht sich für jegliche Interventionen zur Förderung des Stillens aus. NHMRC [63] und ICSI [25] empfehlen, Mütter dazu zu ermutigen, bis zum 6. Lebensmonat zu stillen. 2 der identifizierten Leitlinien (NICE, 2008 [60]; NHMRC, 2012 [63]) 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.

alle Leitlinien empfehlen Still-Beratung bzw. Unterstützung und Stillförderung

<p><b>NICE &amp; NHMRC:</b>  <b>Befragung zur Identifizierung von Unterstützungsbedarf</b></p>	<p>Die NICE Leitlinie „Postnatal care up to 8 weeks after birth“ [42] spricht sich für eine Befragung der Mütter aus, um möglichen Unterstützungsbedarf beim Stillen zu identifizieren. Auch die Leitlinie des NHMRC empfiehlt, Mütter bei jedem Kontakt zu befragen, um potentielle Stillprobleme zu identifizieren und eine entsprechende Stillberatung zu ermöglichen.</p>
<p><b>NHMRC &amp; NICE:</b>  <b>Beratung zur korrekten Zubereitung von Flaschennahrung</b></p>	<p>2 Leitlinien enthalten auch Empfehlungen zur Säuglingsanfangsnahrung, wenn das Kind nicht gestillt wird: Die Leitlinie des NHMRC [63] spricht sich dafür aus, Eltern bezüglich der Wichtigkeit einer korrekten Zubereitung der Flaschennahrung zu beraten und zu überprüfen, dass sie diese richtig zubereiten können. NICE [60] empfiehlt, dass Müttern vor der Entlassung aus dem Spital gezeigt wird, wie sie Flaschennahrung zubereiten und dass sie Zugang zu diesbezüglicher Beratung durch qualifiziertes Gesundheitspersonal haben.</p>
<p><b>NICE: für Beratung und Unterstützung aller Mütter zur Beikost-Gabe</b></p>	<p>Es wurde eine Leitlinie gefunden, die Beratungsempfehlungen zur Beikost beinhaltet. Diese empfiehlt Beratung und Unterstützung für alle Mütter bzw. Familien, um eine abwechslungsreiche und gesunde Ernährung für das Kind ab dem 6. Lebensmonat sicherzustellen [60].</p>
<p><b>ICSI: Empfehlung zur weiterführenden Ernährung</b></p>	<p>Die ICSI-Leitlinie spricht sich für eine Befragung der Eltern zu den Ess- und Trinkgewohnheiten ihrer Kinder aus und stellt Beratungsempfehlungen für die Altersgruppen 0-2 Jahre sowie 2-18 Jahre zur Verfügung [25].</p>

## 4 Zusammenfassung

Für das vorliegende Addendum konnten insgesamt 10 neue Leitlinien identifiziert werden. Zusätzlich wurden bei 2 Themen (psychosoziale Belastungen, Ernährung) relevante Empfehlungen aus den früheren Berichten [1-3] übernommen bzw. zusätzliche Empfehlungen aus 4 bereits inkludierten Leitlinien extrahiert. Insgesamt finden sich somit in diesem Addendum Empfehlungen aus 19 Leitlinien von 14 Institutionen.

Zur Früherkennung **kongenitaler Fehlbildungen der Nieren und ableitenden Harnwege (CAKUT)** konnten keine Leitlinien identifiziert werden, die ein postnatales Routine-Screening für alle Kinder thematisieren. 2 Leitlinien und 3 konsensbasierte Empfehlungen sprechen sich jedoch für eine sonographische Untersuchung bei bestimmten Harnwegsinfektionen aus (z. B. wenn fieberhaft, atypisch, wiederkehrend, oder bei unbekannter Harntraktanatomie).

Zum Thema **impfpräventable Erkrankungen** wurden 3 Leitlinien identifiziert, die sich für eine ausführliche Beratung zu den jeweils empfohlenen Schutzimpfungen aussprechen. Zusätzlich empfiehlt eine Leitlinie eine regelmäßige Überprüfung des Impfstatus des Kindes, z. B. im Rahmen von Routine-Untersuchungen. Diesem „Screening“ kann in weiterer Folge wieder entsprechende Beratung und das Impfangebot folgen.

Im Bereich **psychosoziale Belastungen** wurden Empfehlungen aus 7 Leitlinien extrahiert, die bereits im ursprünglichen Bericht beschrieben wurden. Neben dem Screening auf postpartale Depression, das von 3 Leitlinien empfohlen, von 2 weiteren nicht empfohlen wird, sprechen sich mehrere Leitlinien für ein Screening auf frühere psychische Erkrankungen sowie psychosoziale Risikofaktoren mittels (anamnestischer) Befragung aus. Es konnten keine zusätzlichen Leitlinien identifiziert werden. Als Zusatzinformationen wurde der „Pädiatrische Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialem Unterstützungsbedarf (U3-U6)“, der in Deutschland im Rahmen der U-Untersuchungen eingesetzt wird, als potentiell Screening-Instrument beschrieben. Die Anamnese der psychosozialen Belastungen gliedert sich hierbei in Familienanamnese, Auffälligkeiten beim Kind, Belastungen der Hauptbezugsperson, und Eltern-Kind-Interaktion.

Zum Thema **Ernährung (Ess- und Fütterungsverhalten)** konnten Empfehlungen aus 5 Leitlinien extrahiert werden. Alle Leitlinien sprechen sich für Stillberatung sowie entsprechende Unterstützung aus. 2 Leitlinien empfehlen eine regelmäßige Befragung, um Stillprobleme und möglichen Unterstützungsbedarf rechtzeitig zu identifizieren. Auch Beratung zur Beikost wird von einer Leitlinie befürwortet. Eine weitere Leitlinie spricht sich für die regelmäßige Befragung der Eltern zu den Ess- und Trinkgewohnheiten ihrer Kinder (0-18 Jahre) aus, die eine entsprechende Beratung nach sich ziehen kann.

**10 neue Leitlinien identifiziert**

**CAKUT: keine Leitlinien zu postnatalem Routine-Screening, 5 Leitlinien zu Ultraschall bei z. B. fieberhaften, wiederkehrenden HWI**

**impfpräventable Erkrankungen: 3 Leitlinien empfehlen Impfberatung, 1 Leitlinie empfiehlt Überprüfung des Impfstatus**

**psychosoziale Belastungen: 7 Leitlinien, keine neuen Leitlinien identifiziert**

**(anamnestische) Befragung zur Identifizierung von psychosozialen Risikofaktoren**

**Ernährung: 5 Leitlinien**

**Stillberatung, Befragung zur Identifizierung von Stillproblemen, Befragung & Beratung zu weiterführender Ernährung**





## 5 Literatur

- [1] Reinsperger I, Winkler R, Piso B. Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil IX: Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien für Screenings von Schwangeren und Kindern (0–6 Jahre). HTA-Bericht Nr. 62. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, 2013; Available from: [http://eprints.hta.lbg.ac.at/996/1/HTA-Projektbericht\\_Nr.62.pdf](http://eprints.hta.lbg.ac.at/996/1/HTA-Projektbericht_Nr.62.pdf).
- [2] Reinsperger I, Piso B. Eltern-Kind-Vorsorge neu. Update Teil IX: Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien für Screenings von Schwangeren. 2014 [04/08/2017]; Available from: [http://eprints.hta.lbg.ac.at/996/3/HTA-Projektbericht\\_Nr.62\\_Update\\_2014.pdf](http://eprints.hta.lbg.ac.at/996/3/HTA-Projektbericht_Nr.62_Update_2014.pdf).
- [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). 2016 [04/08/2017]; Available from: [http://eprints.hta.lbg.ac.at/996/5/HTA-Projektbericht\\_Nr.62\\_Update\\_2016.pdf](http://eprints.hta.lbg.ac.at/996/5/HTA-Projektbericht_Nr.62_Update_2016.pdf).
- [4] John U, Mentzel H-J, Stehr M. Harntransportstörungen und Harnwegsinfektionen. In: Dötsch J, Weber LT, editors. Nierenerkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Berlin: Springer; 2017. p. 3-68.
- [5] Pope JC, Brock JW, Adams MC, Stephens FD, Ichikawa I. How They Begin and How They End: Classic and New Theories for the Development and Deterioration of Congenital Anomalies of the Kidney and Urinary Tract, CAKUT. Journal of the American Society of Nephrology. 1999;10(9):2018-28.
- [6] Rosenblum ND. Congenital Anomalies of the Kidney and the Urinary Tract: An Overview. In: Barakat AJ, Rushton HG, editors. Congenital Anomalies of the Kidney and Urinary Tract: Clinical Implications in Children: Springer International Publishing; 2016. p. 1-14.
- [7] Toka HR, Toka O, Hariri A, Nguyen HT. Congenital Anomalies of Kidney and Urinary Tract. Seminars in Nephrology. 2010;30(4):374-86.
- [8] Rascher W. Fehlbildungen des Urogenitalsystems. In: Reinhardt D, Nicolai T, Zimmer K-P, editors. Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter: mit 185 Abbildungen und 398 Tabellen. 9., überarbeitete und erweiterte Auflage ed. Berlin: Springer; 2014. p. 1015-20.
- [9] European Surveillance of Congenital Anomalies (EUROCAT). EUROCAT Prevalence Data Tables. A1 – cases and prevalence (per 10,000 births) for the following registries: Styria (Austria), from 2012-2013. 2017; Available from: <http://www.eurocat-network.eu/prevdata/resultsPdf.aspx?title=A1&datefrom=2012&dateto=2013&allanom=&allregf=false&allrega=false&anomalies=&registriesf=39&registriesa=&winx=1656&winy=920>.
- [10] Bald M. Angeborene Fehlbildungen der Nieren und der Harnwege (CAKUT). In: Bald M, Biberthaler P, Blattmann C, Bosse H-M, Engelmann G, Fitzke G, editors. Kurzlehrbuch Pädiatrie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2012. p. 362-5.
- [11] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary tract infection in under 16s: diagnosis and management. 2007 [cited 2017 27.09.2017]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg54/evidence/full-guideline-pdf-196566877>.
- [12] National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health (Great Britain), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Great Britain). Chapter 6.4. Imaging tests Urinary tract infection in children: diagnosis, treatment, and long-term management. London: RCOG Press; 2007. p. 93-111.
- [13] Tekgül S, Dogan HS, Erdem E, Hoebeke P, Kocvara R, Nijman JM, et al. Guidelines on Paediatric Urology. European Association of Urology 2015 [12.07.2017]; Available from: [https://uroweb.org/wp-content/uploads/23-Paediatric-Urology\\_LR\\_full.pdf](https://uroweb.org/wp-content/uploads/23-Paediatric-Urology_LR_full.pdf).
- [14] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Harnwegsinfekt – Bildgebende Diagnostik. 2001 [24/08/2017]; Available from: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/o64-007l\\_S1\\_Harnwegsinfekt\\_2017-07.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/o64-007l_S1_Harnwegsinfekt_2017-07.pdf).

- [15] Schweizerische Gesellschaft für Kinderurologie (SwissPU), Schweizerische Arbeitsgruppe für pädiatrische Nephrologie (SAPN), Pädiatrische Infektiologiegruppe Schweiz (PIGS). Diagnose und Behandlung von Harnwegsinfektionen beim Kind. *Paediatrica*; 2013 [23/08/2017]; Available from: <http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/empfehlungen/empfehlungen/pdf/10-13.pdf>.
- [16] Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ). Leitlinie Diagnose und Therapie des fieberhaften Harnwegsinfektes bei Säuglingen ab dem 3. Lebensmonat und Kleinkindern. 2015 [23/08/2017]; Available from: [http://www.paediatric.at/home/OEGKJ/Konsensuspapiere/Leitlinie\\_Harnwegsinfektionen\\_bei\\_KK\\_Finale\\_Version\\_AG\\_2015.pdf](http://www.paediatric.at/home/OEGKJ/Konsensuspapiere/Leitlinie_Harnwegsinfektionen_bei_KK_Finale_Version_AG_2015.pdf).
- [17] Kemper MJ, Oh J. Das akute und chronische Nierenversagen. In: Dötsch J, Weber LT, editors. *Nierenerkrankungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer; 2017. p. 169-92.
- [18] Zimmerhackl LB. Chronische Niereninsuffizienz. In: Lentze MJ, Schaub J, Schulte FJ, Spranger J, editors. *Pädiatrie Grundlagen und Praxis*. 2., vollst. überarb. Aufl ed. Berlin Springer; 2003.
- [19] Weber S. Fehlbildungen der Nieren (inklusive zystischer Nephropathien) und ableitenden Harnwege. In: Hoffmann GF, Lentze MJ, editors. *Pädiatrie: Grundlagen und Praxis: [plus Extras online]*. 4., vollst. überarb. Aufl ed. Berlin: Springer; 2014. p. 1574-80.
- [20] Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Impfplan Österreich. 2017 [23/09/2017]; Available from: <http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/8/1/CH1100/CMS1452867487477/impfplan.pdf>.
- [21] Klimont J, Baldaszi E, Ihle P. Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit.: *Statistik Austria*; 2016 [cited 27/09/2017]; Available from: [https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/8/3/CH1099/CMS1474300969368/athis\\_analyse\\_o8092016\\_.pdf](https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/8/3/CH1099/CMS1474300969368/athis_analyse_o8092016_.pdf).
- [22] OECD. *Health at a Glance 2015*. OECD Publishing; 2015; Available from: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en).
- [23] Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Kurzbericht: Evaluierung der Masern-Durchimpfungsraten. 2016 [26/09/2017]; Available from: [https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/3/5/CH1644/CMS1490701433974/masern\\_kurzbericht\\_2016.pdf](https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/3/5/CH1644/CMS1490701433974/masern_kurzbericht_2016.pdf).
- [24] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Immunisations: reducing differences in uptake in under 19s*. 2009; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph21/resources/immunisations-reducing-differences-in-uptake-in-under-19s-pdf-1996231968709>.
- [25] Wilkinson J, Bass C, Diem S, Gravley A, Harvey L, Maciosek M, et al. Health care guideline. Preventive services for children and adolescents.: *Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)* 2013 [31/08/2017]; Available from: <https://www.ohcoop.org/wp-content/uploads/Clinical-Guidelines-Child-and-Adolescent-Preventive-Services.pdf>.
- [26] Health and Safety Executive (HSE). *Guidelines for vaccinations in general practice*.: HSE National Immunisation Office; 2016 [20/09/2017]; Available from: <http://www.hse.ie/eng/health/immunisation/infomaterials/pubs/guidelinesGP.pdf>.
- [27] 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.
- [28] Friedmann A, Mall V. Der pädiatrische Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialem 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.
- [29] Barth M, Renner I. *Kindermedizin und frühe Hilfen. Entwicklung und Evaluation des pädiatrischen Anhaltsbogens*. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)20; 2014 [26/07/2017]; Available from: <https://bib.bzga.de/anzeige/publikationen/titel/Kindermedizin%20und%20Fr%C3%BCherHilfen/seite/4/>.
- [30] 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*. Wien 2011; Available from: [http://eprints.hta.lbg.ac.at/912/5/HTA-Projektbericht\\_Nr.045a.pdf](http://eprints.hta.lbg.ac.at/912/5/HTA-Projektbericht_Nr.045a.pdf).

- [31] World Health Organisation (WHO). Social determinants of mental health. 2014 [26/07/2017]; Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf?ua=1).
- [32] Rosian K. Addendum: Screening-Empfehlungen zu in der Facharbeitsgruppe identifizierten Zusatzthemen für die Schwangerschaft und das Wochenbett. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, 2016; Available from: [http://eprints.hta.lbg.ac.at/996/4/HTA-Projektbericht\\_Nr.62-Addendum\\_II.pdf](http://eprints.hta.lbg.ac.at/996/4/HTA-Projektbericht_Nr.62-Addendum_II.pdf).
- [33] 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; Available from: [http://www.fruehehilfen.at/fxdata/fruehehilfen/prod/media/downloads/Berichte/NZFH.at\\_Jahresbericht\\_FR%C3%9CDOK%20\\_2016.pdf](http://www.fruehehilfen.at/fxdata/fruehehilfen/prod/media/downloads/Berichte/NZFH.at_Jahresbericht_FR%C3%9CDOK%20_2016.pdf).
- [34] Statistik Austria. Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zu EU-SILC 2016. 2017; Available from: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/armut\\_und\\_soziale\\_eingliederung/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/armut_und_soziale_eingliederung/index.html).
- [35] Statistik Austria. Tabellenband EU-SILC 2016. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. 2017 [22/08/2017]; Available from: [http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET\\_PDF\\_FILE&dDocName=112296](http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&dDocName=112296).
- [36] Statistik Austria. Sozialzielgruppe Europa 2020: Zusammensetzung der von Armut oder Ausgrenzung gefährdeten Personengruppe nach Alter und Geschlecht 2016. 2017 [09/08/2017]; Available from: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/armut\\_und\\_soziale\\_eingliederung/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/armut_und_soziale_eingliederung/index.html).
- [37] Kaindl M, Schipfer RK. Familien in Zahlen 2016. Statistische Informationen zu Familien in Österreich. Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien, 2017; Available from: [http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/FIZ/fiz\\_2016.pdf](http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/FIZ/fiz_2016.pdf).
- [38] Kindler H, Künster AK. Prävalenz von Belastungen und Risiken in der frühen Kindheit in Deutschland. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Datenreport Frühe Hilfen 2013; Available from: [https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Datenreport\\_Fruehe\\_Hilfen\\_Ausgabe\\_2013.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Datenreport_Fruehe_Hilfen_Ausgabe_2013.pdf).
- [39] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Social and emotional wellbeing: early years. 2012 [18/07/2017]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/PH40>.
- [40] Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC). Clinical practice guidelines: Antenatal care – Module 1. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing; 2012 [cited 2017 20/07]; Available from: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/phd-antenatal-care-index>.
- [41] Beyondblue. Clinical practice guidelines for depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and periperal psychosis – in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Melbourne: Beyondblue; 2011; Available from: <http://resources.beyondblue.org.au/prism/file?token=BL/o891>.
- [42] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Postnatal care up to 8 weeks after birth. 2006 [20/07/2017]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/evidence/full-guideline-pdf-485782237>.
- [43] Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of perinatal mood disorders. 2012 [06/08/2017]; Available from: <http://www.sign.ac.uk/assets/sign127.pdf>.
- [44] Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC). Recommendations on screening for depression in adults. 2013 [cited 2017 20/07]; Available from: <http://www.cmaj.ca/content/suppl/2013/07/29/cmaj.130403.DC3/depress-update.pdf>.
- [45] UK National Screening Committee (UK NSC). Postnatal Depression – The UK NSC policy on postnatal depression screening in pregnancy. 2011 [10/08/2017]; Available from: <https://legacyscreening.phe.org.uk/postnataldepression>.

- [46] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 2014 [20/07/2017]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/evidence/full-guideline-pdf-193396861>.
- [47] Gemeinsamer Bundesausschuss. Kinder-Richtlinie. Richtlinie zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern. 2017; Available from: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/>.
- [48] 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.
- [49] Barth M, Mall V. Pädiatrischer Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3-U6). Köln2015 [16/08/2017]; Available from: [https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation\\_NZFH\\_Paediatrischer\\_Anhaltsbogen\\_160415.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Paediatrischer_Anhaltsbogen_160415.pdf).
- [50] von Kries R, Haak T. Bedarf an Frühen Hilfen: Epidemiologie. In: Mall V, Friedmann A, editors. Frühe Hilfen in der Pädiatrie: Bedarf erkennen – intervenieren – vernetzen. 1. Auflage ed. Berlin Heidelberg: Springer; 2016. p. 27-38.
- [51] Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Empfehlung der Nationalen Ernährungskommission. Task Force: Kleinkinder, Stillende & Schwangere. Österreichische Stillempfehlungen. 2014 [15/09/2017]; Available from: [http://bmg.cms.apa.at/cms/home/attachments/3/3/4/CH1364/CMS1347872626120/oesterreichische\\_stillempfehlungen2014.pdf](http://bmg.cms.apa.at/cms/home/attachments/3/3/4/CH1364/CMS1347872626120/oesterreichische_stillempfehlungen2014.pdf).
- [52] US Preventive Services Task Force (USPSTF). Primary care interventions to support breastfeeding. US Preventive Services Task Force recommendation statement.: JAMA Network; 2016; Available from: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2571249>.
- [53] Bruckmüller MU, Hitthaller A, Kiefer I, Zwiauer K, Wolf A, Dieminger B, et al. Österreichische Beikostempfehlungen. Richtig essen von Anfang an!; 2010; Available from: [http://www.richtigessenvonanfangen.at/fileadmin/Redakteure\\_REVAN/user\\_upload/Beikostempfehlungen\\_Expertenversion\\_24-04-2013.pdf](http://www.richtigessenvonanfangen.at/fileadmin/Redakteure_REVAN/user_upload/Beikostempfehlungen_Expertenversion_24-04-2013.pdf).
- [54] Meidlinger B, Dieminger B, Bruckmüller MU, Bürger B, Fröschl N, Hitthaller A, et al. Informationen zu Beikostprodukten. Umfassende Infos, für alle die mehr wissen wollen. Richtig essen von Anfang an!, 2014.
- [55] Richtig essen von Anfang an! Empfehlung zum Kuhmilchkonsum im 1. Lebensjahr. Ergänzung zum Dokument Österreichische Beikostempfehlungen. 2013 [21/08/2017]; Available from: [http://www.richtigessenvonanfangen.at/fileadmin/Redakteure\\_REVAN/user\\_upload/Langversion\\_Kuhmilchempfehlung\\_final.pdf](http://www.richtigessenvonanfangen.at/fileadmin/Redakteure_REVAN/user_upload/Langversion_Kuhmilchempfehlung_final.pdf).
- [56] Meidlinger B, Dieminger B, Bruckmüller M, Bürger B, Fröschl N, Hitthaller A, et al. Informationen zu Beikostprodukten. Umfassende Infos, für alle die mehr wissen wollen.: Richtig essen von Anfang an; 2014; Available from: [http://www.richtigessenvonanfangen.at/fileadmin/Redakteure\\_REVAN/user\\_upload/Informationen\\_zu\\_Beikostprodukten\\_A5\\_2014.pdf](http://www.richtigessenvonanfangen.at/fileadmin/Redakteure_REVAN/user_upload/Informationen_zu_Beikostprodukten_A5_2014.pdf).
- [57] Fröschl N, Bruckmüller M, Dieminger B, Kiefer I, Zwiauer K. Ernährungsempfehlungen für ein- bis dreijährige Kinder.: Richtig Essen von Anfang an!; 2014 [29/08/2017]; Available from: [http://www.richtigessenvonanfangen.at/fileadmin/Redakteure\\_REVAN/user\\_upload/Ern%C3%A4hrungsempfehlungen\\_1-3\\_Jahre.pdf](http://www.richtigessenvonanfangen.at/fileadmin/Redakteure_REVAN/user_upload/Ern%C3%A4hrungsempfehlungen_1-3_Jahre.pdf).
- [58] 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.richtigessenvonanfangen.at/fileadmin/Redakteure\\_REVAN/user\\_upload/Basisliteraturbericht\\_Ern%C3%A4hrungsempfehlungen\\_1-3\\_Jahre.pdf](http://www.richtigessenvonanfangen.at/fileadmin/Redakteure_REVAN/user_upload/Basisliteraturbericht_Ern%C3%A4hrungsempfehlungen_1-3_Jahre.pdf).
- [59] Esberger M. Säuglingsernährung Heute. 2006. Kurzfassung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2006; Available from: [https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/8/5/CH1101/CMS1384785444563/kurzfassung\\_saeuglingsernaehrung\\_heute\\_druckversion\\_o8\\_2009.pdf](https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/8/5/CH1101/CMS1384785444563/kurzfassung_saeuglingsernaehrung_heute_druckversion_o8_2009.pdf).
- [60] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Maternal and child nutrition. 2008 [31/08/2017]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph11>.

- [61] NHS United Kingdom. Healthy Start. [06/09/2017]; Available from:  
<https://www.healthystart.nhs.uk/>.
- [62] U.S. Preventive Services Taskforce (USPSTF). Final recommendation statement: breastfeeding: primary care interventions. 2016; Available from:  
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/breastfeeding-primary-care-interventions>.
- [63] National Health and Medical Research Council (NHMRC). Eat for health. Infant feeding guidelines. Information for health workers. Canberra: National Health and Medical Research Council (NHMRC); 2012 [31/08/2017]; Available from:  
[https://www.nhmrc.gov.au/\\_files\\_nhmrc/file/publications/170131\\_n56\\_infant\\_feeding\\_guidelines.pdf](https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/170131_n56_infant_feeding_guidelines.pdf).



## 6 Appendix

### 6.1 "Pädiatrischer Anhaltsbogen"

**Quelle:**

Barth, M. and V. Mall (2015). „Pädiatrischer Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialem Unterstützungsbedarf (U3-U6).“ Retrieved 16/08/2017, from:  
[https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation\\_NZFH\\_Paediatrischer\\_Anhaltsbogen\\_160415.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Paediatrischer_Anhaltsbogen_160415.pdf).

**1 Pädiatrischer Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3-U6)**

<b>Mutter</b>	Geburtstag:				
---------------	-------------	--	--	--	--

<b>Mutter jünger als 18 Jahre</b>	
-----------------------------------	--

<b>Familienanamnese</b>	<b>Schwangerschaft / Geburt</b>							
	Risikonummern Risikonummern der Gynäkologie (Mutterpass / gelbes Heft)	06	07	13	25	29	30	31
	Anzahl Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen							
	Erstuntersuchung Schwangerschaftswoche							
	<b>Fürsorgeanforderungen / Familiäre Erkrankungen / Belastungen</b>							
	Kind mit erhöhten Fürsorgeanforderungen (z.B. Mehrlinge)							
	Schwere Erkrankungen in der Familie - wer / welche							
Sonstige Belastungen								

<b>Gesundheitsfürsorge</b>	<b>Durchgeführte U-Untersuchungen</b>						
		U1	U2	U3	U4	U5	U6
	Kinderarztwechsel						ja

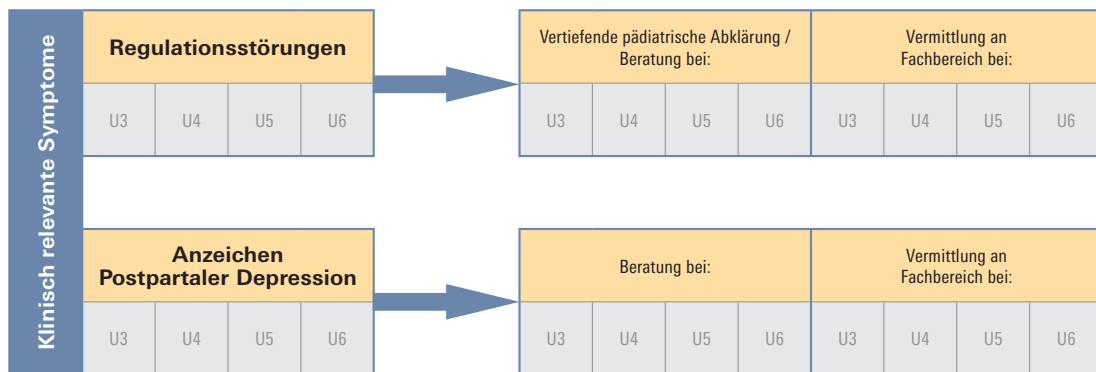
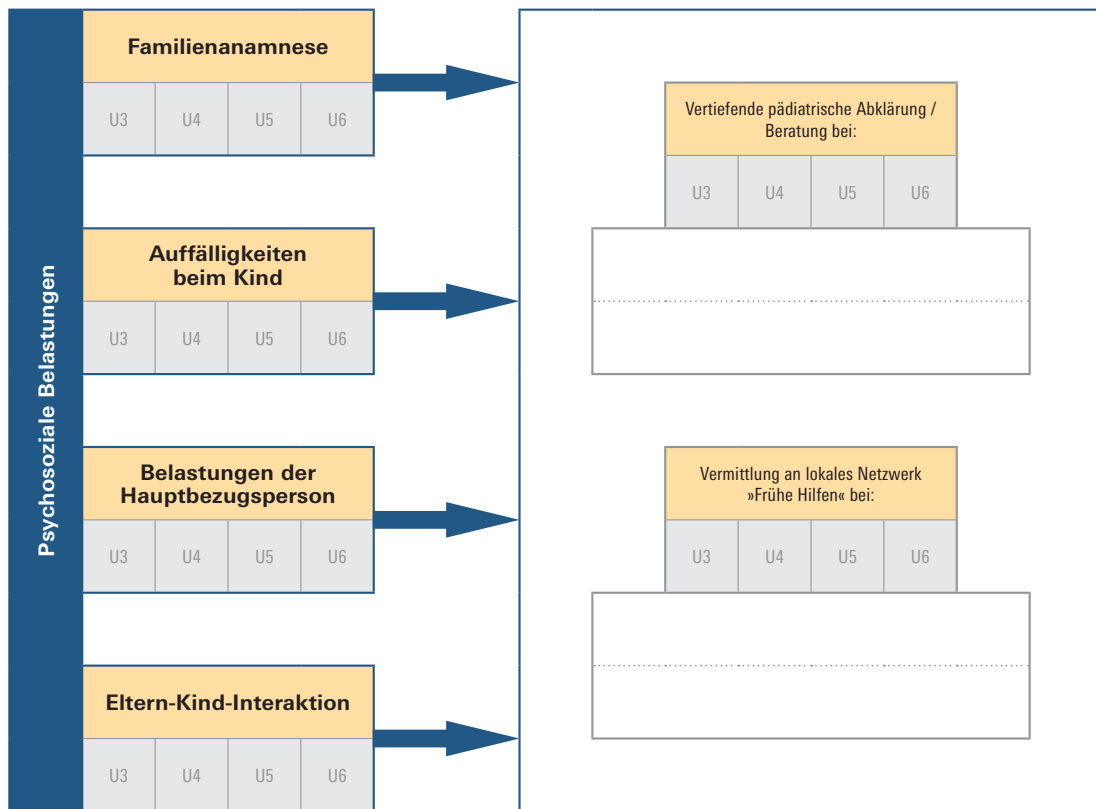


**Pädiatrischer Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3-U6)**

<b>Psychosoziale Belastungen</b>	<b>Familienanamnese</b>				
	Die momentanen Belastungen drohen die Bewältigungsmöglichkeiten der Familie zu übersteigen	U3	U4	U5	U6
	<b>Auffälligkeiten beim Kind</b>				
	Pflege / Ernährung	U3	U4	U5	U6
	Entwicklung / Verhalten (Sicht des Pädaters)	U3	U4	U5	U6
	Entwicklung / Verhalten (Sicht der Eltern)	U3	U4	U5	U6
	<b>Belastungen der Hauptbezugsperson</b>				
	starke Erschöpfung	U3	U4	U5	U6
	selbstberichtete mangelnde Unterstützung	U3	U4	U5	U6
	<b>Eltern-Kind-Interaktion</b>				
	mangelnde Zuwendung (Blick-, Körperkontakt, Ansprache)	U3	U4	U5	U6
	wenig einfühlsames Handling	U3	U4	U5	U6
	Anzeichen von Überforderung	U3	U4	U5	U6

<b>Klinisch relevante Symptome</b>	<b>Regulationsstörungen</b>				
	Exzessives Schreien / starke Unruhe	U3	U4	U5	U6
	Schlafstörungen	U3	U4	U5	U6
	Fütterstörungen	U3	U4	U5	U6
	<b>Anzeichen Postpartaler Depression</b>				
	Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit	U3	U4	U5	U6

**Pädiatrischer Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3-U6)**



**4 Pädiatrischer Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3-U6)**

Falls keine Eintragung auf S.2 und S.3:				
Kein Hilfebedarf bei der Familie erkennbar:	U3	U4	U5	U6

Die Beurteilung des Hilfebedarfs fiel mir:	sehr leicht	leicht	weder noch	schwer	sehr schwer
--------------------------------------------	-------------	--------	------------	--------	-------------

Vorstellung empfohlen bei:	Datum / Unterschrift				
.....					
.....					
Vorstellung bei Fachstelle ist erfolgt:	Ja		Nein		
Empfohlene Maßnahme der Fachstelle:					
.....					
Eltern nehmen an der Maßnahme teil:	Ja		Nein		
Anzahl der Termine:	Einmal		Mehrmals:		
Maßnahme hilft aus pädiatrischer Sicht:	sehr gut	gut	weder noch	schlecht	sehr schlecht
Familiäre Ressourcen:					
.....					
Bemerkungen:					
.....					
.....					
.....					

## 6.2 Empfehlungsgrade der zusätzlich eingeschlossenen Institutionen

### 6.2.1 European Association of Urology (EAU)

Tabelle 6.2-1: Levels of evidence EAU

Level	Type of evidence
1a	Evidence obtained from meta-analysis of randomised trials
1b	Evidence obtained from at least one randomised trial
2a	Evidence obtained from one well-designed controlled study without randomization
2b	Evidence obtained from at least one other type of well-designed quasi-experimental study
3	Evidence obtained from well-designed non-experimental studies, such as comparative studies, correlation studies and case reports
4	Evidence obtained from expert committee reports or opinions or clinical experience of respected authorities

Quelle: [13]

Tabelle 6.2-2: Grades of recommendation EAU

Grade	Nature of recommendations
A	Based on clinical studies of good quality and consistency addressing the specific recommendations and including at least one randomised trial
B	Based on well-conducted clinical studies, but without randomised clinical trials
C	Made despite the absence of directly applicable clinical studies of good quality

Quelle: [13]

## 6.2.2 Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)

Die Institution hat beschlossen, Leitlinien zukünftig nach der GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) Methodik zu erarbeiten. Die in diesem Bericht inkludierte Leitlinie befindet sich gerade in Umstellung, d. h. dass im Zuge der Updates neu identifizierte Literatur nach GRADE bewertet wird [25].

Tabelle 6.2-3: Evidence Grading ICSI

Category	Quality definitions	Strong Recommendation	Weak Recommendation
High Quality Evidence	Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.	The work group is confident that the desirable effects of adhering to this recommendation outweigh the undesirable effects. This is a strong recommendation for or against. This applies to most patients.	The work group recognizes that the evidence, though of high quality, shows a balance between estimates of harms and benefits. The best action will depend on local circumstances, patient values or preferences.
Moderate Quality Evidence	Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.	The work group is confident that the benefits outweigh the risks but recognizes that the evidence has limitations. Further evidence may impact this recommendation. This is a recommendation that likely applies to most patients.	The work group recognizes that there is a balance between harms and benefits, based on moderate quality evidence, or that there is uncertainty about the estimates of the harms and benefits of the proposed intervention that may be affected by new evidence. Alternative approaches will likely be better for some patients under some circumstances.
Low Quality Evidence	Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change. The estimate or any estimate of effect is very uncertain.	The work group feels that the evidence consistently indicates the benefit of this action outweighs the harms. This recommendation might change when higher quality evidence becomes available.	The work group recognizes that there is significant uncertainty about the best estimates of benefits and harms.

Quelle: [25]

Tabelle 6.2-4: Prioritization of Preventive Services ICSI

Level	Definition
Level I preventive services	Clinicians and care systems <i>must</i> assess the need for and recommend these services to every patient. These have the highest value and are worthy of attention at every opportunity.
Level II preventive services	Clinicians and care systems <i>should</i> assess the need for and recommend these services to every patient. These have demonstrated value, although less than Level I services, and should be provided whenever possible.
Level III preventive services	Clinicians and care systems <i>could</i> recommend these services to patients, but only after careful consideration of costs and benefits. These are services for which the Evidence for effectiveness is currently incomplete or equivocal, or which may have the potential for significant harm. Providing these services is left to the judgment of individual medical groups, clinicians and their patients. Decisions about preventive services in particular should be made based on the principles of shared decision-making.
Level IV preventive services	These services are <i>not</i> supported by evidence and should not be recommended. They may have insufficient Evidence for effectiveness, clear evidence of lack of effectiveness, or the potential for significant harm without any benefit.

Quelle: [25]



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Technology Assessment