



# Screening auf Kindesmisshandlung/ Kindesvernachlässigung/ Kindesmissbrauch

Teilabschlussbericht des  
Beratungsthemas  
"Inhaltliche Überarbeitung der  
Kinder-Richtlinien"

Zusammenfassender Bericht  
der Themengruppe Kinder-Richtlinien  
des  
Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die  
Bewertung gemäß § 25 Abs. 3 SGB V  
in Verbindung mit § 135 Abs. 1 SGB V

**8. August 2007**

© Themengruppe „Kinder-Richtlinien“ des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abteilung MVL  
Auf dem Seidenberg 3a  
53721 Siegburg

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Kurzzusammenfassung / Abstract</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Gesetzlicher Auftrag</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Formaler Ablauf der Beratungen</b>	<b>7</b>
3.1	Antragstellung	7
3.2	Veröffentlichung des Beratungsthemas, Stellungnahmeverfahren	7
3.3	Fragenkatalog	7
3.4	Eingegangene Stellungnahmen	8
3.5	Beratung im Unterausschuss unter Berücksichtigung der Stellungnahmen und neuer wissenschaftlicher Literatur	9
3.6	Strukturierung des Beratungsprozesses und Priorisierung des Unterthemas Kindesmisshandlung	10
<b>4</b>	<b>Hintergrund</b>	<b>11</b>
4.1	Definition	11
4.2	Ursachen von Kindesmisshandlung	12
4.3	Epidemiologie	13
4.4	Diagnostik bei Kindesmisshandlung	14
4.5	Früherkennung von Kindesmisshandlung im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern	15
<b>5</b>	<b>Fragestellung der Beratungen</b>	<b>17</b>
<b>6</b>	<b>Methode</b>	<b>18</b>
6.1	Informationsbeschaffung	18
6.2	Literaturauswahl	18
6.3	Informationsbewertung	21
<b>7</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>22</b>
7.1	Zusammenfassung der Aussagen aus den eingegangenen Stellungnahmen	22
7.2	Systematische Übersichtsarbeiten von Studien	23
7.3	Primärstudien	25
7.4	Ergebnisse zur Effektivität von Interventionen aus den eingeschlossen Studien	27
<b>8</b>	<b>Fazit und Beschlussempfehlung</b>	<b>34</b>
<b>9</b>	<b>Diskussion</b>	<b>35</b>
<b>10</b>	<b>Anhang</b>	<b>37</b>
10.1	Beratungsantrag und Begründung (ohne Anlagen)	37
10.2	Veröffentlichung der Ankündigung des Beratungsthemas im Bundesanzeiger	39
10.3	Fragenkatalog	40
10.4	Synopse der Stellungnahmen	43
10.4.1	Zielerkrankung: Entwicklungsstörungen, psychische Störungen	43

---

10.4.2	Zielerkrankung: Schrei-, Fütter- und Schlafstörungen	60
10.5	Recherche	64
10.5.1	Suchstrategie zum Thema „Kindervernachlässigung/-misshandlung/-missbrauch“	64
10.6	Datenextraktionen Übersichtsarbeiten	66
10.6.1	MacMillan HL und the Canadian Task Force on Preventive Health Care: "Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment", CMAJ Nov. 28, 2000; 163 (11), 1451 – 8	66
10.6.2	Nelson H, Nygren P, McInerney Y. Screening for Family and Intimate Partner Violence. AHRQ, USPSTF Systematic Evidence Review No. 28, 2004	72
10.6.3	Peters R, Barlow J. Systematic review of instruments designed to predict child maltreatment during the antenatal and postnatal periods. Child Abuse Review 2003; 12 (6): 416-39	77
10.7	Datenextraktionen Primärstudien	81
10.7.1	Brayden RM, Altemeier WA, Dietrich MS, Tucker DD, Christensen MJ, McLaughlin FJ, Sherrod KB. A prospective study of secondary prevention of child maltreatment. J Ped 1993; 122(4): 511-16.	81
10.7.2	Kevin Browne and Sarah Saqi., Approaches to Screening for Child Abuse and Neglect: aus Early Prediction and Prevention of Child Abuse, pp 57-85, Edited by Kevin Browne, Cliff Davies and Peter Stratton © 1988 John Wiley & Sons Ltd	85
10.7.3	Gray JD, Cutler CA, Dean JG, Kempe CH. Prediction and prevention of child abuse. Sem Perinat 1979; 3(1): 85-90	89
10.7.4	Lealman GT, Haigh D, Phillips JM, Stone J, Ord-Smith C. Prediction and prevention of child abuse--an empty hope? Lancet 1983; 1 (8339): 1423-4.	93
10.7.5	Muir et al., Predicting child abuse and neglect in New Zealand; Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1989, 23, 255-260	97
10.7.6	Murphy S, Orkow B, Nicola RM (1985): Prenatal prediction of child abuse and neglect: A prospective Study. Child abuse & neglect Vol. 9: 225-235	100
10.8	Teil A: Im Entscheidungsprozess berücksichtigte Literatur	105
10.9	Teil B: Nicht im Entscheidungsprozess berücksichtigte Literatur	106
10.10	Gesamtliteraturliste	133

## Abkürzungen und Glossar

Abkürzung/ Bezeichnung	Erläuterung
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AG	Arbeitsgruppe
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
BAnz	Bundesanzeiger
BKJPP	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit ab 2006 (mit dem letzten Regierungswechsel)
BPTK	Bundespsychotherapeutenkammer
BUB-Richtlinie	Richtlinie zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
BV	Bundesverband
BVL	Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e. V.
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CI	Konfidenzintervall
DAKJ	Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HTA	Health Technology Assessments
ICD-10 (GM 2007)	Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Version 2007, German Modification
IKK	Innungskrankenkasse bzw. Informationszentrum Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung des Deutschen Jugendinstituts e.V.
KFU	Krebsfrüherkennungsuntersuchung
KI	Konfidenzintervall
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LL	Leitlinie(n)
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände
MHH	Medizinische Hochschule Hannover
NSC	National Screening Committee (Großbritannien)
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PPV	engl.: positive predictive value, positiver prädiktiver Wert
RCT	Randomized Controlled Trial
RKI	Robert-Koch-Institut
Sens.	Sensitivität, Wahrscheinlichkeit, dass ein tatsächlich Erkrankter vom Screening-Test entdeckt wird
Spez.	Spezifität, Wahrscheinlichkeit, dass ein tatsächlich Gesunder vom Screening-Test als solcher erkannt wird
SGB	Sozialgesetzbuch
SN	Stellungnahme
StS, STS MIQ	Stabsstelle Methodik des Gemeinsamen Bundesausschusses
TG	Themengruppe
TSH	Thyreoidea-stimulierendes Hormon
UA	Unterausschuss
USPSTF	U.S. Preventive Services Task Force
VerfO	Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses
WHO	World Health Organisation
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

## 1 Kurzzusammenfassung / Abstract

Die Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) wurden 1976 beschlossen und sind seitdem weitgehend unverändert geblieben. Zwischenzeitlich wurden das Hüftsonographie-Screening, das TSH-Screening und das erweiterte Neugeborenen-Screening sowie die U9 ergänzt. Der IKK-Bundesverband hatte daher mit Schreiben vom 28.01.2005 den Antrag zur Überarbeitung der "Kinder-Richtlinien" gestellt.

Am 23.02.2005 erfolgte die Veröffentlichung des Beratungsthemas im Bundesanzeiger (BAnz) und am 25.03.2005 im Deutschen Ärzteblatt (Dt. Ärzteblatt), um Fachgesellschaften, Ärzteverbänden und Patientenorganisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Die Überarbeitung der Kinder-Richtlinien gliedert sich in zwei Hauptbereiche. Zunächst erfolgen Nutzenbewertungen von einzelnen Screeninguntersuchungen. In einem zweiten Schritt erfolgt die organisatorische Überarbeitung (z. B. Dokumentation, Intervalle) der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen. Der hier vorliegende Teilabschlussbericht befasst sich mit der Nutzenbewertung eines bevölkerungsbasierten Screenings auf Kindesmisshandlung.

### Fragestellung

Es wurden insbesondere eine exakte Definition von Kindesmisshandlung und die Abgrenzung primärpräventiver Angebote von validen Screeningtests für die Früherkennung im Setting der bestehenden Kinderuntersuchungen als problematisch angesehen. Das Thema Kindesmisshandlung birgt außerdem eine erhebliche Schnittstellenproblematik zu bereits bestehenden Leistungsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII). Die vorliegende Nutzenbewertung bezieht sich daher nicht auf Verfahren zur Risikoabschätzung, wenn bereits eine Gefährdungsmeldung vorliegt. Dies fällt eindeutig in den Zuständigkeitsbereich der Kinder- und Jugendhilfe bzw. des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD).

Da auch Maßnahmen der Primärprävention oder z.B. soziale Frühwarnsysteme nicht in den durch §§ 25 und 26 SGB V definierten Zuständigkeitsbereich des Gemeinsamen Bundesausschusses fallen, konzentrierten sich die Beratungen auf die Fragen: Gibt es standardisierte und validierte Screeningtests für ein bevölkerungsbasiertes Screening

a) zur Früherkennung von Kindesmisshandlung (Screening und "case finding") und

b) zur Erfassung von Risikofaktoren für Misshandlung,

die im Rahmen der Früherkennungsuntersuchen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) eingesetzt werden können?

Sofern in der eingeschlossenen Literatur zur oben genannten Fragestellung auch Ergebnisse z. B. bezüglich der Wirksamkeit von Interventionen dargestellt waren, wurden diese in der Ergebnisdarstellung berücksichtigt.

### Methodik

Es erfolgten systematische Recherchen nach Übersichtsarbeiten und Primärliteratur zur Früherkennung von Kindesmisshandlung und deren Risikofaktoren. Die wissenschaftliche Literatur wurde nach vorab festgelegten Kriterien ausgewertet.

Die beim G-BA eingegangenen Stellungnahmen, die das Thema Kindesmisshandlung thematisierten, wurden ebenfalls in die Bewertung des Ausschusses einbezogen.

### Ergebnis der Bewertung:

Die eingeschlossenen Studien entsprechen nach § 18 Abs. 2 der VerfO maximal der Evidenzstufe II a (systematische Übersichtsarbeit aus Studien II b, Querschnitts- und Kohortenstudien, aus denen sich alle diagnostischen Kenngrößen zur Testgenauigkeit berechnen lassen). Aus keiner der systematischen Übersichtsarbeiten kann eine Empfehlung für ein bevölkerungsbasiertes Screening auf Kindesmisshandlung oder auf Risikofaktoren für Kindesmisshandlung abgeleitet werden. Der kanadische Review sieht sogar eine Evidenz für eine explizite Empfehlung gegen ein Screening auf Kindesmisshandlung bei Früherkennungsuntersuchungen. Die eingeschlossenen Primärstudien konnten keine zusätzliche Evidenz für eine Einführung eines bevölkerungsbasierten Screenings auf Risikofaktoren für Kindesmisshandlung liefern. Zur Früherkennung von Kindesmisshandlung wurden keine Primärstudien identifiziert.

Die Testgüte der in den Studien verwendeten Screening-Instrumente ist aufgrund der Anwendung in verschiedenen Settings und methodisch bedingt sehr unterschiedlich. Neben einer hohen Sensitivität ist von einem Test, der im Rahmen eines bevölkerungsweiten Screenings auf Kindesmisshandlung eingesetzt werden soll, aufgrund der Stigmatisierungsgefahr eine sehr hohe Spezifität zu fordern. Die positiven prädiktiven Werte der Screening-Instrumente lagen in den Studien zwischen 6 und 52,5 %. In einer englischen Studie sind bei einem positiven prädiktiven Wert von 6 % von 100 Hochrisikofamilien 94 falsch, d. h. ungerechtfertigt als misshandelnde Mütter/Eltern eingestuft worden (Browne et al. 1988). Eine amerikanische Studie hat einen positiven prädiktiven Wert von 52,5 % ermittelt, allerdings handelt es sich hier um eine selektierte Population (niedriger sozioökonomischer Status) und die Ergebnisse müssen aufgrund der methodischen Mängel der Studie vorsichtig interpretiert werden (Murphy et al. 1985).

Aus der Literatur geht nicht hervor, welches Setting für ein Screening auf Risikofaktoren von Kindesmisshandlung geeignet ist. In den ausgewerteten Studien wurde das Screening i. d. R. von Krankenhauspersonal bzw. „health nurses“ um den Zeitpunkt der Geburt herum durchgeführt. Zudem werden mit den in den Studien verwendeten Screeninginstrumenten hauptsächlich Risikofaktoren der Mütter/Eltern erfasst.

Ein gezieltes Screening auf Kindesmisshandlung bzw. auf Risikofaktoren für Kindesmisshandlung würde zudem verlangen, dass die Eltern im Sinne eines "informed consent" vor der Untersuchung über diese Untersuchungsinhalte informiert werden. Dies kann u. U. dazu führen, dass gerade bei relevanten Gruppen die Teilnahme zurückgeht, weil die Kinderfrüherkennungsuntersuchung nicht mehr als Vorsorgeangebot, sondern eher als Kontrollinstrument wahrgenommen wird.

In den gesichteten und ausgewerteten Publikationen konnten keinerlei Hinweise gefunden werden, dass durch eine verpflichtende Vorsorgeuntersuchung Kindesmisshandlung verhindert werden kann. Grundsätzlich wird bei Vorsorgeuntersuchungen eine hohe Teilnahmerate angestrebt. Wie die 2006 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durchgeführte Bestandsaufnahme zeigt, liegt die

Teilnahmerate bei Kinderfrüherkennungsuntersuchungen in Deutschland im internationalen Vergleich sehr hoch ("Bestandsaufnahme" der BZgA, <http://www.kindergesundheit-info.de/1931.0.html>).

Zusammenfassend kann somit festgestellt werden, dass derzeit aufgrund der Datenlage die Einführung eines bevölkerungsbasierten Screenings zur Früherkennung von Kindesmisshandlung und/oder zur Erfassung von Risikofaktoren für Kindesmisshandlung in die Kinder-Richtlinien nicht empfohlen werden kann, da einem fraglichen Nutzen ein möglicherweise hohes Schadenspotenzial entgegen steht.

Unabhängig vom Für und Wider eines bevölkerungsweiten Screenings zur Prävention von Kindesmisshandlung besteht weiterhin im Rahmen der klinischen Untersuchung während der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen die Möglichkeit im Sinne eines "case findings" bei verdächtiger Symptomatik die notwendigen Maßnahmen zu veranlassen. Um die Aufmerksamkeit der Ärzte hinsichtlich Kindesmisshandlung zu erhöhen und Unsicherheit in Bezug auf das weitere Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung abzubauen, haben Landesärztekammern, Berufsverbände oder Ministerien Leitfäden entwickelt bzw. bieten entsprechende Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen an (z. B. Landesärztekammer Baden-Württemberg: [www.aerztekammer-bw.de/20/gewgkinder/leitfaden.pdf](http://www.aerztekammer-bw.de/20/gewgkinder/leitfaden.pdf); Niedersächsisches Ministerium für Soziales: [www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de)).

Im Gegensatz zu der nicht ausreichend belegten Diskriminationsfähigkeit von Screeninginstrumenten ergeben sich aus der Literatur jedoch Hinweise, dass Unterstützungsangebote (in Form von aufsuchenden Hilfsangeboten) für bestimmte Hochrisikofamilien für die Prävention von Kindesmisshandlung effektiv sein können (Nelson et. al. 2004, MacMillan 2000). Dem gegenwärtigen Dilemma, dass keine validen Tests zur Identifizierung von Hochrisikofamilien vorliegen, könnte z. B. damit begegnet werden, dass bereits um den Geburtszeitpunkt herum allen Familien Angebote zur Unterstützung bei der Bewältigung problematischer Lebenslagen zur Verfügung gestellt werden. Derzeit gibt es diese Betreuungsangebote aber nur im Rahmen regionaler Modellprojekte (Informationszentrum Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung 2005).

Auch wenn es derzeit keine geeigneten Screening-Instrumente gibt, können die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen in der aktuellen Form sicherlich einen wichtigen Beitrag zur Prävention und Früherkennung von Kindesmisshandlung leisten. Verbesserungspotential ergibt sich insbesondere durch Schulung der Ärzte und eine bessere Vernetzung/Kooperation der verantwortlichen Institutionen. Da es in der Literatur keinerlei Hinweise gibt, dass durch eine verpflichtende Vorsorgeuntersuchung Kindesmisshandlung verhindert werden kann, sollten die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen auch weiterhin ein freiwilliges Vorsorgeangebot bleiben und wie bisher durch entsprechende Maßnahmen zur Steigerung der Teilnahmeraten flankiert werden. Mit den umfangreichen Ressourcen zur Kontrolle der Nicht-Teilnehmer könnte sicherlich an anderer Stelle ein größerer Nutzen hinsichtlich der Vermeidung von Kindesmisshandlung erzielt werden. Besonders wichtig wären universelle als auch zielgruppenspezifische Hilfsangebote für gefährdete Familien.



## 2 Gesetzlicher Auftrag

In § 25 Abs. 3 und § 26 SGB V werden die gesetzlichen Kriterien für die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern vorgeschrieben. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Art und Umfang der Untersuchungen sowie die Erfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 3.

Außerdem sehen die gesetzlichen Regelungen in § 135 Abs. 1 SGB V vor, dass „neue“ Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur abgerechnet werden dürfen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V Empfehlungen abgegeben hat über

1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit - auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachte Methoden - nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung,
2. die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methode zu sichern und
3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

Dieser gesetzliche Auftrag umfasst auch die Überprüfung bisher bereits anerkannter (vergüteter) GKV-Leistungen dahingehend, ob nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der medizinische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit anerkannt wird.

Der vormals für die Regelungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zuständige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat erstmals am 01.10.1997 Verfahrensrichtlinien für die Überprüfung beschlossen, die im Bundesanzeiger vom 31.12.1997, S. 1 532 veröffentlicht und am 01.01.1998 in Kraft getreten sind.

Diese Verfahrensrichtlinien legen den Ablauf der Beratungen des Unterausschusses fest, beschreiben die Prüfkriterien zu den gesetzlich vorgegebenen Begriffen des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit und sehen als Basis für die Entscheidungen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen eine Beurteilung der Unterlagen nach international etablierten und anerkannten Evidenzkriterien vor.

Die Verfahrensrichtlinien zur Überprüfung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden regelmäßig überprüft (erstmalig im Jahr 1999: Neufassung als „Richtlinien zur Überprüfung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien)“, Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 22. März 2000). Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat am 01.12.2003 nach erneuter Überprüfung und inhaltlicher Anpassung eine Neufassung beschlossen, die am 23.03.2004 im Bundesanzeiger S. 5 678 veröffentlicht wurde.

Diese Fassung der Verfahrensrichtlinien war zugleich gültig für die Beratungsthemen im Unterausschuss (UA) "Prävention" des G-BA nach § 91 Abs. 5 SGB V, so dass die Antragstellung und die nachfolgende Beratung im UA "Prävention" ab Januar 2005 auf dieser Grundlage erfolgten. Mit Inkraftsetzung der sektorübergreifenden Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) am 01.10.2005 erfolgten die weiteren Beratungen auf Grundlage dieser Verfahrensordnung (veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, S. 16 998).

### **3 Formaler Ablauf der Beratungen**

#### **3.1 Antragstellung**

Gemäß § 4 Abs. 1 der Verfahrensrichtlinie (BUB-Richtlinien) ist zur Beratung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V ein Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen im Unterausschuss zu stellen.

Den Antrag zur Überarbeitung der "Kinder-Richtlinien" hat der IKK-Bundesverband mit Datum 28.01.2005 dem Unterausschuss "Prävention" vorgelegt. Es soll geprüft werden, ob das bestehende Früherkennungsprogramm für Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entspricht, ob es Mängel aufweist und ob und inwieweit die Effektivität und Effizienz des Programms verbessert werden kann.

(Anhang 10.1: Beratungsantrag)

#### **3.2 Veröffentlichung des Beratungsthemas, Stellungnahmeverfahren**

Gemäß § 6 der Verfahrensrichtlinie veröffentlicht der Unterausschuss diejenigen Methoden, die aktuell zur Überprüfung anstehen. Mit dieser Veröffentlichung wird insbesondere Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Dachverbänden von Ärztesgesellschaften, Spitzenverbänden der Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen, sowie Spitzenorganisationen von Herstellern von Medizinprodukten und -geräten Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Mit der Veröffentlichung sind diese aufgerufen, sich hierzu zu äußern.

Das Beratungsthema "Inhaltliche Überarbeitung der Kinder-Richtlinien" wurde am 23. Februar 2005 als prioritäres Beratungsthema im Bundesanzeiger veröffentlicht (vgl. Kap. 10.2), daneben am 25. März 2005 im Deutschen Ärzteblatt.

Mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger, im Ärzteblatt und darüber hinaus im Internet ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) erfahren die aktuell vom Bundesausschuss aufgerufenen Beratungsthemen einen großen Verbreitungsgrad. Es obliegt insbesondere den Dachverbänden der Ärztesgesellschaften oder anderen Sachverständigengruppen, sich zu Wort zu melden und alle relevanten Unterlagen einzureichen, die den Nutzen, die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der betreffenden Methode belegen können.

#### **3.3 Fragenkatalog**

Zur Strukturierung des Themenkomplexes wurde ein Fragenkatalog entwickelt, um die für den UA relevanten Informationen systematisiert einzuholen.

Da sowohl das gesamte Früherkennungsprogramm als auch die einzelnen Inhalte überarbeitet werden sollen, gliedert sich der Fragenkatalog in zwei Abschnitte:

- A. Allgemeine Fragen zum Kinder-Früherkennungsprogramm**
- B. Fragen zur jeweiligen, konkreten Maßnahme des Früherkennungsprogramms**

Es wurde darum gebeten, dass die Aussagen zum Nutzen, zur medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit durch beizufügende wissenschaftliche Veröffentlichungen belegt werden.

### 3. Formaler Ablauf der Beratungen

Der Fragenkatalog wurde auf der Grundlage der geltenden Verfahrensrichtlinie (BUB-Richtlinie in der Fassung vom 01.12.2003) am 25.03.05 im Auftrag des Unterausschusses Prävention schriftlich abgestimmt. Der Fragenkatalog wurde allen zugeschickt, die der Geschäftsführung mitteilten, dass sie eine Stellungnahme abgeben wollten.

(Anhang 10.3: Fragenkatalog)

### 3.4 Eingegangene Stellungnahmen

Aufgrund der Veröffentlichung sind 16 Stellungnahmen zum gesamten Beratungsthema eingegangen (Mitteilungen wurden ebenfalls als Stellungnahmen aufgenommen):

	<b>Stellungnehmende</b>	<b>Autor(en)</b>
1	Deutscher Schwerhörigenbund e.V. Bundesverband der Schwerhörigen und Ertaubten	Renate Welter, Vizepräsidentin des Schwerhörigenbund e. V.
2	Hilfe für das autistische Kind Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen Landesverband Bayern e. V.	Dr. Nr. Nieß, Vorsitzende des Vorstandes
3	Gemeinsame Stellungnahme der Firmen: Chiron Behring GmbH & Co KG GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG Sanofi Pasteur MSD GmbH Solvay Arzneimittel GmbH Wyeth Pharma GmbH	Dr. Walter Geike, Leiter Geschäftsbereich Impfstoffe Doris Ulrike Meyer, National Key Account Manager Gesundheitspolitik Impfstoffe
4	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	Harald Lehmann stellv. Direktor Dr. Monika von dem Knesebeck verantw. für das Projekt „Eltern-Ordner „Gesund groß werden“
5	BundesPsychotherapeutenKammer	Lothar Wittmann Vizepräsident der Bundespsychotherapeutenkammer
6	Deutscher Bundesverband der Logopädie e.V.	Dr. Monika Rausch unter Mitarbeit von Katrin Kolfenbach
7	Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V., diese vertritt als Dachverband die Interessen folgender Fachgesellschaften: Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.	Prof. Dr. Dr. Dietrich Niethammer Generalsekretär Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V.
8	EVU-Arbeitsgruppe Mitglieder dieser Arbeitsgruppe: Dr. Peter Melchers Dipl. Psych. Stephan Floß Prof. Dr. Ingeborg Brandt Dr. Karl-Josef Esser Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl Prof. Dr. Hellgard Rauh PD Dr. Elisabeth Sticker	Dr. Peter Melchers (Sprecher der EVU Arbeitsgruppe)

### 3. Formaler Ablauf der Beratungen

9	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG)  Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)  Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)	Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisiniski, Schriftführer der BAG Dr. med. Christa Schaff Vorsitzende des BKJPP Prof. Dr. med. Renate Schepker, Vorsitzende der BAG Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort Präsident der DGKJP
10	Selbsthilfevereinigung für Lippen-Gaumen-Fehlbildungen e.V. -Wolfgang Rosenthal Gesellschaft-	
11	M. Ballmann M. Stuhmann- Spangenberg MHH-Hannover Mukoviszidose e.V.	M. Ballmann M. Stuhmann- Spangenberg
12	Deutsche Leukämie-Forschungshilfe Aktion für krebskranke Kinder e.V. Dachverband, Bonn	Gerlind Bode Geschäftsführung
13	Bundesverband "Arbeitsgemeinschaft Spina bifida - Hydrozephalus (ASBH)" Dortmund	Dr. A. Ermert Pädiater und Fachbeirat ASBH
14	BVL - Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e. V. Hannover	Simone Wejda Geschäftsführerin
15	Marfan Hilfe (Deutschland) e.V.	Christiane Ulbrich
16	H., R. und Chr. Johite Unterhaching	

Da bei der Veröffentlichung des Beratungsthemas keine Einschränkung auf bestimmte Zielerkrankungen erfolgte, konnten die Stellungnehmenden unter Teil B des Fragenkatalogs für sie relevante Maßnahmen und Zielerkrankungen benennen. Von den 16 Stellungnahmen thematisieren drei das Thema Kindesmisshandlung: die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ), die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) sowie die gemeinsame Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), des Berufsverbands für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP).

#### 3.5 Beratung im Unterausschuss unter Berücksichtigung der Stellungnahmen und neuer wissenschaftlicher Literatur

Alle erforderlichen Unterlagen wie Stellungnahmen und Literatur standen den Mitgliedern des Unterausschusses zur Verfügung. So hatten alle Mitglieder jederzeit Zugriff auf die Beratungsunterlagen.

Der Unterausschuss „Prävention“ hatte zur Vorbereitung seiner Beratungen eine Arbeitsgruppe einberufen, die sich aus Vertretern der Kassen- und Ärzteseite zusammensetzte. Nach in Kraftsetzung der neuen sektorenübergreifenden Verfahrensordnung am 01.10.2005 wurde die Arbeitsgruppe in eine sektorenübergreifende The-

mengruppe überführt. Mit dem In-Kraft-Treten der entsprechenden Regelung wurden Vertreter der Patientenseite in die Beratungen mit einbezogen.

#### **3.6 Strukturierung des Beratungsprozesses und Priorisierung des Unterthemas Kindesmisshandlung**

Die Überarbeitung der Kinder-Richtlinien gliedert sich in zwei Hauptbereiche. Zunächst erfolgen Nutzenbewertungen von einzelnen Screeninguntersuchungen. In einem zweiten Schritt erfolgt die organisatorische Überarbeitung (z. B. Dokumentation, Intervalle) der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen.

Das Thema Screening auf Kindesmisshandlung wurde prioritär beraten, da im Januar 2006 das BMG aufgrund der aktuellen tagespolitischen Diskussion zur wirksamen Verhinderung von Kindesmisshandlung den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) um eine Stellungnahme zur (Früh-)Erkennung von Kindesmisshandlung im Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen gebeten hat. Das BMG hat aufgrund der Bedeutung, die dieses Thema bereits in der politischen Öffentlichkeit gewonnen hat, um eine schnelle Bearbeitung gebeten. Allerdings konnte zu diesem Zeitpunkt noch nichts darüber ausgesagt werden, ob es einen geeigneten Screeningtest zur Früherkennung von Kindesmisshandlung gibt. Die Nutzenbewertung hierzu ist in diesem Teilabschlussbericht dargestellt.

## 4 Hintergrund

### 4.1 Definition

Allgemein kann Kindesmisshandlung als Gewalt gegen Kinder definiert werden. Gewalt kann auf vielfältige Art und Weise ausgeübt werden. Häufig wird zwischen folgenden Formen von Gewalt unterschieden:

- a) Vernachlässigung,
- b) psychische Misshandlung,
- c) physische Misshandlung,
- d) sexueller Missbrauch.

Diese Einteilung findet sich auch wieder im ICD-10 (GM 2007) unter dem Schlüssel T74.- „Missbrauch von Personen“ im Kapitel XIX "Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen" (S00-T98). Im ICD-10 (GM 2007) gibt es zu den genannten Formen von Gewalt keine nähere Beschreibung. Auch in der Literatur werden diese Gewaltkategorien häufig verwendet, aber nur selten definiert, und wenn sie definiert werden, so sind die Definitionen nicht einheitlich. Die TG hat daher für den Beratungsprozess die oben genannten Kategorien von Gewalt gegen Kinder verwendet, sich aber auf keine Definition festgelegt. Bei der Auswertung der Studien werden die ggf. verwendeten Definitionen beschrieben.

Die nachfolgenden Definitionen wurden dem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Handbuch „Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)“ (Kindler et al. 2006) entnommen.

Der Begriff der **Vernachlässigung** bezeichnet primär das gesamte Spektrum relevanter Unterlassungen. Entsprechend definieren im deutschsprachigen Raum etwa Schone et al. (1997) Vernachlässigung als „andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgverantwortlicher Personen (Eltern oder andere von ihnen autorisierte Betreuungspersonen), welches zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre“ (zitiert aus Kindler et al. 2006).

**Psychische Misshandlung** kommt in verschiedenen Unterformen, einzeln oder in Kombination, wenn sie die Beziehung eines Elternteils zum Kind kennzeichnen, vor:

- feindselige Ablehnung (z. B. ständiges Herabsetzen, Beschämen, Kritisieren oder Demütigen eines Kindes);
- Ausnutzen und Korumpieren (z. B. Kind wird zu einem selbstzerstörerischen oder strafbaren Verhalten angehalten oder gezwungen bzw. ein solches Verhalten des Kindes wird widerstandslos zugelassen);
- Terrorisieren (z. B. Kind wird durch ständige Drohung in einem Zustand der Angst gehalten);
- Isolieren (z. B. Kind wird in ausgeprägter Form von altersentsprechenden sozialen Kontakten fern gehalten);
- Verweigerung emotionaler Responsivität (z. B. Signale des Kindes und seine Bedürfnisse nach emotionaler Zuwendung werden anhaltend und in ausgeprägter Form übersehen und nicht beantwortet).

Eine der ersten und einflussreichsten Definitionen **physischer Misshandlung** stammt vom amerikanischen Kinderarzt Henry Kempe (1972), der unter einer körper-

lichen Misshandlung die nicht zufällige körperliche Verletzung eines Kindes infolge von Handlungen der Eltern oder Erziehungsberechtigten verstand. Neuere Definitionen sind in unterschiedlichen Forschungs- und Anwendungszusammenhängen entstanden und enthalten noch Unterschiede hinsichtlich folgender Punkte:

- inwieweit nur absichtliche oder auch fahrlässige Schädigungen eines Kindes erfasst werden;
- inwieweit nur bei tatsächlich eingetretenen oder auch bei drohenden Schädigungen von Misshandlung gesprochen wird;
- inwieweit nur körperliche Verletzungen oder auch psychische Beeinträchtigungen der Entwicklung eines Kindes Berücksichtigung finden;
- inwieweit auf Ausnahmeregelungen bei wenig schwerwiegenden Verletzungen infolge religiöser oder kultureller Praktiken (z. B. männliche Beschneidung) hingewiesen wird.

Die Definition von **sexuellem Missbrauch** ist besonders schwierig, da es "enge" und "weite" Definitionen gibt. Diese ergeben sich durch die unterschiedliche gesellschaftliche Normierung kindlicher Rechte und inwieweit die empirisch belegbare Schädlichkeit sexueller Handlungen berücksichtigt wird. Mit den Regelungen im deutschen Strafgesetzbuch stellt der Gesetzgeber Kinder und Jugendliche in Deutschland unter einen besonderen Schutz. Anders als bei Vergewaltigung und sexueller Nötigung erwachsener Personen ist die Einwilligung bzw. Gegenwehr bei Kindern bzw. Jugendlichen unerheblich. Strafbar sind alle sexuellen Handlungen, die an oder vor einem Kind oder Jugendlichen vorgenommen werden und von "einiger Erheblichkeit" sind, unabhängig von einer aktiven Beteiligung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen. Das deutsche Strafrecht legt damit eine weite Definition sexuellen Missbrauchs zugrunde, die auch Handlungen ohne Körperkontakt (wie z. B. exhibitionistische Handlungen vor Kindern oder die Aufforderung an ein Kind, sexuelle Handlungen an sich vorzunehmen) umfasst. Denn sowohl die wiederholte Konfrontation mit pornografischem Material als auch anhaltende kleinere, sexuell konnotierte Verletzungen der Schamgrenzen eines Kindes durch Eltern können negative Auswirkungen auf kindliche Entwicklungsverläufe haben.

In der Literatur und in den Stellungnahmen werden noch zwei spezielle Formen von Kindesmisshandlung genannt, das Schütteltrauma ("shaken baby syndrom") und das Münchhausen-by-proxy-Syndrom.

#### 4.2 Ursachen von Kindesmisshandlung

Die Ursachen für Kindesmisshandlung sind vielfältig und in der Literatur werden zahlreiche Faktoren diskutiert, die die Wahrscheinlichkeit von Kindesmisshandlung erhöhen bzw. die als Erklärung für Kindesmisshandlung herangezogen werden. Nachfolgend werden die von Kindler et al. 2006 beschriebenen Faktoren dargestellt.

Bei betroffenen Kindern wurden dabei vor allem drei Gruppen von Faktoren untersucht: Alter und Geschlecht eines Kindes, Entwicklungsstand und Gesundheit, Regulations- und Verhaltensstörungen. Besonders gefährdet sind Kinder im Alter von 0 - 3 Jahren. Dies ergibt sich allgemein aus der größeren körperlichen Verletzlichkeit und der Abhängigkeit jüngerer Kinder von elterlicher Fürsorge. Ein Geschlechtsunterschied zeigt sich insbesondere bei sexuellem Missbrauch, hier sind Mädchen häufiger betroffen. Neben Entwicklungsverzögerungen und Behinderungen können auch frühkindliche Regulationsstörungen und Verhaltensstörungen Eltern erheblich be-



lasten. Bei vielen Eltern werden dadurch Gefühle von Hilflosigkeit, Überforderung, Angst und Ärger ausgelöst, die sich in manchen Fällen zu Misshandlungen oder einem Rückzug vom Kind steigern.

Bei Eltern können u. a. folgende Faktoren relevant sein: psychiatrisch relevante Störungen (z. B. Suchtmittelabhängigkeit, Depression, Angsterkrankungen), Lebensgeschichte (eigene Misshandlungserfahrungen), Persönlichkeit (negative Emotionalität, hohe Impulsivität, antisoziale Persönlichkeitstendenzen, persönliche Unreife), Einstellung bezüglich Versorgung und Erziehung von Kindern, Beziehungsfähigkeiten im Umgang mit dem Kind.

Darüber hinaus können die familiären Lebensumstände wie z. B. Familienstruktur (Zusammenleben mit nicht leiblichen Elternteilen), Einkommensarmut, Partnerschafts- und Arbeitssituation (insbesondere Partnerschaftsgewalt) und psychologische Merkmale des Familiensystems (z. B. interfamiliärer Zusammenhalt, Konflikte) für die Entstehung von Kindeswohlgefährdung eine Rolle spielen.

Zusätzlich können spezifische Situationen (z. B. Autoritätskonflikte), soziale Benachteiligung, religiöse Erziehungs- und Sozialisationspraktiken sowie Mitgliedschaft in einer „Sekte“ oder „Psychogruppe“ das Risiko für Kindesmisshandlung erhöhen.

Kindler et al. 2006 weisen darauf hin, dass bei den genannten Faktoren zwar ein höheres Risiko für Kindesmisshandlung besteht, aber in der Mehrzahl der Fälle bei Vorliegen dieser Faktoren Kinder nicht misshandelt werden.

Die Kenntnis möglicher Ursachen von Kindesmisshandlung bietet insbesondere Ansatzmöglichkeiten für spezifische Interventionen.

### 4.3 Epidemiologie

Kindesmisshandlung steht nach dem Strafgesetzbuch unter Strafe (z. B. § 225 Misshandlung von Schutzbefohlenen; §§ 221 - § 229 Tötung und Körperverletzung; § 177 - § 178 Vergewaltigung, sexuelle Nötigung) und wird daher, sofern sie gemeldet wird, in der Polizeilichen Kriminalstatistik erfasst. Die Polizeiliche Kriminalstatistik für Deutschland ([www.bundeskriminalamt.de](http://www.bundeskriminalamt.de)) weist für das Jahr 2005 2.905 Fälle von Kindesmisshandlung und 13.962 Fälle von sexuellem Missbrauch aus. Ungefähr die Hälfte der Opfer ist unter 6 Jahre alt und nahezu alle Tatverdächtigen stehen zum Opfer in einem Verwandtschafts- oder Bekanntschaftsverhältnis.

Da es sich meistens um intrafamiliäre Gewalt handelt, liegt die tatsächliche Zahl der Fälle von Kindesmisshandlung wahrscheinlich deutlich höher. Zudem hängt die Häufigkeit von der Definition ab. Neben der Polizeilichen Kriminalstatistik gibt es noch einige wenige Studien, die die Häufigkeit von Kindesmisshandlung in Deutschland untersucht haben. Eine Längsschnittstudie an der Universität München untersuchte alle stationär aufgenommenen Patienten (Altersmedian: 48 Monate, 64 % männlich) systematisch auf Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellen Missbrauch. Es stellte sich heraus, dass 2 bis 3 % aller stationären Patienten Symptome von Misshandlung und/oder Vernachlässigung hatten. Eine Wiederholungsstudie an der Freiburger Universitätskinderklinik bestätigte diese Häufigkeiten (Frank R, 1994).

Das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen hat im Rahmen einer Studie eine Schülerbefragung zu elterlicher Gewalt in der Kindheit durchgeführt. 16.190 Jugendliche aus 9 verschiedenen Städten wurden befragt. Elterliche Gewalt in der

Kindheit bezeichnete dabei jene Gewalt durch Eltern, welche die Jugendlichen bis zum Zeitpunkt vor der Vollendung ihres zwölften Lebensjahres erlebt hatten. 4,5 % der Befragten berichteten seltene Misshandlungen und 5,3 % gehäufte Misshandlungen (Pfeiffer C., Wetzels P., Enzmann D.: Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen; Forschungsbericht Nr. 80, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN); 1999).

Nach einer gemeinsamen Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), des Berufsverbands für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) wird eine geschätzte Prävalenz von Gewalterfahrung in der Kindheit in Deutschland für körperliche Gewalt von Männern mit 11,8 % und von Frauen mit 9,9 % angegeben. Sexuelle Misshandlungen mit Körperkontakt in der Kindheit werden von 2,8 % der befragten Männer und 8,6 % der Frauen zwischen 16 und 69 Jahren berichtet. Stationär in allen Krankenhäusern betreute Kinder zeigen in etwa 2 % der Fälle körperliche Symptome, die an Misshandlung und Vernachlässigung denken lassen. Die Häufigkeit der Erkennung in Kinderarztpraxen variiert stark und liegt bei 4 von 100.000 Patientenkontakten bei Verdacht auf körperliche Misshandlung, 17 bei Verdacht auf seelische Misshandlung und 3 bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch. Schwere körperliche Misshandlungen kommen vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern vor (Leitlinie der DGSPJ 2002, keine Angabe der Quellen).

In der Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) wird mit 1,23 %, eine sehr konservative Schätzung zur Prävalenz von Kindesmissbrauch und Vernachlässigung aus den USA zitiert. Diese beruht ausschließlich auf angezeigten und von Behörden bestätigten Misshandlungsfällen. Die unter 3-Jährigen weisen mit 1,6 % das größte Risiko auf. Grobe Schätzungen zur Größe des Dunkelfeldes lassen sich u.a. aus populationsbasierten retrospektiven Studien zur Prävalenz von sexuellem Missbrauch ableiten. Verschiedene Studien aus dem anglo-amerikanischen Bereich kommen zu Schätzungen der Prävalenzraten, die bezogen auf den sexuellen Missbrauch in der Kindheit bei Frauen zwischen 13 und 32 % und bei Männern zwischen 4 bis 14 % schwanken.

Ob die Anzahl der Eltern, die das Wohl eines Kindes gefährden, zunimmt (oder nur die öffentliche Wahrnehmung solcher Fälle), ist derzeit nicht bekannt. Es gibt aber zumindest Hinweise darauf, dass Erziehungsschwierigkeiten und Überforderungssituationen bei Eltern in unserer Gesellschaft zahlreicher werden (Kindler et al. 2006).

#### **4.4 Diagnostik bei Kindesmisshandlung**

Die Symptome bei Kindesmisshandlung können je nach Form der Gewalt, deren Intensität und Dauer, sehr unterschiedlich sein. Allgemeine Symptome einer Kindesmisshandlung können z. B. ein reduzierter Allgemeinzustand, mangelhafte Pflege, Untergewicht und Minderwuchs sein. Als mögliche Verhaltensauffälligkeiten finden sich bei misshandelten Kindern Ängstlichkeit, Schreckhaftigkeit und Apathie, Alarmbereitschaft („frozen watchfulness“) sowie eine depressiv-gespannte Haltung oder

ein abwartend-passives Verhalten („verschlagen“). Auch der Rückfall in überwundene Entwicklungsstufen wie Einnässen oder Einkoten ist zu beobachten. (z.B. Landesärztekammer Baden-Württemberg: [www.aerztekammer-bw.de/20/gewgkinder/leitfaden.pdf](http://www.aerztekammer-bw.de/20/gewgkinder/leitfaden.pdf); Niedersächsisches Ministerium für Soziales: [www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de))

Körperliche Kindesmisshandlung kann zu verschiedensten Verletzungen wie z. B. Hämatomen, Hautabschürfungen oder Knochenbrüchen führen. In den Lehrbüchern sind einige typische, auf Misshandlung zurückzuführende Verletzungen beschrieben wie z. B. Doppelstriemenmuster bei Stockschlägen oder Stauungsblutungen an den Lidhäuten nach Würgen. Darüber hinaus ergeben sich eventuell aus der Lokalisation, Gruppierung, Formung und Mehrzeitigkeit der Verletzungen mögliche Hinweise für Kindesmisshandlung. Verletzungen z. B. an Oberkopf und/oder Rücken kommen eher bei Misshandlung vor, während Stirn-, Hinterkopf-, Ellenbogen- und/oder Knieverletzungen eher auf einen Sturz zurückzuführen sind. Ein subdurales Hämatom und retinale Einblutungen sind z. B. eine typische Verletzungskombination beim Schütteltrauma. Hier fehlen oftmals äußere Verletzungen. Auffälligkeiten im Anal- oder Genitalbereich sowie spezifische Infektionen (z. B. Gonorrhoe) können ein Hinweis auf sexuellen Missbrauch sein (z. B. Landesärztekammer Baden-Württemberg: [www.aerztekammer-bw.de/20/gewgkinder/leitfaden.pdf](http://www.aerztekammer-bw.de/20/gewgkinder/leitfaden.pdf); Niedersächsisches Ministerium für Soziales: [www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de))

Durch eine körperliche Untersuchung und Anamnese könnte ggf. Kindesmisshandlung erkannt werden. Problematisch ist jedoch, dass Kindesmisshandlung nicht immer sichtbare Spuren hinterlässt und Symptome wie z. B. Gedeihstörungen, Hämatome oder Verhaltensauffälligkeiten sehr unspezifisch sind und neben Kindesmisshandlung auch viele andere Ursachen zugrunde liegen können. Da eine falsche Diagnose bei Kindesmisshandlung dramatische Folgen für die betroffene Familie hat, müssen bei einem Verdacht mögliche Differentialdiagnosen bedacht und ggf. weitere Untersuchungen veranlasst werden.

Kindler et al. 2006 weisen darauf hin, dass in vielen Fällen der Versuch der Verdachtsabklärung bei Misshandlung bzw. Vernachlässigung durch den Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) zu keinem eindeutigen Ergebnis führt, d.h. die Verletzungursache und/oder die verursachende Person können nicht sicher bestimmt werden oder es bleiben Unsicherheiten, wie das Ausmaß einer Mangelversorgung zu bewerten ist. Die Gefahr neuerlicher Gefährdungsereignisse scheint bei Misshandlung bzw. Vernachlässigung nicht so sehr davon abzuhängen, ob eine ernst zu nehmende Gefährdungsmittelteilungsbeleg belegt werden kann, sondern mehr von den im Einzelfall vorliegenden Risikofaktoren und der Qualität angebotener Hilfen.

Um die Aufmerksamkeit der Ärzte hinsichtlich Kindesmisshandlung zu erhöhen und Unsicherheit in Bezug auf das weitere Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung abzubauen, haben zahlreiche Landesärztekammern und Berufsverbände Leitfäden entwickelt bzw. bieten entsprechende Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen an.

#### **4.5 Früherkennung von Kindesmisshandlung im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern**

Neben einer akuten Gesundheitsgefährdung und Entwicklungsstörung, muss davon ausgegangen werden, dass Kindesmisshandlung auch erst zu einem viel späteren Zeitpunkt die Gesundheit und Entwicklung von Kindern beeinträchtigen kann. Daher ist Prävention und Früherkennung von Kindesmisshandlung von zentraler Bedeutung.

Kindesmisshandlung ist derzeit keine Zielerkrankung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“). Jedoch gehören zu jeder vorgegebenen U-Untersuchung die Erhebung der Vorgeschichte sowie eine eingehende körperliche Untersuchung, so dass die oben beschriebenen potentiellen Symptome von Kindesmisshandlung erfasst werden können.

Derzeit ist die klinische Untersuchung nicht standardisiert. Im Rahmen der Überarbeitung der "Kinder-Richtlinien" soll für die klinische Untersuchung ein standardisiertes Vorgehen entwickelt werden.

## **5 Fragestellung der Beratungen**

Es wurden insbesondere eine exakte Definition von Kindesmisshandlung und die Abgrenzung primärpräventiver Angebote von validen Screeningtests für die Früherkennung im Setting der bestehenden Kinderuntersuchungen als problematisch angesehen. Das Thema Kindesmisshandlung birgt außerdem eine erhebliche Schnittstellenproblematik zu bereits bestehenden Leistungsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII). Die vorliegende Nutzenbewertung bezieht sich daher nicht auf Verfahren zur Risikoabschätzung, wenn bereits eine Gefährungsmeldung vorliegt. Dies fällt eindeutig in den Zuständigkeitsbereich der Kinder- und Jugendhilfe bzw. des Allgemeinen Sozialen Dienstes.

Da auch Maßnahmen der Primärprävention oder z. B. soziale Frühwarnsysteme nicht in den durch §§ 25 und 26 SGB V definierten Zuständigkeitsbereich des Gemeinsamen Bundesausschusses fallen, konzentrierten sich die Beratungen auf folgende Fragen:

Gibt es standardisierte und validierte Screeningtests für ein bevölkerungsbasiertes Screening

a) zur Früherkennung von Kindesmisshandlung (Screening und "case finding") und

b) zur Erfassung von Risikofaktoren für Misshandlung,

die im Rahmen der Früherkennungsuntersuchen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) eingesetzt werden können?

Waren in der eingeschlossenen Literatur zur oben genannten Fragestellung auch Ergebnisse z. B. bezüglich der Wirksamkeit von Interventionen dargestellt, wurden diese in der Ergebnisdarstellung berücksichtigt.

## **6 Methode**

### **6.1 Informationsbeschaffung**

Ziel der Literaturbeschaffung war es, den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zum Thema Screening auf Kindesmisshandlung und -vernachlässigung im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen abzubilden.

Im Sinne einer umfassenden Informationsgewinnung wurden verschiedene Verfahren bzw. Quellen genutzt. Mit Hilfe einer systematischen Literaturrecherche wurden Publikationen zur Früherkennung von Kindesmisshandlung (Screening und "case finding") identifiziert. Zusätzlich zur systematischen Recherche in Datenbanken konnten durch alle an den Beratungen Beteiligten weitere, durch Handsuche als relevant erkannte Publikationen in den Beratungsprozess eingebracht werden. Hierzu zählten auch Literaturstellen, die bei der Durchsicht von Literaturverzeichnissen als potentiell relevant identifiziert wurden. Darüber hinaus wurden Stellungnahmen von Sachverständigen aus Wissenschaft und Praxis eingeholt. Die so gewonnenen Hinweise auf aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen wurden ebenfalls in die Beratungen des Ausschusses miteinbezogen. Auch solche Mitteilungen zum Beratungsthema an den UA "Prävention", die nicht als Stellungnahme deklariert waren, wurden im Sinne von Stellungnahmen in die Auswertung einbezogen.

Alle Datenbankrecherchen wurden durch die Stabsstelle Methodik und Information des Gemeinsamen Bundesausschusses durchgeführt. Identifizierte Literatur wurde in eine Reference Manager-Datenbank importiert und verwaltet. Zunächst erfolgte eine systematische Literaturrecherche nach HTA-Berichten, systematischen Übersichtsarbeiten und Leitlinien. Die Recherche wurde im Juli 2006 ohne Einschränkung auf einen bestimmten Zeitraum durchgeführt. Folgende Datenbanken wurden zur Informationsgewinnung herangezogen: The Cochrane Library (einschl. NHS-CRD-Datenbanken), AWMF, Medline, NCG, HTA-Datenbanken über DIMDI, teilnehmende Organisationen GIN, Mitgliederorganisationen INAHTA, Trip-Database. Anschließend wurde im November 2006 (ebenfalls ohne Einschränkung auf einen bestimmten Zeitraum) eine systematische Literaturrecherche nach Primärstudien durchgeführt. In die Recherche wurden folgende Datenbanken einbezogen: EMBASE, MEDLINE, PsycINFO, PSYINDEX, SOMED, Social SciSearch. Die Suchstrategie dieser Recherche ist im Anhang dargestellt (vgl. Kap. 10.5.1).

### **6.2 Literaturauswahl**

Die im Rahmen der Literaturrecherche bzw. Handsuche identifizierten Publikationen wurden nach zuvor festgelegten Filterkriterien von zwei unabhängigen Bewertern in einem zweistufigen Verfahren hinsichtlich ihrer Relevanz geprüft. Im ersten Schritt wurde auf Basis von Abstracts, anschließend auf Basis von Volltexten entschieden (erstes Literaturscreening, zweites Literaturscreening). Als relevant eingestufte Literatur wurde im Volltext ausgewertet.

Die TG verständigte sich auf folgende **Filterkriterien (Ausschlusskriterien)**:

**Erstes und zweites Screening der Recherche zu HTA, Übersichtsarbeiten und Leitlinien:**

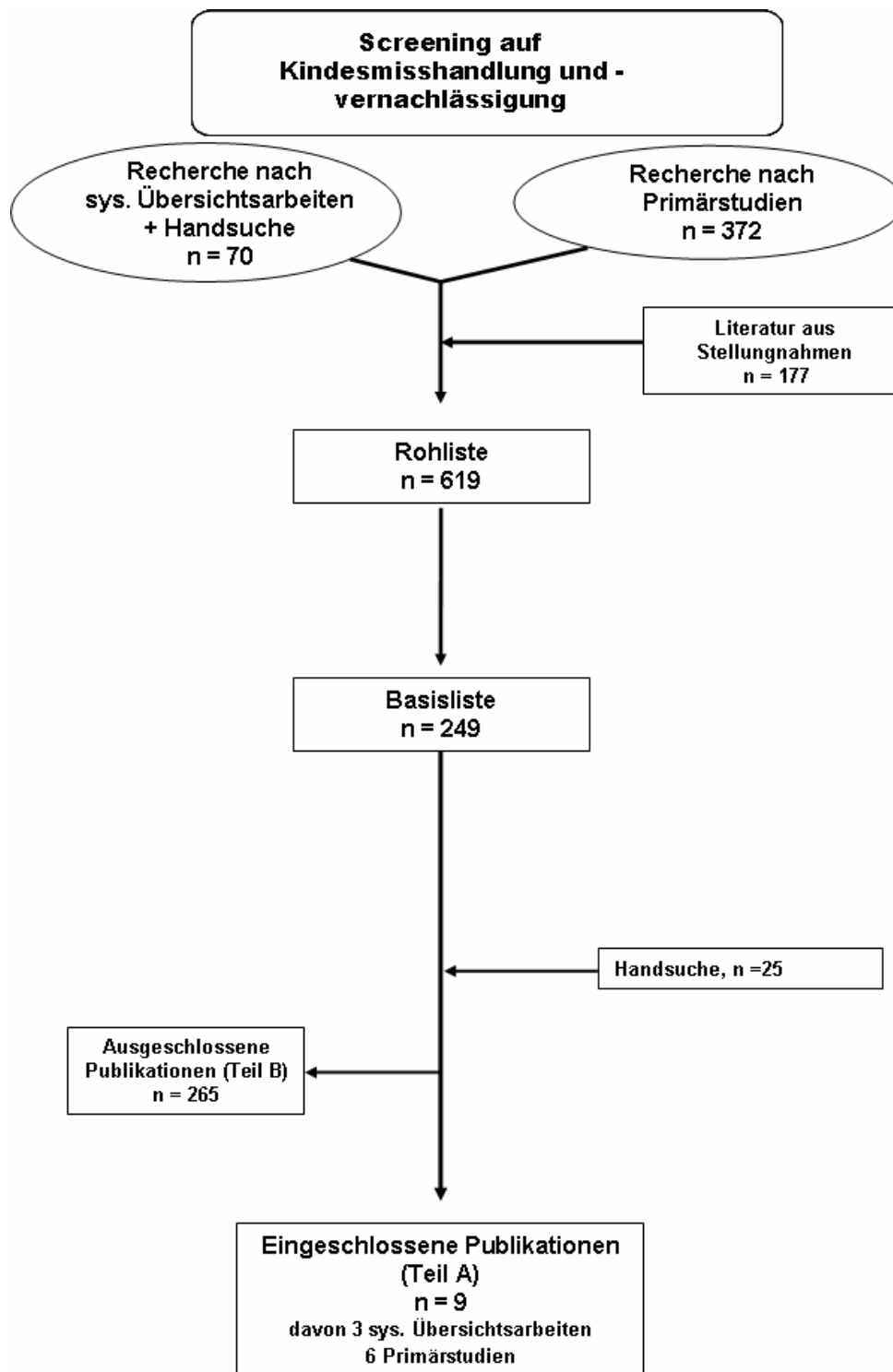
- I thematisch nicht relevante Fragestellung  
(kein Bezug auf Screening, Früherkennung von Kindesmisshandlung ICD T74 und der entsprechenden Ausformungen: Vernachlässigung, körperlicher, sexueller, psychischer Missbrauch, Mischformen und nicht näher bezeichnete)
- II kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie, oder systematischer Review
- III kein Altersbezug zur Gruppe der Kinder unter 6 Jahren
- IV Sonstiges (z.B. keine engl. oder deutsche Publikation)

**Erstes Screening der Recherche zu Primärstudien:**

- I thematisch nicht relevante Fragestellung  
(kein Bezug auf Screening, Früherkennung von Kindesmisshandlung ICD T74 und der entsprechenden Ausformungen: Vernachlässigung, körperlicher, sexueller, psychischer Missbrauch, Mischformen und nicht näher bezeichnete, Evaluierung einzelner Risikofaktoren)
- II kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive Studie, retrospektive oder Querschnitts-Studie
- III kein Altersbezug zur Gruppe der Kinder unter 6 Jahren
- IV Sonstiges (z.B. keine engl. oder deutsche Publikation)

**Zweites Screening der Recherche zu Primärstudien:**

- I thematisch nicht relevante Fragestellung  
(kein Bezug auf Screening, Früherkennung von Kindesmisshandlung ICD T74 und der entsprechenden Ausformungen: Vernachlässigung, körperlicher, sexueller, psychischer Missbrauch, Mischformen und nicht näher bezeichnete, Evaluierung einzelner Risikofaktoren)
- II kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive, retrospektive oder Querschnitts-Studie
- III kein Altersbezug zur Gruppe der Kinder unter 6 Jahren
- IV Sonstiges (z.B. keine engl. oder deutsche Publikation)
- V Studie ausschließlich zur Fragebogenentwicklung



Sowohl die in den Stellungnahmen vertretenen Auffassungen als auch die in den Stellungnahmen benannte Literatur gingen in die Bewertung ein. Durch die Stabsstelle Methodik beim G-BA wurde ein Abgleich zwischen der in Stellungnahmen zitierten Literatur und der durch die Literaturrecherchen identifizierten Literatur vorgenommen. In den Stellungnahmen zusätzlich angeführte Literatur wurde von zwei unabhängigen Bewertern unter Verwendung der Filterkriterien für das zweite Literaturscreening der Primärstudien geprüft und soweit die konkreten Fragestellungen der Beratungen angesprochen waren in den Bewertungsprozess einbezogen.



### **6.3 Informationsbewertung**

Die Literaturbewertung aus den Recherchen erfolgte vorbereitend in der TG. Je nach Art der Informationsquelle (Übersichtsarbeiten, Primärstudien oder Stellungnahme) wurden a priori Verfahren zur systematischen Datenextraktion und Bewertung der Literatur festgelegt und angewandt. Die Datenextraktion und Bewertung einzelner Primärstudien zur Nutzenbewertung wurde jeweils durch einen Beurteiler vorgenommen und anschließend in der TG diskutiert und konsentiert. Die Auswertungen sind im Anhang dieses Berichtes niedergelegt. Im Sinne einer umfassenden Überprüfung wurden auch Studien, die methodische Mängel aufwiesen, in der Beratung gewürdigt. Um auf die eingeschränkte Verlässlichkeit solcher Studienergebnisse hinzuweisen, wurde die entsprechende Kritik im Fazit der TG detailliert benannt.

Von den 3 Stellungnahmen mit Bezug zum Thema Kindesmisshandlung wurden Synopsen erstellt (Anhang 10.4).

## 7 Ergebnisse

### 7.1 Zusammenfassung der Aussagen aus den eingegangenen Stellungnahmen

Eine intensivere Erörterung des Themas Kindesmisshandlung/-vernachlässigung in Hinsicht auf die Überarbeitung der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen findet sich in den Stellungnahmen der BAG/BKJPP/DGKJP und der BPtK. In beiden Stellungnahmen wird Kindesmissbrauch – und Vernachlässigung aufgrund hoher Prävalenz (mit erheblicher Dunkelziffer) und enormer gesundheitsschädlicher Auswirkungen bei den betroffenen Kindern eine hohe gesundheitspolitische Relevanz beigemessen.

In der Stellungnahme der DAKJ zur Früherkennung und Behandlung von Schrei-, Fütter- und Schlafstörungen, wird darauf hingewiesen, dass diese Störungen das Risiko für eine Kindesmisshandlung, insbesondere das Risiko eines Schütteltraumas, deutlich erhöhen.

Hinsichtlich einer Risikoeinschätzung verweist die SN der BAG/BKJPP/DGKJP auf internationale Studien, in denen sich einige Verfahren zur Vorhersagekraft von Risikoeinschätzungsverfahren in Familien, bei denen eine Gefährdungsmeldung bereits vorlag, als sehr aussagekräftig erwiesen hätten. Sie stellt für Deutschland jedoch fest, dass sich die Risikoeinschätzung bei Kindesmisshandlung bzw. -vernachlässigung erst in der Entwicklung befindet und deutsche Untersuchungen zur Validierung des Vorgehens bei der Risikoeinschätzung noch ausstehen. Zudem betont die SN der BAG/BKJPP/DGKJP, dass Risikoeinschätzungen zwar Unterschiede im Grad der Gefährdung sichtbar machen können, sie aber nicht so vorhersagestark sind noch voraussichtlich jemals sein werden, zukünftige Misshandlungen mit der für Eingriffe erforderlichen juristischen Sicherheit vorhersagen zu können. Auch sei die aussagekräftigste Risikoeinschätzung nutzlos solange kein effektives Risikomanagement folge. Ausreichend differenzierte Ausführungen zu Risikofaktoren für Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellen Missbrauch sollten in einem Manual zur standardisierten Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen enthalten sein und in geeigneter Weise im Rahmen der Anamneseerhebung (familiäre, traumatische und soziale Belastungen) berücksichtigt werden.

In der SN der BPtK wird ebenfalls die Berücksichtigung relevanter perinataler und soziodemographischer Variablen als Risikofaktoren (z.B. Alleinerziehende, mehr als zwei Geschwister, Teenager-Schwangerschaft, Suchterkrankung, partnerschaftliche Gewalt) neben weiteren klinischen Merkmalen im Sinne eines Risiko-Assessment-Instruments gefordert. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass nicht Vorurteile gegenüber bestimmten sozialen Gruppen geschürt und der Blick auf einzelne Teilgruppen verengt wird. Auf effektive Interventionsmöglichkeit zur Prävention von Kindesmisshandlung deuten kontrollierte angloamerikanische Studien, die Wirksamkeitsnachweise für „home visitations“ und für die „Kind-Eltern-Psychotherapie“ ergeben hätten. Die Früherkennungsuntersuchungen sollten auf eine Frühintervention in den Familien zur Verhinderung von Traumatisierungen und Verbesserung der psychosozialen Rahmenbedingungen zielen. Familien mit einer Risikokonstellation könnten frühzeitig identifiziert und ihnen selektiv präventiv wirkende Hilfen angeboten werden. Außerdem kommt der Erfassung von Anzeichen für eine Kindesmisshandlung (z.B. Hauthämatome) eine besondere Bedeutung zu. Bezüglich Qualitätsvorgaben hält die BPtK die Entwicklung einer gemeinsamen nationalen Datenbank zu sozialen und klinischen Risikofaktoren sowie spezifische Trainings zur Diagnostik und Intervention bei Kindesmisshandlung für Kinder- und Jugendärzte sowie deren nicht-ärztlichen Angestellten für geboten.

## 7.2 Systematische Übersichtsarbeiten von Studien

Mittels der systematischen Recherche nach HTAs, Reviews und Leitlinien wurden 70 Publikationen identifiziert. Die Mehrzahl der Publikationen war thematisch nicht relevant, da sie sich nicht mit der Früherkennung von Kindesmisshandlung befassen, sondern mit der forensischen Abklärung von Verdachtsfällen, der Wirksamkeit von Interventionen, den Folgen und der Therapie bei Kindesmisshandlung bzw. sich ausschliesslich auf spezifische Risikogruppen (Eltern mit Suchtproblemen oder psychischen Erkrankungen, Frühgeborene) konzentrierten. Es wurden mehrere internationale und auch deutsche thematisch relevante Leitlinien identifiziert, die jedoch aufgrund zahlreicher methodischer Mängel, insbesondere wegen fehlender Transparenz bezüglich der Herleitung der Empfehlungen und fehlender Darstellung der Literaturrecherche und –auswahl ausgeschlossen wurden. Insgesamt wurden 4 Publikationen eingeschlossen. Zwei dieser Publikationen sind jedoch nur eine Ankündigung von HTAs, die derzeit erstellt und voraussichtlich Ende 2007 bzw. 2008 publiziert werden (The National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA): Accuracy of screening procedures for non-accidental injury in children: systematic review and modelling of clinical effectiveness - Secondary Research; National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): Suspected child abuse). Von der kanadischen Publikation (MacMillan HL, MacMillan JH, Offord DR. Periodic health examination, 1993 update: 1. Primary prevention of child maltreatment. The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. CMAJ 1993) wurde per Handsuche ein Update von 2000 identifiziert und statt der ursprünglich eingeschlossenen Publikation ausgewertet. Zusätzlich wurde noch ein per Handsuche gefundener Review von Peters et al. 2003 eingeschlossen (vgl. Datenextraktion in Kap. 10.6.3).

Der amerikanische systematische Review von **Nelson et. al. 2004** (Nelson H, Nygren P, McInerney Y Screening for Family and Intimate Partner Violence. AHRQ, USPSTF Systematic Evidence Review No. 28, 2004) befasst sich u. a. mit folgenden Fragen: a) Werden durch ein Screening auf intrafamiliäre Gewalt Beeinträchtigungen, vorzeitiger Tod und Behinderung reduziert? b) Wie gut können durch ein Screening aktuelle Beeinträchtigungen und das künftige Risiko von intrafamiliärer Gewalt identifiziert werden? c) Welche negativen Folgen hat ein Screening? Zu Frage a) und c) wurden keine Studien bzw. keine Studien, die die Einschlusskriterien erfüllten gefunden. In der Literatur werden zwar zahlreiche Assessmentinstrumente beschrieben, jedoch gibt es nur wenige Studien, die die Performance der Instrumente bei der Vorhersage von Missbrauch und Vernachlässigung evaluiert haben. Insgesamt wurden 6 kontrollierte Studien (nicht randomisiert) eingeschlossen. Die Auswahl dieser Studien ist im Review allerdings nicht nachvollziehbar dargestellt. In den eingeschlossenen Studien wurden folgende Screeningverfahren eingesetzt: selbstauszufüllender Fragebogen, der teilweise mit einer Befragung oder Informationen aus der Patientenakte kombiniert wurde, Interviews durch Klinikpersonal oder klinische Beobachtung von Risikofamilien. Die Ergebnisse der Studienauswertung werden von den Autoren wie folgt zusammengefasst: die meisten Studien untersuchten Schwangere und Frauen postpartum, keins der Instrumente wendete sich direkt an das Kind und wurde z. B. im Hinblick auf Zeitaufwand oder Kosten auf die Einsetzbarkeit im hausärztlichen Kontext untersucht, die gefundenen Screeninginstrumente zeigen eine einigermaßen hohe Sensitivität, aber eine niedrige Spezifität und sind nicht in breiteren Bevölkerungsschichten erprobt worden.

Die zentrale Fragestellung des kanadischen systematischen Update-Review von **MacMillan 2000** (Harriet L. MacMillan und the Canadian Task Force on Preventive Health Care: "Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment", CMAJ Nov. 28, 2000) lautet: Gibt es eine Evidenz für die Effektivität von Interventionen zur Vermeidung von Kindesmisshandlung? Screening wird hier als Intervention betrachtet, unabhängig davon, ob noch weitere Maßnahmen folgen. Insgesamt wurden drei aktuelle Studien zu Screeningtests auf Kindesmisshandlung identifiziert (Literaturauswahl ist im Review nicht beschrieben). Allerdings wurde nur in zwei Kohortenstudien die prädiktive Validität bestimmt. Die Werte einer Studie werden im Review zitiert, der positive prädiktive Wert für körperlichen Missbrauch liegt bei 6,6 % und die Sensitivität bei 55,6 %. Aus Sicht der Autoren hat sich seit dem letzten Review von 1993 diesbezüglich nichts geändert. Die hohe Rate der falsch positiven Befunde sowie das damit verbundene hohe Risiko der Fehleinschätzung von Personen als potentielle Kindesmisshandler hat dazu geführt die Empfehlung von 1993 beizubehalten, d. h. es gibt Evidenz dafür, ein Screening auf Kindesmisshandlung nicht in die Früherkennungsuntersuchungen ("periodic health examination") aufzunehmen. Darüber hinaus wurden noch ein systematischer Review und vier Beobachtungsstudien zu Risikoindikatoren einbezogen. Die Autoren verwenden statt dem Begriff "Risikofaktor" den Begriff "Risikoindikator", da die meisten Informationen aus Querschnittsstudien stammen und daraus keine zeitlichen und kausalen Zusammenhänge abgeleitet werden können (Langzeitstudien laufen noch). Folgende Faktoren für körperlichen Missbrauch konnten neu identifiziert werden: männliches Geschlecht, Stress ("recent life stressor"), psychische Beeinträchtigung der Mutter, niedriges Bildungsniveau der Mutter, keine Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen, Suchtmittelmissbrauch und seltener Kirchenbesuch ("low religious attendance"). Für sexuellen Missbrauch wurden junge Mutter und Tod der Eltern als neue Risikoindikatoren identifiziert.

In Ergänzung zum aktuellen kanadischen Update-Review werden nachfolgend noch die im Vorläufer Review von 1993 (MacMillan HL, MacMillan JH, Offord DR: Periodic health examination, 1993 update: 1. Primary prevention of child maltreatment. The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. CMAJ 1993) identifizierten Risikofaktoren dargestellt: a) sexueller Missbrauch: Mädchen (insbesondere im Alter von 10 - 12 Jahren), keine leiblichen Eltern, Familien mit schwacher ehelicher Beziehung zwischen den Eltern, Stiefvater, schwache Eltern-Kind-Beziehung, unglückliches Familienleben b) körperlicher Missbrauch: Kinder im Vorschulalter, niedriger sozioökonomischer Status, junge Mutter, Großfamilien, alleinerziehende Eltern, Eltern die selbst misshandelt wurden, gewalttätige Partner, soziale Isolation und mangelnde soziale Unterstützung, ungeplante Schwangerschaft und negative Einstellung zur Schwangerschaft. Obwohl Alkoholmissbrauch und Missbrauch illegaler Drogen als Risikoindikator gelten, ist bei diesen Indikatoren die Evidenz nicht eindeutig. Aus Sicht der Autoren kann das Wissen über Risikoindikatoren Ärzten helfen Hochrisikopopulationen Präventionsmaßnahmen anzubieten.

Der systematische Review von **Peters et al. 2003** (Peters R, Barlow J: Systematic review of instruments designed to predict child maltreatment during the antenatal and postnatal periods. Child Abuse Review 2003) ist ein Update eines Reviews von Leventhal 1988 zur Validität von Instrumenten für die Prognose eines zukünftigen Kindesmissbrauchs. Ziel der Studie ist die Testung der Validität (prädiktive Genauigkeit) von (Screening)-Instrumenten, um etwaige zukünftige Kindesmisshandlung/-missbrauch bei angehenden Eltern bzw. nach der Geburt ihres Kindes vorauszusa-

gen. Es wurden nur Studien eingeschlossen mit einem prospektiven Design, die wenigstens ein standardisiertes Instrument an angehenden Eltern oder Eltern mit Kindern unter sechs Monaten untersuchten. Insgesamt wurden acht Studien eingeschlossen und narrativ dargestellt. Die Sensitivität in den acht Studien lag zwischen 38 % und 100 %, die Spezifität zwischen 16,5 % und 96 % und der positive prädiktive Wert zwischen 1,7 % und 52,6 %. Da die Kriterien für die abschließende Zusammenfassung der Autoren unklar waren, wurden die Volltexte der verwendeten Studien gesichtet und ausgewertet, sofern sie die von der TG festgelegten Ein-/Ausschlusskriterien für das zweite Literaturscreening der Primärstudien erfüllten. Fünf Studien wurden im Rahmen der Auswertung der Primärstudien berücksichtigt (Brayden et al. 1993, Browne & Saqi 1988, Lealman et al. 1983, Muir et al. 1989, Murphy et al. 1985). Zwei wurden ausgeschlossen, da sie eine zu spezifische Studienpopulation hatten: Hunter et al. 1978 (Neugeborene einer Intensivstation) und Millner et al. 1984 (Familien, die bereits als "high risk" eingestuft waren). Von Gordon 1977 wurde keine vollständige Publikation gefunden.

### 7.3 Primärstudien

Die systematische Recherche nach Primärstudien ergab 372 Publikationen. Die Mehrzahl dieser Publikationen wurde wie bei den Übersichtsarbeiten als thematisch nicht relevant ausgeschlossen. Darüber hinaus wurden insbesondere Studien ausgeschlossen, die sich ausschließlich mit der Evaluation eines einzelnen Risikofaktors oder mit der Entwicklung eines Fragebogens beschäftigten und nicht die Vorhersagefähigkeit eines entwickelten Instruments bezüglich Kindesmisshandlung untersucht haben. Insgesamt wurden sechs Primärstudien eingeschlossen (Datenextraktionen in Kap. 10.7). Die wichtigsten Charakteristika und Ergebnisse der Einzelstudien sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Die eingeschlossenen Studien wurden in Großbritannien, USA oder Neuseeland in den 70-iger- und 80-iger Jahren durchgeführt. Eine aktuellere oder deutsche Studie konnte nicht identifiziert werden. Bei mindestens zwei Studien muss davon ausgegangen werden, dass es sich um eine selektive Studienpopulation hinsichtlich Alter oder Sozialstatus handelt (Brayden et al. 1993, Murphy et al. 1985). Nur eine Studie berichtet darüber, dass die Mütter/Eltern der Teilnahme an der Studie ausdrücklich zustimmen mussten. Hier haben von 2.585 potentiellen Studienteilnehmern 919 die Teilnahme verweigert (Brayden et al. 1993). Murphy et al. 1985 argumentieren, dass für ihre Studie kein "informed consent" erforderlich war, da die Befragung Teil der Einschreibung in ein Schwangerschaftsprogramm war und bei Lealman et al. 1983 wurden die Daten aus Krankenakten erhoben.

Die Beratungen der TG zu Kindesmisshandlung konzentrierten sich auf zwei Fragen: Gibt es standardisierte Screeningtests für ein bevölkerungsbasiertes Screening a) zur Früherkennung von Kindesmisshandlung (einschließlich "case finding") und b) zur Erfassung von Risikofaktoren für Misshandlung, die im Rahmen der Früherkennungsuntersuchen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) eingesetzt werden können? Alle eingeschlossenen Studien beschäftigten sich mit der Erfassung von Risikofaktoren für Kindesmisshandlung und verwenden hierfür irgendeine Form von Fragebogen, Checkliste oder Interviewleitfaden. Im Mittelpunkt dieser Verfahren stehen die Mütter bzw. Eltern. Es wurde keine Studie gefunden, die Verfahren zur Früherkennung von Kindesmisshandlung untersucht hat.

Die Studien sind alle als prospektive Kohortenstudien konzipiert, die zunächst prä-, peri- oder postnatal das Risiko für Kindesmisshandlung bestimmen. Nach einem Follow-up von 1 - 2,5 Jahren werden verschiedene Outcomeparameter bezüglich Kin-

desmisshandlung erfasst, um so die Vorhersagefähigkeit der eingesetzten Instrumente diesbezüglich zu prüfen. Gray et al. hat u. a. auch die Vorhersage von „abnormal parenting practices“ untersucht, allerdings wurde nicht definiert, was unter „abnormal parenting practices“ zu verstehen ist. Zwei Studien (Browne et al. 1988, Muir et al. 1989) führten zur Evaluierung des Erhebungsinstruments Vorstudien durch. In den anderen Studien wurden Instrumente verwendet, die nicht evaluiert waren (Lealman et al. 1983, Gray et al. 1979) bzw. bereits in ähnlicher Form in anderen Studien eingesetzt wurden (Brayden et al. 1993, Murphy et al. 1985). In drei Studien (Lealman et al. 1983, Gray et al. 1979, Brayden et al. 1993) erfolgte nach der Risikoeinschätzung eine kontrollierte Intervention bei einem Teil der Hochrisikofamilien. In zwei Studien (Gray et al. 1979, Brayden et al. 1993) erfolgte eine randomisierte Zuweisung in die Interventionsgruppe, Lealman et al. machen hierzu keine Angaben. Die Intervention bestand bei allen Studien aus zusätzlichen Fürsorgemaßnahmen prä- oder postnatal zu Hause oder in Einrichtungen z. B. durch Kinderärzte, "public health nurses", Sozialarbeiter oder interdisziplinäre Teams. Bei diesen Studiendesigns muss davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse möglicherweise durch einen "surveillance bias" verzerrt sind, d. h. bei den Familien in der Interventionsgruppe werden möglicherweise durch die intensive Betreuung mehr Fälle von Kindesmisshandlung dokumentiert, die ohne Intervention gar nicht erfasst worden wären. Darüber hinaus müssen insbesondere die Ergebnisse der Studien von Lealman et al. 1983, Gray et al. 1979, Brayden et al. 1993 und Murphy et al. 1985 sehr vorsichtig interpretiert werden, da sie zum Teil erhebliche methodische Mängel haben.

Die eingesetzten Instrumente zur Risikoeinschätzung differieren erheblich und zeigen ein breites Spektrum von Risikofaktoren. Die Erhebung der Risikofaktoren erfolgte in zwei Studien durch geschulte Interviewer (Brayden et al. 1993, Murphy et al. 1985). Bei Browne et al. 1988 erfolgt die erste Erhebung der Risikofaktoren durch Hebammen. Diese Daten wurden von "health visitors" ergänzt. Bei Muir et al. 1989 ist unklar, wer primär die Daten erhoben hat, ergänzt wurden die Daten aber ebenfalls durch eine zweite Befragung von einem "health worker". Murphy et al. 1985 hat die Risikofaktoren im Rahmen der Einschreibung in ein Vorsorgeprogramm erhoben und Lealman et al. die Risikofaktoren anhand von Krankenakten erfasst. Bei den anderen Studien fehlen klare Angaben diesbezüglich.

Als Outcome werden qualitativ unterschiedlich definierte "Fälle" verwendet, größtenteils handelt es sich nicht um bestätigte Fälle von Kindesmisshandlung, sondern nur um Verdachtsfälle, entweder aufgrund von Verdachtsmeldungen an bestimmte soziale Einrichtungen/Register oder aufgrund bestimmter Symptome/Ereignisse wie z. B. Gedeihstörungen, Unfälle.

Vier der sechs eingeschlossenen Studien haben zumindest eine Kenngröße zur Testgenauigkeit berechnet. Die Werte schwanken zwischen folgenden Bereichen: Sensitivität 27 % - 100 %, Spezifität 80 % - 89,4 %, positiver prädiktive Wert 6 % - 52,5 %, negativer prädiktiver Wert 96,8 % - 99,8 %. Diese erheblichen Schwankungen bei den Werten ergeben sich u. a. durch verschiedene Studienpopulationen (z. T. stark selektierte Populationen z. B. Einschränkung auf niedrigen sozioökonomischen Status), unterschiedliche Einteilung in Test positiv/Test negativ sowie durch die unterschiedlichen Outcomeparameter (offensichtliche Misshandlung, Erfassung in einem Misshandlungsregister, Überweisung an eine Sozialbehörde, Gedeihstörungen, Hinweise auf Kindesmisshandlung in Patientenakten).

#### **7.4 Ergebnisse zur Effektivität von Interventionen aus den eingeschlossen Studien**

Der amerikanische systematische Review von **Nelson et. al. 2004** hat auch die Effektivität von Interventionen untersucht. Ein qualitativ gutes RCT (Hausbesuche durch Pflegepersonal) zeigte zwei Jahre postpartum eine signifikante Reduktion von Kindesmissbrauch und -vernachlässigung und damit assoziierten Outcomes, die auch nach 15 Jahren Follow-up bestehen blieben. Die meisten positiven Outcomes wurden bei unverheirateten Müttern aus niedrigen sozioökonomischen Verhältnissen beobachtet. Andere Studien konnten die Ergebnisse bezogen auf Kindesvernachlässigung und -missbrauch nicht bestätigen, zeigen aber bei assoziierten Outcomes ähnliche Ergebnisse.

Auch der kanadische systematische Update-Review von **MacMillan 2000** hat die Effektivität von Interventionen untersucht und kommt zu dem Ergebnis, dass es eine gute Evidenz für Hausbesuche bei benachteiligten Familien zur Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung gibt. Die Zielgruppe dieser Programme sollen Erstgebärende sein mit mindestens einem der folgenden Charakteristika: unter 19 Jahre alt, alleinerziehend, niedriger sozioökonomischer Status. Die beste Evidenz gibt es für intensivierete Hausbesuchprogramme, bei denen die Hausbesuche von Krankenschwester durchgeführt werden, vor der Geburt beginnen und bis zum zweiten Geburtstag des Kindes dauern.

Bei drei der Primärstudien (Lealman et al. 1983, Gray et al. 1979, Brayden et al. 1993) erfolgte nach der Risikoeinschätzung eine kontrollierte Intervention bei einem Teil der Hochrisikofamilien. In der Studie von Gray et al. 1979 zeigte sich beim Vergleich der Hochrisikogruppe mit und ohne Intervention nur ein signifikanter Unterschied bei der Häufigkeit von Unfällen. In der Gruppe mit Intervention gab es signifikant weniger Unfälle. Bei Lealman et al. 1983 und Brayden et al. 1993 sind die Ergebnisse eventuell durch einen Surveillance bias verzerrt, denn hier kam es in den Interventionsgruppen zu einem Anstieg der Misshandlungsfälle.

Tab. 1: Zusammenfassung der eingeschlossenen Primärstudien

Studie	Studienpopulation und soziokultureller Kontext	Durchführung des Screenings (Setting, Zeitpunkt, Instrument, Personen, die das Screening durchführen, etc.)	Risikofaktoren (bzw. Items der verwendeten Fragebögen)	Follow-up Outcome-Messung	Testgüte	Sonstige Besonderheiten
Browne et al. 1988	14.238 Geburten (von drei "health authorities) zwischen 1984 - 1985 in Surry (Großbritannien)	Screening mittels Checkliste (validiert durch retrospektive Studie)  Bei der Geburt wurde die Checkliste von Hebammen ausgefüllt und im ersten Monat nach Geburt von "health visitors" ergänzt.  anonyme Auswertung auf der Basis eines Gewichtungssystems	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alter der Eltern</li> <li>• Geburtsabstand</li> <li>• mehr als 24h Trennung von der Mutter nach der Geburt</li> <li>• Frühgeburt und geringes Geburtsgewicht</li> <li>• Mental oder physisch beeinträchtigtes Kind</li> <li>• Getrennte lebende Familie, allein-erziehende Eltern</li> <li>• Stiefeltern, Zusammenleben der Mutter mit anderem Partner (nicht Vater des Kindes)</li> <li>• Familie mit sozialen/ökonomischen Problemen (Armut, soziale Isolation/ mangelnde Unterstützung</li> <li>• Vorgeschichte mit familiärer Gewalt oder Kindesmisshandlung</li> <li>• Vorgeschichte mit psychischer Erkrankung, Depression oder Abhängigkeitserkrankung</li> <li>• Eltern mit Vernachlässigungs/Missbrauchserfahrungen in ihrer Kindheit</li> <li>• Eltern mit intolerantem, indifferentem oder überängstlichem Auftreten ihren Kindern gegenüber</li> </ul>	2 Jahre Follow-up (geplant waren 5 Jahre)  Outcome: "case conference" wg. mutmaßlichem Missbrauch	positiver prädiktiver Wert: 6 %  negativer prädiktiver Wert: 99,8 %	Anmerkungen der Autoren: Die Einschätzung der Familien anhand der Checkliste veränderte sich im Laufe der Zeit.  Stärkster Prädiktor ist die Einstellung der Eltern ihrem Kind gegenüber (intolerantes, indifferentes oder überängstliches Auftreten).



7. Ergebnisse

Studie	Studienpopulation und soziokultureller Kontext	Durchführung des Screenings (Setting, Zeitpunkt, Instrument, Personen, die das Screening durchführen, etc.)	Risikofaktoren (bzw. Items der verwendeten Fragebögen)	Follow-up Outcome-Messung	Testgüte	Sonstige Besonderheiten
Muir et al. 1989	<p>zufällige Stichprobe aus einer regionalen "Schwangerenkohorte" in Dunedin Neuseeland</p> <p>238 Schwangere</p> <p>Zeitraum der Befragung ist nicht angegeben</p>	<p>semistrukturiertes Interview mit Fragebögen (validiert durch Vorstudie)</p> <p>für die Erfassung der Erwartungen wurde ein anderer Fragebogen als in der Vorstudie verwendet (unklar ob, und wie dieser validiert wurde)</p> <p>Befragungszeitpunkt und Interviewer ist unklar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Häufige Adresswechsel vor der Schwangerschaft</li> <li>• psychiatrische Behandlung der Mutter</li> <li>• wahrscheinliche Inkompetenz der Mutter als Elternteil aufgrund emotionaler Probleme (Assessment durch ein multidisziplinäres Team)</li> <li>• wahrscheinliche Inkompetenz der Mutter als Elternteil aufgrund intellektueller Probleme (Assessment durch ein multidisziplinäres Team; z. B. Schulbildung)</li> <li>• Mutter hat unrealistische Erwartungen an das Kind</li> <li>• keine Teilnahme an Schwangerschaftsvorbereitungskursen</li> <li>• Mutter hat ihre Entscheidung bzgl. einer Adoption geändert</li> <li>• ein früheres Kind wurde misshandelt oder vernachlässigt</li> <li>• Mutter wurde als Kind misshandelt oder vernachlässigt</li> </ul>	<p>2 Jahre Follow-up</p> <p>Outcome:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Weggabe des Kindes</li> <li>- Überweisung zu diversen sozialen Einrichtungen (Kinder- und Jugendfürsorge)</li> <li>- Krankenhauseinweisungen bzw. Unfallambulanzen</li> </ul>	<p>Tabelle mit nach Outcome-Kriterien differenzierten Testgütwerten, dabei wurden die Gruppen mit hohem, mittlerem und niedrigem Risiko zusammengefasst und denen gegenübergestellt, die kein Risiko haben.</p> <p>Sensitivität: 100 % - 27 %</p> <p>Spezifität: 87 % - 80 %</p>	<p>Nach der Studie routinemäßige Anwendung der Checkliste bei der Einschreibung in eine Geburtsklinik.</p> <p>Erwartungen an das Kind sowie emotionale und intellektuelle Probleme werden durch "health worker" erfasst, weil es zu schwierig ist, diese schnell und objektiv zu erfassen.</p>

7. Ergebnisse

Studie	Studienpopulation und soziokultureller Kontext	Durchführung des Screenings (Setting, Zeitpunkt, Instrument, Personen, die das Screening durchführen, etc.)	Risikofaktoren (bzw. Items der verwendeten Fragebögen)	Follow-up Outcome-Messung	Testgüte	Sonstige Besonderheiten
Murphy et al. 1985	<p>587 zukünftige Mütter eines bundesweit geförderten "combined Maternal und Infant, Children and Youth Project" am University of Colorado Health Sciences Center</p> <p>→ Sozialschwache</p> <p>aber nur max. 246 Fälle im Follow-up (unklare Fallangaben)</p> <p>Rekrutierung zwischen 1977-1979</p>	<p>Interview erfolgt im Rahmen der Einschreibung in das Projekt durch geschulte Sozialarbeiter zwischen dem 3. und 6. Schwangerschaftsmonat (kein informed consent)</p> <p>"Family Stress Checklist" wurde ursprünglich verwendet bei bekannten Misshandlungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eltern wurden als Kinder selbst misshandelt oder vernachlässigt</li> <li>• Eltern sind als kriminell oder geisteskrank registriert</li> <li>• Eltern waren bereits in der Vergangenheit des Missbrauchs verdächtig worden</li> <li>• Eltern mit niedrigem Selbstwertgefühl, sozial isoliert oder depressiv</li> <li>• mehrfache Krisen oder Stress</li> <li>• Gewaltausbrüche</li> <li>• rigide, unrealistische Erwartungen bzgl. des Kindes</li> <li>• harte Bestrafung des Kindes</li> <li>• schwieriges und provokatives Kind bzw. es wird von den Eltern so wahrgenommen</li> <li>• Kind war ungewollt, Risiko für Bindungsstörungen</li> </ul>	<p>unklare Angaben zum Follow up: 1 - 2 Jahre oder 2 - 2,5 Jahre</p> <p>Outcome: Eintragungen in Patientenakten z. B. Eltern gehen mit Kind nicht zum Arzt oder Gedeihstörungen, Verletzungen etc.</p>	<p>Berechnung der Testgütekriterien nicht klar dargestellt</p> <p>Sensitivität: 80 %, Spezifität: 89,4 %, PPW: 52,5 %, NPW: 96,8 %</p> <p>nur die als "high risk" eingestuft gelten als Test+, die "low risk" und "medium risk" gelten als Test- (selektives Kollektiv → eigentlich Angabe der Likelihood Ratio)</p>	<p>qualitative Mängel (unklare Score-Einteilung, inkonsistente Angaben, unkontrollierte Intervention)</p>

7. Ergebnisse

Studie	Studienpopulation und soziokultureller Kontext	Durchführung des Screenings (Setting, Zeitpunkt, Instrument, Personen, die das Screening durchführen, etc.)	Risikofaktoren (bzw. Items der verwendeten Fragebögen)	Follow-up Outcome-Messung	Testgüte	Sonstige Besonderheiten
Lealman et al. 1983	2.802 nicht-asiatische Neugeborene und Kleinkinder  Datenerhebung 1979 Bradford UK	Checkliste mit Risikofaktoren (nicht validiert)  Erhebung der Risikofaktoren aus Krankenhausakten	<p>Hauptrisikofaktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutter unter 20 Jahren bei der Geburt des ersten Kindes</li> <li>• Vorsorgebeginn nach der 20. SSW</li> <li>• unverheiratete Mutter</li> </ul> <p>Weitere Risikofaktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stiefkinder</li> <li>• Psychiatrische Vorerkrankung</li> <li>• vorhergehende Überweisung zu Sozialarbeitern</li> <li>• Schwangerschaftsabbruch angefragt aber nicht genehmigt</li> <li>• Komplikationen während Schwangerschaft oder Geburt</li> <li>• Neugeborenes benötigte Unterbringung auf Intensivstation</li> <li>• Entlassung auf eigenen Wunsch gegen den Rat der Betreuer</li> </ul>	<p>Follow-up: 18 Monate</p> <p>Outcome: Untersuchung nur bzgl. Gedeihstörungen, Impfstatus, ambulante Versorgung in einer Notaufnahme, Krankenhausaufenthalt, Tod, Erfassung im "Child Abuse Register"</p>	Darstellung der prozentualen Verteilung der einzelnen Outcomeparameter in den verschiedenen Gruppen.	<p>4 Gruppen (Zuteilung der Intervention unklar): Hochrisikogruppe mit Intervention; Hochrisikogruppe ohne Intervention; Hochrisikogruppe bereits betreut durch Sozialarbeiter; kein Risiko</p> <p>Erhebliche methodische Mängel (keine Randomisierung bei der Intervention, Datenerhebung aus Krankenhausakten, keine validierte Checkliste)</p>

7. Ergebnisse

Studie	Studienpopulation und soziokultureller Kontext	Durchführung des Screenings (Setting, Zeitpunkt, Instrument, Personen, die das Screening durchführen, etc.)	Risikofaktoren (bzw. Items der verwendeten Fragebögen)	Follow-up Outcome-Messung	Testgüte	Sonstige Besonderheiten
Brayden et al. 1993	<p>2.585 Frauen, die zur Schwangerschaftsvorsorge ans Metropolitan Nashville General Hospital kamen → davon haben 919 die Teilnahme verweigert, 512 Ausschluss aus anderen Gründen, 65 Pretest → 1.089 Teilnehmerinnen</p> <p>Rekrutierung zwischen 1984 - 1986</p> <p>evtl. selektive Population (mittleres Alter 21 bis 22 Jahre)</p>	<p>Entwicklung eines Fragebogens (MHI-2) durch die Auswahl von relevanten Fragen aus einem Fragebogen, der bereit 1975 - 1980 in einer Studie verwendet wurde.</p> <p>Interview aus offenen Fragen</p> <p>Befragung durch geschulte Interviewer</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstellung zu Erziehung, Disziplin</li> <li>• Persönlichkeit (Extroversion, Aggressivität, Abhängigkeit, Selbstbild)</li> <li>• Einstellung zur Schwangerschaft</li> <li>• Einstellung zur eigenen Kindheit</li> <li>• verkürzte Version des Life Stress Inventory (Vater und Mutter)</li> <li>• Häufigkeit von Umzügen</li> <li>• frühere Inobhutnahme von Kindern durch staatliche Institutionen</li> <li>• Einschätzung der mütterlichen Aussagen bzgl. „abusive tendencies“ und Glaubwürdigkeit</li> </ul>	<p>Follow-up: 36 Monate nach Geburt</p> <p>(Follow-up in den einzelnen Gruppen 79 % - 90 %)</p> <p>Outcome: Fälle von physischer Misshandlung, Vernachlässigung und/oder Inobhutnahme der Kinder aus Akten staatlicher Institutionen erfasst</p>	<p>positiver prädiktiver Wert für körperliche Misshandlung: 6,6 %</p> <p>Sensitivität für körperliche Misshandlung: 55,6 %</p> <p>signifikanter Unterschied zwischen "high risk group" und "low risk group" bezüglich dem RR von physischer Misshandlung, keine signifikanten Unterschiede bzgl. Vernachlässigung und Inobhutnahme</p>	<p>Intervention prä- und postnatal durch interdisziplinäres Team bis zum 2. Lj. des Kindes; Gruppensitzungen</p> <p>randomisierte Zuteilung in die "high risk intervention group" und "high risk control group"</p> <p>methodische Mängel (Gruppeneinteilung high risk/low risk unklar)</p>

7. Ergebnisse

Studie	Studienpopulation und soziokultureller Kontext	Durchführung des Screenings (Setting, Zeitpunkt, Instrument, Personen, die das Screening durchführen, etc.)	Risikofaktoren (bzw. Items der verwendeten Fragebögen)	Follow-up Outcome-Messung	Testgüte	Sonstige Besonderheiten
Gray et al. 1979	<p>Stichprobe von 350 Mütter, die am Colorado General Hospital entbunden haben (1. oder 2. Kind)</p> <p>Zeitraum: 1971 - 1973</p>	<p>Vorhersage von „abnormal parenting practices“ (nicht definiert)</p> <p>Datenerhebung: Mix unterschiedlicher Methoden, Interviews und Fragebogen vor und nach der Geburt (unklar ob validiert); Erhebung von Daten im Kreißsaal, ggf. Videoaufnahmen im Kreißsaal</p> <p>unklar, wer genau die Daten erhebt und ob alle Methoden bei allen Teilnehmern zur Anwendung kommen</p>	<p>(Zusammenfassung von umfangreichen Listen mit konkreten Beispielen)</p> <p>Warnzeichen vor der Geburt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bestimmte Erwartungen an das Kind</li> <li>• Schwangerschaft wird abgelehnt</li> <li>• Isolation</li> <li>• keine Unterstützung durch Partner etc.</li> <li>• ursprünglich war ein Schwangerschaftsabbruch geplant</li> <li>• schlechte Wohnsituation</li> <li>• kein Telefon</li> </ul> <p>Warnzeichen während der Entbindung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhalten der Mutter gegenüber dem Baby (z. B. Augenkontakt, Berührung)</li> <li>• Interaktion Mutter - Vater</li> </ul> <p>Warnzeichen nach der Entbindung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutter-Kind-Interaktion (z. B. Ansprache)</li> <li>• Mutter spricht negativ über das Kind</li> <li>• keine Unterstützung durch Partner etc.</li> </ul> <p>Positive familiäre Umstände:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eltern sehen das Kind positiv</li> <li>• Baby ist gesund und nicht zu anstrengend</li> <li>• stabile Ehe, gegenseitige Unterstützung</li> <li>• soziale Unterstützung</li> <li>• Mutter ist intelligent und gesund</li> <li>• geplantes/erwünschtes Kind</li> <li>• sichere Arbeitsstelle, eigenes Haus, stabile Wohnverhältnisse</li> </ul>	<p>Follow-up: 17 - 35 Monate</p> <p>Outcome: Abgleich mit "Central Child Abuse Registry" (Misshandlung, Vernachlässigung, verächtliche Verletzungen, Verletzungen der Aufsichtspflicht, Inobhutnahme durch staatliche Institutionen, Gedeihstörungen durch Vernachlässigung, Entführungen durch ein Elternteil u.ä.)</p> <p>erneutes Interview, Beobachtung und Denver Developmental Screening Test (DDST) bei 25 zufällig ausgewählten Familien pro Gruppe</p>	<p>Chi-Square-Test bei der Gesamtzahl aus Central Registry: 8 Fälle in Hochrisikogruppe (100 Kinder) vs. 0 Fälle in Niedrigrisikogruppe (50 Kinder) <math>p &lt; 0,04</math>,</p> <p>signifikante Unterschiede zwischen Hochrisikogruppe und Niedrigrisikogruppe hinsichtlich Hinweisen auf „abnormal parenting practices“ und DDST</p>	<p>Randomisierung der Hochrisikogruppe in Intervention und Nicht-Intervention</p> <p>Intervention: zweimonatliche Untersuchungen durch Kinderarzt + wöchentliche Hausbesuche durch „public health nurses“ über min. 17 Monate</p> <p>Methodische Mängel (unklar ob Fragebögen validiert wurden, Risikostratifizierung unklar, schlechte Berichtsqualität, da zahlreiche Angaben fehlen)</p>

## 8 Fazit und Beschlussempfehlung

Die eingeschlossenen Studien entsprechen nach § 18 Abs. 2 der VerFO maximal der Evidenzstufe II a (systematische Übersichtsarbeit aus Studien II b, Querschnitts- und Kohortenstudien, aus denen sich alle diagnostischen Kenngrößen zur Testgenauigkeit berechnen lassen). Aus keiner der systematischen Übersichtsarbeiten kann eine Empfehlung für ein bevölkerungsbasiertes Screening auf Kindesmisshandlung oder auf Risikofaktoren für Kindesmisshandlung abgeleitet werden. Der kanadische Review sieht sogar eine Evidenz für eine explizite Empfehlung gegen ein Screening auf Kindesmisshandlung bei Früherkennungsuntersuchungen. Die eingeschlossenen Primärstudien konnten keine zusätzliche Evidenz für eine Einführung eines bevölkerungsbasierten Screenings auf Risikofaktoren für Kindesmisshandlung liefern. Zur direkten Früherkennung von Kindesmisshandlung wurden keine Primärstudien identifiziert.

Die Testgüte der in den Studien verwendeten Screening-Instrumente ist aufgrund der Anwendung in verschiedenen Settings und methodisch bedingt sehr unterschiedlich. Neben einer hohen Sensitivität ist von einem Test, der im Rahmen eines bevölkerungsweiten Screenings auf Kindesmisshandlung eingesetzt werden soll, aufgrund der Stigmatisierungsgefahr eine sehr hohe Spezifität zu fordern. Die positiven prädiktiven Werte der Screening-Instrumente lagen in den Primärstudien zwischen 6 und 52,5 %. In einer englischen Studie sind bei einem positiven prädiktiven Wert von 6 % von 100 Hochrisikofamilien 94 falsch, d. h. ungerechtfertigt als misshandelnde Mütter/Eltern eingestuft worden (Browne et al. 1988). Eine amerikanische Studie hat zwar einen positiven prädiktiven Wert von 52,5 % ermittelt, allerdings handelt es sich hier um eine selektierte Population (niedriger sozioökonomischer Status) und die Ergebnisse müssen aufgrund der methodischen Mängel der Studie vorsichtig interpretiert werden (Murphy et al. 1985). Außerdem muss davon ausgegangen werden, dass die Prognosefähigkeit von Risikofaktoren/Screeninginstrumenten für Kindesmisshandlung durch den soziokulturellen Kontext beeinflusst wird. Keine Studie wurde in Deutschland durchgeführt und die verwendeten Instrumente sind mindestens 20 Jahre alt.

Aus der Literatur geht nicht hervor, welches Setting für ein Screening auf Risikofaktoren von Kindesmisshandlung geeignet ist. In den ausgewerteten Studien wurde das Screening i. d. R. von Krankenhauspersonal bzw. „health nurses“ um den Zeitpunkt der Geburt herum durchgeführt. Zudem werden mit den in den Studien verwendeten Screeninginstrumenten hauptsächlich Risikofaktoren der Mütter/Eltern erfasst.

In keiner der Stellungnahmen, die sich zum Thema Kindesmisshandlung äußern, wird ein bevölkerungsweites Screening auf Kindesmisshandlung im Rahmen der Kinderfrüherkennung gefordert.

Ein gezieltes Screening auf Kindesmisshandlung bzw. auf Risikofaktoren für Kindesmisshandlung würde verlangen, dass die Eltern im Sinne eines "informed consent" vor der Untersuchung über diese Untersuchungsinhalte informiert werden. Dies kann u. U. dazu führen, dass gerade bei relevanten Gruppen die Teilnahme zurückgeht, weil die Kinderfrüherkennungsuntersuchung nicht mehr als Vorsorgeangebot, sondern eher als Kontrollinstrument wahrgenommen wird.

Zusammenfassend kann somit festgestellt werden, dass derzeit aufgrund der Datenlage die Einführung eines bevölkerungsbasierten Screenings zur Früherkennung von Kindesmisshandlung und/oder zur Erfassung von Risikofaktoren für Kindesmisshandlung in die Kinder-Richtlinien nicht empfohlen werden kann, da einem fraglichen Nutzen ein möglicherweise hohes Schadenspotenzial entgegen steht.

## 9 Diskussion

Unabhängig vom Für und Wider eines bevölkerungsweiten Screenings zur Prävention von Kindesmisshandlung besteht weiterhin im Rahmen der klinischen Untersuchung während der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen die Möglichkeit im Sinne eines "case findings" bei verdächtiger Symptomatik die notwendigen Maßnahmen zu veranlassen. Um die Aufmerksamkeit der Ärzte hinsichtlich Kindesmisshandlung zu erhöhen und Unsicherheit in Bezug auf das weitere Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung abzubauen, haben Landesärztekammern, Berufsverbände oder Ministerien Leitfäden entwickelt bzw. bieten entsprechende Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen an (z. B. Landesärztekammer Baden-Württemberg: [www.aerztekammer-bw.de/20/gewgkinder/leitfaden.pdf](http://www.aerztekammer-bw.de/20/gewgkinder/leitfaden.pdf); Niedersächsisches Ministerium für Soziales: [www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de)).

In den gesichteten und ausgewerteten Publikationen konnten auch keinerlei Hinweise gefunden werden, dass durch eine verpflichtende Vorsorgeuntersuchung Kindesmisshandlung verhindert werden kann (siehe hierzu auch Pressemitteilung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V. vom 30. Januar 2007) bzw. wenden sich zahlreiche Institutionen ausdrücklich gegen eine verpflichtende Früherkennungsuntersuchung (bspw. Positionspapier der BPtK). Die Akzeptanz der Kinderfrüherkennungsuntersuchung in der Bevölkerung und die Teilnahmeraten sind in Deutschland im internationalen Vergleich sehr hoch ("Bestandsaufnahme" der BZgA, <http://www.kindergesundheit-info.de/1931.0.html>). Es gibt derzeit bereits zahlreiche Maßnahmen zur Steigerung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (z.B. Krankenkassen, BZgA, Verbände/Vereine, Gesundheitsämter auf städtischer und Kreisebene).

Im Gegensatz zu der nicht ausreichend belegten Diskriminationsfähigkeit von Screeninginstrumenten ergeben sich aus der Literatur jedoch Hinweise, dass Unterstützungsangebote (in Form von aufsuchenden Hilfsangeboten) für bestimmte Hochrisikofamilien für die Prävention von Kindesmisshandlung effektiv sein können (Nelson et. al. 2004, MacMillan 2000). Dem gegenwärtigen Dilemma, dass keine validen Tests zur Identifizierung von Hochrisikofamilien vorliegen, könnte z. B. damit begegnet werden, dass bereits um den Geburtszeitpunkt herum allen Familien Angebote zur Unterstützung bei der Bewältigung problematischer Lebenslagen zur Verfügung gestellt werden. Derzeit gibt es diese Betreuungsangebote aber nur im Rahmen regionaler Modellprojekte (Informationszentrum Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung 2005).

Ein aktueller und vielversprechender Ansatz zur Prävention von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung sind sogenannte soziale Frühwarnsysteme (IKK Nachrichten 1 - 2/2005). Der Begriff "Frühwarnsystem" kommt eigentlich aus dem technischen Bereich und bezeichnet Systeme, die frühzeitig vor drohenden Gefahren warnen sollen, wie z. B. Rauchmelder. Ein soziales Frühwarnsystem soll analog dazu frühzeitig auf riskante Entwicklungen bei Kindern und familiäre Krisen aufmerksam machen. Allerdings geht es dabei nicht nur um die Früherkennung von Risiken, sondern ein "soziales Frühwarnsystem ist eine in sich geschlossene Reaktionskette der drei Basiselemente: Wahrnehmen, Warnen und Handeln" (IKK Nachrichten 1 - 2/2005 S. 7). Das Ziel, riskanten Entwicklungen entgegenzuwirken bzw. sie zu verhindern kann nur erreicht werden, wenn verantwortlich handelnde Personen und Institutionen benannt werden und diese auf Wahrnehmungen auch reagieren. Ein soziales Frühwarnsystem erfordert die verbindliche Kooperation und Vernetzung von bestehenden Strukturen und Einrichtungen sowie eine gemeinsame Definition von Schwellenwer-

ten bzw. Bewertungskriterien von "Normalzuständen" und deren Veränderungen gemäß denen gehandelt werden soll. Dabei sollte der gesellschaftliche/kulturelle Kontext berücksichtigt werden. Soziale Frühwarnsysteme könnten sich auf Lebensbedingungen im Sozialraum oder Lebenssituationen von Individuen/Zielgruppen konzentrieren. Im Modellprojekt "Soziale Frühwarnsystem in NRW" wurde u. a. Säuglings- und Kindesvernachlässigung als Anwendungsfeld für soziale Frühwarnsysteme erprobt. (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Ergebnisse und Perspektiven eines Modellprojekts 2005 [www.soziale-fruehwarnsysteme.de/projekt/Ergebnisse.html](http://www.soziale-fruehwarnsysteme.de/projekt/Ergebnisse.html)).

Auch wenn es derzeit keine geeigneten Screening-Instrumente gibt, können die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen in der aktuellen Form sicherlich einen wichtigen Beitrag zur Prävention und Früherkennung von Kindesmisshandlung leisten. Verbesserungspotential ergibt sich insbesondere durch Schulung der Ärzte und eine bessere Vernetzung/Kooperation der verantwortlichen Institutionen sowie durch die Aufnahme von Risikofaktoren für Vernachlässigung und Missbrauch in ein Manual zur standardisierten Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen.

In den Stellungnahmen wird ebenfalls die Berücksichtigung relevanter perinataler und soziodemographischer Variablen als Risikofaktoren (z.B. Alleinerziehende, mehr als zwei Geschwister, Teenager-Schwangerschaft, Suchterkrankung, partnerschaftliche Gewalt) neben weiteren klinischen Merkmalen gefordert. Allerdings wird betont, dass auch die aussagekräftigste Risikoeinschätzung nutzlos ist, solange kein effektives Risikomanagement folgt (z.B. ÖGD, aufsuchende Hilfen für die Familien).

Da es es in der Literatur keinerlei Hinweise gibt, dass durch eine verpflichtende Vorsorgeuntersuchung Kindesmisshandlung verhindert werden kann, sollten die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen auch weiterhin ein freiwilliges Vorsorgeangebot bleiben und wie bisher durch entsprechende Maßnahmen zur Steigerung der Teilnahmeraten flankiert werden. Mit den umfangreichen Ressourcen, die zur Kontrolle von „Nicht-Teilnehmern“ eingesetzt werden müssten, könnte sicherlich an anderer Stelle ein größerer Nutzen hinsichtlich der Vermeidung von Kindesmisshandlung erzielt werden. Besonders wichtig wären universelle als auch zielgruppenspezifische Hilfsangebote für gefährdete Familien.



## 10 Anhang

### 10.1 Beratungsantrag und Begründung (ohne Anlagen)



PT

Gemeinsamer Bundesausschuss Abteilung I						
Eingang: 01. Feb. 2005						
Original	Dr. Dietz					
Kopie						
Vorsitzender	GF	Sist. Recht.	Sist. Medizin.	P/O	Verw.	Abt. II

IKK-Bundesverband · Postf. 10 01 52 · 51401 Bergisch Gladbach

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Geschäftsführung  
Postfach 1763  
53707 Siegburg

Ihr/e Gesprächspartner/in

Dr. Dominik Dietz

Tel.: 02204 44-114  
Fax: 02204 44-66114  
E-Mail: dominik.dietz@bv.ikk.de

Geschäftszeichen:  
A 2.5 (1)/eng

28. Januar 2005

**Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres ("Kinder-Richtlinien");  
hier: Antrag auf Überarbeitung der "Kinder-Richtlinien"**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantragt der IKK-Bundesverband auf Grundlage des § 135 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit den §§ 25, 26 SGB V die Überarbeitung der "Kinder-Richtlinien".

Die 1976 beschlossenen "Kinder-Richtlinien" konkretisieren den Anspruch, den versicherte Kinder bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Masse gefährden, haben. Neben einem sehr umfangreichen Katalog von Zielerkrankungen beinhalten die Richtlinien die Terminierung der neun Kinderuntersuchungen (U1 – U9) sowie die bei den einzelnen Untersuchungen zu erhebenden Anamnese sowie die Zielorgane/Systeme für die Untersuchung. Der Inhalt der Kinder-Richtlinien ist, mit Ausnahme der Aufnahme des Hüftsonographie-Screenings, des TSH-Screenings sowie des vor kurzem beschlossenen erweiterten Neugeborenen-Screenings, im wesentlichen seit 1976 unverändert. Sowohl auf Grund des medizinischen Fortschritts, der teilweisen Veränderungen der Prävalenz und Inzidenz von Erkrankungen im Kindesalter sowie der wissenschaftlichen Anforderung, die an Früherkennungsprogramme gestellt werden, halten wir eine Überarbeitung für dringend geboten.

Seite 1 von 2  
gem. bundesausschuss.doc

Friedrich-Ebert-Straße  
(TechnologiePark)  
51429 Bergisch Gladbach  
IK: 109 900 019  
BBNR: 37912580

Telefon 02204 44-0  
Telefax 02204 44-185  
E-Mail [ikk-bundesverband@bv.ikk.de](mailto:ikk-bundesverband@bv.ikk.de)  
Internet [www.ikk.de](http://www.ikk.de)

SEB AG Filiale Köln  
Kölner Bank von 1857  
Postbank Köln

Konto-Nr. 1 008 036 600  
Konto-Nr. 29 317 003  
Konto-Nr. 1 923 00-507

BLZ 370 101 11  
BLZ 371 600 87  
BLZ 370 100 50



Ziel dieser Überarbeitung ist insbesondere die Überprüfung der derzeit vorgenommenen Maßnahmen, die eventuellen Ergänzungen von Screeninguntersuchungen, die Konkretisierung einzelner Untersuchungsinhalte und die Anforderungen an die die Früherkennungsuntersuchung durchführenden Ärzte.

Mit freundlichen Grüßen  
Abteilung Verträge

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Bernd Metzinger'.

Dr. Bernd Metzinger

## 10.2 Veröffentlichung der Ankündigung des Beratungsthemas im Bundesanzeiger

BAnz. Nr. 67 (S. 5707) vom 09.04.2005

### **Bekanntmachungen**

---

#### **Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung**

**Bekanntmachung** [1333 A]  
**des Gemeinsamen Bundesausschusses**  
**gemäß § 91 Abs. 5 des Fünften Buches**  
**Sozialgesetzbuch (SGB V)**  
**über weitere Beratungsthemen**  
**zur Überprüfung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V**  
**Vom 23. Februar 2005**

Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft gemäß gesetzlichem Auftrag für die ambulante vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue oder bereits in der vertragsärztlichen Versorgung angewendete ärztliche Methoden daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Das Ergebnis der Überprüfung entscheidet gemäß § 135 Abs. 1 SGB V darüber, ob und unter welchen Vorgaben die jeweiligen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden zu Lasten der GKV durchgeführt werden können. Der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragte Unterausschuss veröffentlicht die neuen Beratungsthemen, die aktuell zur Überprüfung anstehen.

Entsprechend der Festsetzung des Unterausschusses vom 1. Februar 2005 wird zusätzlich folgendes Thema beraten:

– Inhaltliche Überarbeitung der Kinder-Richtlinien

Mit dieser Veröffentlichung soll insbesondere Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Dachverbänden von Ärztesgesellschaften, Spitzenverbänden der Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen sowie Spitzenorganisationen von Herstellern von Medizinprodukten und -geräten Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden.

Stellungnahmen zu oben genanntem Thema sind anhand eines Fragenkataloges innerhalb einer Frist von zwölf Wochen nach dieser Veröffentlichung möglichst in elektronischer Form einzureichen und themenbezogen an folgende Adresse zu senden:

Kinder-rili@g-ba.de

Den Fragenkatalog sowie weitere Erläuterungen erhalten Sie bei der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Geschäftsführung

Auf dem Seidenberg 3a

53721 Siegburg

Siegburg, den 23. Februar 2005

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Dr. jur. R. H e s s

### 10.3 Fragenkatalog

#### **Gemeinsamer Bundesausschuss gem. § 91 Abs. 5 SGB V Unterausschuss "Prävention"**

##### **Fragenkatalog zum Thema: „Überarbeitung der Kinderfrüherkennungsuntersuchung“**

Vorbemerkung:

§ 26 SGB V i.V. mit § 25 sowie 135 Abs. 1 SGB V legt die Voraussetzungen fest, unter denen bei Kindern Früherkennungsuntersuchungen von Krankheiten, die ihre körperliche und geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden, zu Lasten der Krankenkassen durchgeführt werden können.

Der nachfolgende Fragenkatalog orientiert sich an diesen gesetzlichen Vorgaben und der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Ihre Stellungnahme soll den Bundesausschuss bei der Beurteilung unterstützen, ob und für welche Inhalte (z.B. Untersuchungen, Beratungen) diese gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Maßgeblich für die Beratung des Gemeinsamen Bundesausschusses sind vor allem die wissenschaftlichen Belege (Studien und sonstige wissenschaftliche Literatur), die Sie zur Begründung Ihrer Stellungnahme anführen (zitierte Literatur bitte möglichst in Kopie oder in elektronischer Form beifügen).

Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um die Überarbeitung sowohl des gesamten Früherkennungsprogramms als auch um die einzelnen Inhalte handelt. Daher gliedert sich der Fragenkatalog in zwei Abschnitte.

##### **A. Allgemeine Fragen zum Kinder-Früherkennungsprogramm:**

1. Gibt es Ihres Erachtens eine geeignetere Konzeption für Kinder- Früherkennungsuntersuchungen im deutschen Versorgungskontext als das bisher etablierte Programm (ärztliche Untersuchungen in bestimmten Altersabschnitten) und ist eine bessere Nutzenbilanz (Akzeptanz, Wirksamkeit etc.) belegt? Wenn ja, stellen Sie bitte die Grundzüge dar.
2. Welche derzeit in den Kinder-Richtlinien geregelten Inhalte des Kinderfrüherkennungsprogramms halten Sie für erhaltenswert, welche für überarbeitungsbedürftig, und warum?
3. Welche Untersuchungsbestandteile halten Sie für obligat und welche für fakultativ?
4. Gibt es Maßnahmen, die Ihrer Ansicht nach modifiziert oder Zielerkrankungen , die konkretisiert werden müssen? Wenn ja, bitte beantworten Sie die in Teil B genannten speziellen Fragen jeweils zu den einzelnen Maßnahmen.
5. Halten Sie zusätzliche Maßnahmen für sinnvoll? Wenn ja, bitte beantworten Sie die in Teil B genannten Fragen jeweils zu den einzelnen Maßnahmen.
6. Gibt es Maßnahmen, die Ihrer Ansicht nach nur für bestimmte Risikogruppen angeboten werden sollen? Wenn ja, bitte beantworten Sie die in Teil B genannten Fragen jeweils zu den einzelnen Maßnahmen.
7. Welche Strategien empfehlen Sie zur Erhaltung bzw. Steigerung der Inanspruchnahmerate der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen?
8. Würden Sie eine andere als die bisherige Dokumentation der Untersuchungsergebnisse hinsichtlich Ziel, Inhalt und Form befürworten? Wenn ja, wie könnte eine neue Dokumentation strukturiert werden?
9. Haben Sie darüber hinausgehende weitere Anregungen zu dem Programm?

Da der Bundesausschuss für jede aufzunehmende Früherkennungsuntersuchung die Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen zu überprüfen hat, bitten wir Sie, die Fragen in Teil B für jede der von Ihnen vorgeschlagenen Untersuchung separat zu beantworten.

**B. Fragen zur jeweiligen, konkreten Maßnahme des Früherkennungsprogramms:**

*Voraussetzung 1:*

*Es soll sich um eine Krankheit handeln, die wirksam behandelt werden kann.*

1. Auf welche Erkrankung sollte sich die Früherkennungsuntersuchung beziehen? (konkrete Bezeichnung der Erkrankung, Prävalenz und Inzidenz in Deutschland)
2. Welche Therapien sind bei der von Ihnen genannten Erkrankung in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt? Welche Faktoren beeinflussen ggf. eine wirksame Therapie?
3. Wie ist der natürliche Verlauf der Erkrankung? In welchem Krankheitsstadium und mit welchem Erfassungsgrad wird derzeit diese Erkrankung diagnostiziert und mit welchem Ergebnis therapiert?
4. Welche Folgen resultieren mit welcher Häufigkeit aus einer unbehandelten oder spät diagnostizierten oder therapierten Erkrankung und wie ist der Vorteil einer frühen gegenüber einer späten Therapie belegt?
5. Welches Ziel soll mit der Früherkennungsuntersuchung erreicht werden?

*Voraussetzung 2:*

*Vor- oder Frühstadien sollen durch diagnostische Maßnahmen erfassbar sein.*

6. Sind Vor- oder Frühstadien der von Ihnen genannten Erkrankung durch eine Früherkennungsuntersuchung erfassbar?
7. Welche diagnostische Maßnahme (oder welche Kombination) ist für eine Früherkennungsuntersuchung geeignet, in welchen Altersgrenzen und ggf. in welchem Wiederholungsintervall soll welche Untersuchung durchgeführt werden? Bitte geben Sie zu der/dem von Ihnen empfohlenen Früherkennungsuntersuchung/ Test möglichst genaue Angaben zur Zuverlässigkeit, Sensitivität und Spezifität, positiven und negativen prädiktiven Werten sowie zur Reproduzierbarkeit in Abhängigkeit vom Untersuchungsalter.
8. Welcher Nutzen resultiert für die von Ihnen vorgeschlagene Untersuchung für welche Zielgruppe und wie lässt sich dieser Nutzen quantifizieren (z.B. auch Angaben zur Lebensqualität).
9. Welche negativen Folgen sind durch die Früherkennungsuntersuchung zu erwarten und welche Bedeutung messen Sie ihnen bei (z.B. falsch positive/negative Befunde, Belastung durch Abklärungsdiagnostik)?

*Voraussetzung 3:*

*Die Krankheitszeichen sollen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sein.*

10. Vorgehen bei auffälligem Untersuchungsergebnis: Welche diagnostischen Verfahren sind allein oder in Kombination zum eindeutigen Nachweis (Abklärungsdiagnostik auffälliger Patienten) geeignet? Bitte geben Sie zu der von Ihnen empfohlenen Abklärungsuntersuchung möglichst genaue Angaben zur Zuverlässigkeit, Sensitivität und Spezifität, positiven und negativen prädiktiven Werten sowie zur Reproduzierbarkeit an.

11. Sind diese diagnostischen Verfahren standardisiert und welche Art der Durchführung gilt derzeit als Goldstandard?

*Voraussetzung 4:*

*Genügend Ärzte und Einrichtungen sollen vorhanden sein, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.*

12. Sind in Deutschland genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden, um die Früherkennungsuntersuchung, die ggf. erforderliche Abklärungsdiagnostik und ggf. erforderliche Therapie durchzuführen?
13. Welche Qualitätsvorgaben (z.B. fachlich/personell/apparativ, Durchführung, Dokumentation und Evaluation, Bewertung der Ergebnisqualität) halten Sie für die Früherkennungsuntersuchung für erforderlich?
14. Wie sollte die Früherkennungsuntersuchung organisiert sein (Erreichen der Zielgruppen, optimaler Untersuchungszeitpunkt, Testintervall, Abklärungsdiagnostik, Therapieeinleitung)?

**Einschätzung der Wirtschaftlichkeit:**

15. Ist die von Ihnen vorgeschlagene Früherkennungsuntersuchung durch nichtärztliche Mitarbeiter oder nur durch den Arzt durchzuführen und welchen Zeitbedarf setzen Sie für diese Untersuchung an?
16. Wie hoch sind die Kosten der von Ihnen vorgeschlagenen Früherkennungsuntersuchung pro Untersuchung und pro entdecktem Krankheitsfall?
17. Wie hoch schätzen Sie die Gesamtkosten pro Jahr in Deutschland für eine Früherkennungsuntersuchung (direkte Kosten für die Fallfindung und Abklärungsuntersuchung für die Gesamtheit der Versicherten)?
18. Welche Kosten-Nutzen-Bilanz ergibt sich im Vergleich zwischen der Früherkennungsuntersuchung und der rechtzeitig eingeleiteten Therapie gegenüber einem Verzicht auf diese Maßnahme?

**Offenlegung von Interessen:**

Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie diese Stellungnahme abgeben (z.B. Verband, Institution, Privatperson) und machen Sie Angaben zu Interessen Ihrer Person bzw. der Institution, für die Sie sprechen.

Schlussbemerkung

Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden und die Sie darstellen möchten?

Bitte ergänzen Sie Ihre Stellungnahme obligat durch eine Liste der zitierten Literatur und eine Liste der Anlagen.

## 10.4 Synopse der Stellungnahmen

### 10.4.1 Zielerkrankung: Entwicklungsstörungen, psychische Störungen

Stichwortartige Zusammenfassung der Stellungnahmen zum Frageteil B zur Überarbeitung der Kinder-Richtlinien

**B1 Auf welche Erkrankung sollte sich die Früherkennungsuntersuchung beziehen? (konkrete Bezeichnung der Erkrankung, Prävalenz und Inzidenz in Deutschland)**

Institution	genannte Erkrankungen
BPtK <sup>1</sup>	<p><b>a.</b> hyperkinetische Störungen inkl. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (F90)</p> <p><b>b.</b> Störung des Sozialverhaltens (F91), bei jüngeren Kindern insbesondere Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten</p> <p><b>c.</b> umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80) / Lese- und Rechtschreibstörung (F81.0) / isolierte Rechtschreibstörung</p> <p><b>d.</b> Kindesmisshandlung und Vernachlässigung als Risikofaktor</p>
BAG/BKJPP/DGKJP <sup>2</sup>	Entwicklungsstörungen und psychische Störungen mit Beginn in der Kindheit, ICD 10 F8 und F9

<sup>1</sup> Bundespsychotherapeutenkammer

<sup>2</sup> Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie; Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Institution	Stichwortartige Zusammenstellung der Antwort	Angegebene Literatur
BPtK	<p><b>a.</b> Schätzungen 6-Monats-Prävalenzrate bei 8-J. 4,6 % Jungen &gt; Mädchen Lifetime-Prävalenz 13-J. 6,3 % SDQ (4-7-J.) : klinisch erhöhte Werte für hyperaktives Verhalten bei 20,1 % (<i>bevölkerungsbezogene Studie aus Australien</i>)</p> <p><b>valide bevölkerungsbezogene Daten zu Prävalenz und Inzidenz im Vorschulalter nicht bekannt</b></p>	<p><b>a.</b> - Ihle et al. 2000 - Sanders et al. 2005 (<i>bevölkerungsbezogene Studie aus Australien</i>)</p> <p><b>b.</b> - Ihle et al. 2000</p>

	<p><b>b. Schätzungen</b>  6-Monats-Prävalenzrate bei 8-J. 1,7 %  Jungen &gt; Mädchen  Lifetime-Prävalenz 13-J. 8,6 %</p> <p>1-2 % im Grundschulalter, 4-6 % im Jugendalter (Jungen &gt;&gt; Mädchen)</p> <p>SDQ (4-7-J.) : klinisch erhöhte Werte für oppositionelles Verhalten bei 18,9 %</p> <p><b>auch hier keine validen bevölkerungsbezogenen Daten zu Prävalenz und Inzidenz im Vorschulalter bekannt</b></p> <p><b>c. Gesamtprävalenzraten Grundschulalter 17,6 %, davon</b>  rezeptive Sprachstörung 6,9 %  Lese- und Rechtschreibstörung inkl. isolierte Rechtschreibstörung 5,6 %</p> <p><b>Hinweis auf Problematik bei der psychometrisch vorgenommenen Definition der Lese- und Rechtschreibstörung</b></p> <p>bereits im Alter von 2 Jahren lassen sich Risikogruppen (13-20 % der Kinder) identifizieren, bei denen ein 50 %iges Risiko für eine Sprachentwicklungsstörung im Alter von 3-4 Jahren besteht, diese wiederum haben ein hohes Risiko für die Manifestation einer Lese- und Rechtschreibstörung in der Grundschule</p> <p><b>d. konservative Schätzungen (angezeigte Fälle in den USA) 1,23 % Prävalenz (1,6 % bei &lt; 3-J.)</b></p> <p>geschätzte 80 % der Kindesmisshandlungen werden von einem Elternteil verübt</p> <p>in Deutschland sind ca. 150.000 Kinder pro Jahr von körperlicher Misshandlung durch die Eltern betroffen</p> <p>weitere 15.255 (2004) sind laut Polizeilicher Kriminalstatistik von sexuellem Missbrauch betroffen</p> <p>in 16,7 % der bekannten Fälle sind die Tatverdächtigen Verwandte, die Dunkelziffer ist vermutlich wesentlich höher</p> <p>angloamerikanische Schätzungen zur Gesamtprävalenz (inkl. Dunkelfeld) bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit: 13-32 % bei Frauen und 4-14 % bei Männern</p>	<p>- Blanz 2003  - Sanders et al. 2005</p> <p><b>c.</b>  - Esser 2003  - Haffner et al. 1998  - Warnke, Hemminger und Plume 2004</p> <p><b>d.</b>  - Cicchetti und Toth 2005  - Wetzels 1997 (<i>retrospektive Studie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen</i>)  - Bundesministerium des Inneren 2005  - Administration on Children Youth and Families 2005  - Briere und Elliott 2003  - MacMillan et al. 1997  - Vogeltanz et al. 1999</p>
--	---	--



BAG/BKJPP/DGKJP	Durchschnittliche Gesamtprävalenz psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter: 10-20 % (1), (2). Kaum Studien zu behandlungsbedürftigen psychischen Störungen bis zum Einschulungsalter. 6-Monats-Prävalenz bei Kindern im Alter von 3 Jahren: 22,3 % (3). Gesamtprävalenz Kinder 5-7 Jahre: 7,8 % (4).	(1) Verhulst 1995 (2) Petermann 2005 (3) Richman et al. 1982 (4) Ford et al. 2003
-----------------	---	--

**B2 Welche Therapien sind bei der von Ihnen genannten Erkrankung in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt? Welche Faktoren beeinflussen ggf. eine wirksame Therapie?**

Institution	Stichwortartige Zusammenstellung der Antwort	Angegebene Literatur
BPtK	<p><b>a.</b> psychotherapeutische Ansätze, insbesondere multimodale psychotherapeutische Interventionen (häufig psychotherapeutische Behandlung der Kinder + Elterntraining, bei sehr jungen Kindern auch reines Elterntraining)</p> <p>Wirksamkeit nachgewiesen auch bei ADHS-Kindern mit weiteren komorbiden psychischen Störungen</p> <p>Pharmakotherapie: Methylphenidat ist das am besten untersuchte und wirksamste Therapeutikum, qualifizierte Indikationsstellung erforderlich, Sicherung der Diagnose durch Mehrebenendiagnostik (Anamnese der Eltern, ErzieherInnen, LehrerInnen, Eigenanamnese bei älteren Kindern; standardisierte Schätzskalen während der Untersuchung, ggf. Verhaltensbeobachtungen in relevanten Lebenssituationen)</p> <p>testpsychologische Verfahren zur Intelligenzdiagnostik und zur Diagnostik von Teilleistungsschwächen</p> <p>gesonderte Maßnahmen der Qualitätssicherung notwendig vor dem Hintergrund der starken Zuwachsraten für Ritalin® 1990-2001</p> <p>evidenzbasierte Interventionen der universellen Prävention (z.B. Triple P) und der indizierten Prävention (z.B. PEP), geeignet zur Vermeidung von externalisierenden Verhaltensstörungen und deren Frühsymptome</p> <p><b>b.</b> Effektivität von selektiven und indizierten Präventionsprogrammen im Rahmen von RCTs im Hinblick auf die Prävalenz psych. Störungen und externalisierender Verhaltensprobleme nachgewiesen</p> <p>im deutschsprachigen Raum liegen Wirksamkeitsnachweise u.a. für PEP vor</p>	<p><b>a.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fehlings, Roberts, Humphries, Dawe 1991</li> <li>- Lauth, Naumann, Roggenkamper, Heine 1996</li> <li>- Sonuga-Barke, Daley, Thompson, Laver-Bradbury, Weeks 2001</li> <li>- Farmer, Compton, Bums, Robertson 2002</li> <li>- Schuhmann, Foote, Eyberg, Boggs, Algina 1998</li> <li>- Smith, Waschbusch, Willoughby, Evans 2000</li> <li>- Abikoff et al. 2004</li> <li>- Whalen 2001</li> <li>- Sanders 1999</li> <li>- Wolff Metternich et al. 2002</li> </ul> <p><b>b.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sanders, Markie-Dadds, Tully, Bor 2000</li> <li>- Wolchik et al. 2002</li> <li>- Wolff Metternich et al. 2002</li> </ul>

	<p>Wirksamkeit multimodaler Psychotherapie in RCTs, quasi-experimentellen Studien, Meta-Analysen, Übersichtsarbeiten zahlreich dokumentiert</p> <p><b>c. Prävention:</b> für den deutschsprachigen Raum liegen Hinweise für die Effektivität gezielter Präventionsprogramme bei Risikogruppen vor, exemplarisch „Hören, lauschen, lernen“ aus phonologischem Bewusstseinstraining, phonologischen Übungseinheiten und einem Buchstaben-Laut-Training</p> <p>Therapie: es wurden eine Reihe von Interventionsprogrammen entwickelt und einer empirischen Effektivitätsprüfung unterzogen exemplarisch „psycholinguistische Lese- und Rechtschreibförderung“ für den klinisch-sonderpädagogischen Bereich und die lautgetreue Rechtschreibförderung von Reuther-Liehr, deren längerfristige Wirksamkeit in Kohortenstudien mit Kontrollgruppe belegt wurde</p> <p><b>d.</b> kontrollierte Studien zur Prävention aus dem angloamerikanischen Raum zu psychoedukativen Interventionen (home visitations) und insbesondere für die Eltern-Kind-Psychotherapie auf der Basis der Bindungstheorie</p> <p>es existieren psychotherapeutische Ansätze für auffällig gewordene Eltern Eltern-Kind-Interaktionstherapie führte zu deutlicher Reduktion der Wahrscheinlichkeit erneuter physischer Misshandlungen Meta-Analysen zu psychotherapeutischen Interventionen zeigen sowohl Wirksamkeit hinsichtlich einer Verringerung des erneuten Auftretens von Misshandlungen als auch der psychischen Folgen</p> <p>länger andauernde Behandlungen (ein Jahr und länger) sind mit deutlich besseren Ergebnissen assoziiert</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brestan und Eyberg 1998</li> <li>- Farmer et al. 2002</li> <li>- Nixon, Sweeney, Erickson, Touyz 2003</li> <li>- Sanders 1999</li> <li>- Scott, Spender, Doolan, Jacobs, Aspland 2001</li> <li>- Searight, Rottnek, Abby 2001</li> <li>- Serketich und Dumas 1996</li> </ul> <p><b>c.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schneider, Ennemoser, Roth, Kuspert 1999</li> <li>- Küspert und Schneider 2004</li> <li>- Plume und Schneider 2004</li> <li>- Grisse mann 1998</li> <li>- Reuther-Liehr 2001</li> </ul> <p><b>d.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cicchetti und Toth 2005</li> <li>- Chaffin et al. 2004</li> <li>- Reeker, Ensing, Elliott 1997</li> <li>- Skowron und Reinemann 2005</li> </ul>
--	---	---

BAG/BKJPP/DGKJP	Belege für therapeutische Wirksamkeit je nach Art der Erkrankung vorhanden: Hinweis auf (5), (6) und kinder- und jugendpsychiatrische Leitlinien (7).	(5) Baving und Schmidt 2001a, 2001b (6) Mattejat 2005 (7) Leitlinien der Dt. Ges. Kinder- u. Jugendpsychiatrie u.a. 2003
-----------------	---	--

**B3 Wie ist der natürliche Verlauf der Erkrankung? In welchem Krankheitsstadium und mit welchem Erfassungsgrad wird derzeit diese Erkrankung diagnostiziert und mit welchem Ergebnis therapiert?**

Institution	Stichwortartige Zusammenstellung der Antwort	Angegebene Literatur
BPtK	<p><b>a.</b> Vorläufer bereits bei Kleinkindern zu beobachten, + weitere Risikofaktoren + Etablierung negativer Elter-Kind-Interaktionen → psychopathologischer Schweregrad besonders prominent sind Symptome der motorischen Unruhe häufig Persistenz bis ins Grundschulalter(v.a. wenn erhöhte Aggressivität und negativ-kontrollierende Eltern-Kind-Interaktionen dazukommen) Anforderungen von Schulsituationen → deutliche Intensivierung der Symptomatik Jugendalter: motorische Unruhe nimmt ab, Aufmerksamkeitsstörung persistiert Stabilität der Störung im Grundschulalter: 60-70 % Stabilität der Störung im Jugendalter: 30-70 % follow up bei Erwachsenen zeigen, dass Verhaltensprobleme sich bis ins Erwachsenenalter fortsetzen können (psychisches Wohlbefinden, exekutive Funktionen, soziale Einbindung und Beschäftigungsstatus reduziert; Risiko erhöht für die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeit, Suchterkrankungen, Straffälligkeit) Verhaltensauffälligkeiten bisher: U8 0,173 %; U9 0,199 % → Hinweis auf Unterdiagnostik valide Schätzungen für Deutschland aufgrund der Defizite in der Versorgungsforschung nicht möglich</p> <p><b>b.</b> klinisches Vollbild von Störungen des Sozialverhaltens im Vor- und frühen Grundschulalter eher selten Frühsymptome z.B. Aggressivität, Wutausbrüche, oppositionelles Verhalten (Risikofaktoren für die Entstehung einer Störung des Sozialverhaltens) Mannheimer Längsschnittstudie: von den Jungen mit dissozialem Verhalten im Alter von 8 Jahren,</p>	<p>a. - Döpfner 2003 - Campbell u. Ewing 1990 - Campbell et al. 1986 - Barkley et al. 1991 - Fischer et al. 2005 - Barkley et al. 2004</p> <p>b. - Schmidt 1998</p> <p>c. - Warnke et al. 2004</p> <p>d. - National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information 2004 - Crume et al. 2002</p>

	<p>waren 91 % mit 13 Jahren und noch 55 % mit 18 bzw. 25 Jahren psychisch auffällig, i.d.R. dissozial Verhaltensauffälligkeiten bisher: U8 0,173 %; U9 0,199 % → Hinweis auf Unterdiagnostik valide Schätzungen für Deutschland aufgrund der Defizite in der Versorgungsforschung nicht möglich</p> <p><b>c.</b> Kinder mit auffälliger Lese- und Rechtschreibschwäche im Grundschulalter erreichen am Ende der Pflichtschulzeit den Entwicklungsstand mittelguter Schüler der 1. und 2. Klasse Sprach- und Sprechstörungen derzeit: U8 1 %; U9 1 % → Hinweis auf Unterdiagnostik viele Entwicklungsstörungen werden erst im Lauf der Grundschulzeit auffällig, wenn bereits schwere Leistungsdefizite und teilweise soziale Desintegration aufgetreten sind 30 % Kombination mit Störungen der Aufmerksamkeitsleistung, schlechtere Prognose</p> <p><b>d.</b> das höchste Risiko für tödliche Folgen von Kindesmisshandlung besteht bei Kinder unter 4 Jahren, 76 % der Fälle (Daten USA), wobei ca. 60-70 % der Todesfälle in den offiziellen Statistiken nicht erfasst werden Überlebende: körperliche, psychische, emotionale, kognitive und Verhaltensstörungen häufig (externalisierende und internalisierende psychische Störungen) schwere der Beeinträchtigung und Dauer und Erfolg der Behandlung werden von der Schwere und Dauer der Misshandlung/Vernachlässigung beeinflusst Folgen erstrecken sich weit ins Erwachsenenalter Defizite in der Detektionsrate</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Margolin u. Gordis 2000</li> <li>- Kendall-Tackett, Williams u. Finkelhor 1993</li> <li>- Calam et al. 1998</li> <li>- McLean u. Gallop 2003</li> <li>- Skowron u. Reineman 2005</li> <li>- Sachs-Ericsson et al. 2005</li> </ul>
<p>BAG/BKJPP/DGKJP</p>	<p>Verlauf und Therapieergebnisse abhängig von Störungstyp, Komorbidität und individuellen psychosozialen Resilienfaktoren. Unbehandelt häufig Fortbestehen ins Erwachsenenalter (8), Bsp.: ADHS (9). Bis zum Schuleintritt werden min. 87,5 % der Störungen nicht erfasst (8). Erfassungsgrad nimmt mit steigendem Alter zu: 10-30 % (8). Gut wirksame Therapiemethoden für die meisten Störungen mit Beginn in der Kindheit vorhanden (5), (6), (7).</p>	<p>(8) Petermann 2005  (9) BÄK 2005a</p>

**B4 Welche Folgen resultieren mit welcher Häufigkeit aus einer unbehandelten oder spät diagnostizierten oder therapierten Erkrankung und wie ist der Vorteil einer frühen gegenüber einer späten Therapie belegt?**

Institution	Stichwortartige Zusammenstellung der Antwort	Angegebene Literatur
BPtK	<p><b>a.</b> persistierende hyperkinetische Störungen → schlechtere Schulabschlüsse, gehäufte Schulabbrüche, spätere berufliche Teilhabe beeinträchtigt bereits in der Grundschule gehäuft Störungen in den Beziehungen zu Gleichaltrigen bei 40 % der Kinder entwickelt sich eine dissoziale Störung verbunden mit Delinquenz, Suchterkrankungen, Beziehungsstörungen RCTs oder quasi-experimentelle Studien zum Vergleich einer frühen mit einer späten Therapie nicht bekannt Studien lassen den Schluss zu, dass frühe Interventionen eher in der Lage sind präventiv zu wirken in Bezug auf schulische Entwicklung, soziale Integration u.a. späte Intervention → chronifizierte, durch Folgeprobleme überlagerte Krankheitsverläufe</p> <p><b>b.</b> starke Tendenz zur Chronifizierung und Aggravation erhöhtes Risiko für weitere soziale Desintegration, Delinquenz, Substanzmissbrauch frühzeitige Intervention günstiger, um Teufelskreis zu verhindern</p> <p><b>c.</b> gesellschaftliche und berufliche Teilhabe nachhaltig beeinträchtigt obwohl nonverbale Intelligenz im unauffälligen Bereich erhöhtes Risiko für weitere psychische Störungen</p> <p><b>d.</b> erhöhtes Risiko tödlicher Folgen, fortgesetzte Traumatisierungen, psychopathologische Symptomatik, Entwicklungsstörungen <i>Hinweise auf Antwort zu Frage B3</i> RCTs zum Vergleich einer frühen mit einer späten Intervention verbieten sich aus ethischen und strafrechtlichen Gründen</p>	<p><b>a.</b> - Döpfner 2003 - Barkley et al. 1991 - Barkley et al. 2004</p> <p><b>b.</b> - Schaeffer et al. 2003</p> <p><b>c.</b> - Haffner et al. 1998 - Esser, Wyschkon u. Schmidt 2002</p>
BAG/BKJPP/DGKJP	<p>Abhängig vom Störungstyp. Bsp.: Suchtrisiko bei ADHS, stärkster Prädiktor ist Begleitstörung mit Beeinträchtigung des Sozialverhaltens. Risiko 12-24 % bis zum Übergang ins Erwachsenenalter. Metaanalysen: protektiver Effekt von Stimulanzien (9).</p>	

**B5 Welches Ziel soll mit der Früherkennungsuntersuchung erreicht werden?**

Institution	Stichwortartige Zusammenstellung der Antwort	Angegebene Literatur
BPtK	<p>Identifikation der Kinder mit o.g. Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen im Frühstadium, anschl. differenzialdiagnostischer Abklärung (FA, Kinder-Jugend-Psychotherapeut) und Einleitung geeigneter Maßnahmen und Behandlungen</p> <p>Rolle des Pädiaters: Fallmanagement, Schnittstelle SGB V – SGB VIII, ggf. Fallkonferenzen, Koordination der erforderlichen Maßnahmen, z.B. Frühintervention in den Familien bei Kindesmisshandlung/Vernachlässigung</p> <p>Ziel → Reduktion der Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen durch geeignete präventive Maßnahmen, frühzeitige Heilung und Linderung, Verbesserung der Teilhabe und der Lebensqualität der betroffenen Kinder</p>	
BAG/BKJPP/DGKJP	Möglichst frühzeitige Therapie: Verkürzung des Leids, Prognoseverbesserung, Verhindern von Sekundärschäden und Verbesserung der Lebensqualität in der Familie.	

#### B6 Sind Vor- oder Frühstadien der von Ihnen genannten Erkrankung durch eine Früherkennungsuntersuchung erfassbar?

Institution	Stichwortartige Zusammenstellung der Antwort	Angegebene Literatur
BPtK	<p><b>a. und b.</b> Fast Track Studie, USA: externalisierende Verhaltensauffälligkeiten und Delinquenz in der 4./5. Klasse lassen sich effektiv auf Basis von Ratings einzelner oder mehrerer Bezugspersonen in der 1. Klasse vorhersagen</p> <p>bereits im Alter von 2 Jahren lassen sich durch Fremdanamnese und Verhaltensbeobachtungen Frühstadien und Risikofaktoren identifizieren</p> <p>MARS-Studie: in spezifische dysfunktionalen Interaktionsmustern der Mutter-Kind-Interaktion können sich bereits im frühen Säuglingsalter Vorläufer späterer Störungen manifestieren</p> <p><b>c.</b> Auffälligkeiten der Sprachentwicklung in der frühen Kindheit</p> <p>Frühsymptomatik: verzögerte Sprachentwicklung bei der Gruppe der late-talkers im Alter von 2 Jahren, einsetzende umschriebene Entwicklungsstörung im Alter von 3-4 Jahren</p> <p><b>d.</b> frühzeitige Identifikation von Familien mit besonderer Risikokonstellation (selektive Prävention), Risikoabschätzung und Erfassung von Anzeichen einer Kindesmisshandlung</p>	<p>a. und b.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hill et al. 2004</li> <li>- Shaw et al 2003</li> <li>- Laucht, Esser u. Schmidt 2000a</li> <li>- Laucht et al. 2000b</li> </ul>
BAG/BKJPP/DGKJP	<p>U4 bis U9: EVU ‚erweiterte Vorsorgeuntersuchung – Kinderärzte‘.</p> <p>U8 bis J1: SDQ ‚Fragebogen zu Stärken und Schwächen‘</p>	<b>Anmerkung: bzgl. Literatur siehe Teil A und Frage B7:</b>

		<b>Melchers et al. 2003</b> <b>Goodman et al. 2000</b>
--	--	---

**B7 Welche diagnostische Maßnahme (oder welche Kombination) ist für eine Früherkennungsuntersuchung geeignet, in welchen Altersgrenzen und ggf. in welchem Wiederholungsintervall soll welche Untersuchung durchgeführt werden? Bitte geben Sie zu der/dem von Ihnen empfohlenen Früherkennungsuntersuchung/Test möglichst genaue Angaben zur Zuverlässigkeit, Sensitivität und Spezifität, positiven und negativen prädiktiven Werten sowie zur Reproduzierbarkeit in Abhängigkeit vom Untersuchungsalter.**

Institution	Stichwortartige Zusammenstellung der Antwort	Angegebene Literatur
BPtK	<p><b>a. und b.</b> Standardisierung (Befunderhebung, Dokumentation) kann sinnvoll implementiert werden psychometrisches Screening auf Verhaltensauffälligkeiten (z.B. SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire) im Alter von 3 Jahren SDQ im Mehrperspektiveneinsatz: Sensitivität 85 %, Spezifität 80 %</p> <p><b>c.</b> standardisierte Befunderhebung und Untersuchung der Sprachentwicklung ab 1 Jahr, mit ca. 2 Jahren strukturierte Analyse des Wortschatzes und des Sprachverständnisses, bei der U9 Screening auf Frühzeichen einer Lese-Rechtschreibstörung (Bielefelder Screeningverfahren)</p> <p>psychometrische Screeningverfahren vollstandardisiert, alle anderen Bestandteile der Früherkennungsuntersuchungen zur Identifikation von Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen meist halbstandardisiert</p> <p>für einige Bereiche steht die Entwicklung eines einheitlichen Instruments und dessen Evaluation noch aus → ggf. Modellprojekte</p> <p>bislang unveröffentlichte Modellprojekte (<i>werden nicht benannt</i>)</p>	<p>a. und b. Goodman et al. 2004</p> <p>c. Jansen et al. 2002</p>
BAG/BKJPP/DGKJP	<p>EVU ab 3 Monate, U4-U9, Untersuchungsabstände wie bisher: Sens. 100 %, Spez. 92,6 (10). SDQ ab 3 Jahre, U8-U9, Zeitabstand 1-2 Jahre: Sens. 85 %, Spez. 80 % bei kombinierter Auswertung von Eltern- und Lehrerfragebogen (11).</p>	<p>(10) Melchers et al. 2003 (11) Goodman et al. 2004</p>

**B8 Welcher Nutzen resultiert für die von Ihnen vorgeschlagene Untersuchung für welche Zielgruppe und wie lässt sich dieser nutzen quantifizieren (z.B. auch Angaben zur Lebensqualität)?**

Institution	Stichwortartige Zusammenstellung der Antwort	Angegebene Literatur
BPTK	<p>Nutzen abhängig von der Einleitung und Akzeptanz evidenzbasierter präventiver und therapeutischer Interventionen</p> <p>Wirksamkeitsnachweise siehe Studien in Antwort zu Frage B2</p> <p>Reduktion psychopathologischer Symptome</p> <p>Vermeidung von Chronifizierung</p> <p>Vermeidung der Entwicklung komorbider psychischer Störungen</p> <p>Verbesserung der kognitiven und schulischen Leistungsfähigkeit</p> <p>Steigerung der sozialen Einbindung</p> <p>Verbesserung der Lebensqualität</p>	
BAG/BKJPP/DGKJP	<p>Verbesserung der Symptome (5), (6) und der Lebensqualität (12), (13), (14).</p> <p>Einspareffekte durch frühe Intervention: Vermeidung von längerfristigen aufwendigen Behandlungen, stationären und teilstationären Aufenthalten.</p> <p>Effekte auf andere Systeme (Schulwesen, Jugendhilfe) teilweise empirisch belegt (9).</p>	<p>(12) Hampel et al. 2006</p> <p>(13) Newcorn et al. 2005</p> <p>(14) Donnelly et al. 2003</p>

**B9 Welche negativen Folgen sind durch die Früherkennungsuntersuchung zu erwarten und welche Bedeutung messen Sie ihnen bei (z.B. durch falsch-positive Befunde, Belastung durch Abklärungsdiagnostik)?**

Institution	Stichwortartige Zusammenstellung der Antwort	Angegebene Literatur
BPTK	<p>bei qualifizierter Durchführung keine negativen Folgen</p> <p>zu beachten dabei:</p> <p>qualifizierte Diagnosestellung im Rahmen der Abklärungsdiagnostik</p> <p>patienten- und elterngerechte Vermittlung zur Vermeidung von Stigmatisierung</p>	
BAG/BKJPP/DGKJP	<p>Keine negativen Folgen bei differenzierter Befragung, Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion und des kindlichen Verhaltens.</p> <p>Vorübergehende Verunsicherung bei unklaren oder grenzwertigen Befunden.</p> <p>Belastung durch umfangreiche Abklärungsdiagnostik möglich, aber vertretbar bei Betrachtung der möglichen Folgen bei Nicht-Behandlung.</p>	



**B10 Vorgehen bei auffälligem Untersuchungsergebnis: Welche diagnostischen Verfahren sind allein oder in Kombination zum eindeutigen Nachweis (Abklärungsdiagnostik auffälliger Patienten) geeignet? Bitte geben Sie zu der von Ihnen empfohlenen Abklärungsdiagnostik möglichst genaue Angaben zur Zuverlässigkeit, Sensitivität und Spezifität, positiven und negativen prädiktiven Werten sowie zur Reproduzierbarkeit an.**

Institution	Stichwortartige Zusammenstellung der Antwort	Angegebene Literatur
BPtK	<p><b>a.</b> strukturierte klinische Interviews und Fragebogenerhebungen i.d.R. mit mehreren betreuenden Personen (Bsp.: ADHD-Sektion des Diagnostic Interview Schedule for Children oder KIDS I) Studien, aus der die Güte dieser Mehrebenendiagnostik ableitbar wäre, nicht bekannt</p> <p><b>b.</b> ebenfalls Mehrebenendiagnostik unter Einbeziehung mehrerer Betreuungspersonen standardisierte klinische Interviews oder Schätzskalen (Bsp.: DISYPS-KJ oder KIDS II) Studien, aus der die Güte dieser Mehrebenendiagnostik ableitbar wäre, nicht bekannt</p> <p><b>c.</b> Vorschulalter: nach Ausschluss anderer Störungen ist z.B. das Bielefelder Screening (BISC) verfahren für die Diagnosestellung ausreichend (PPV 0,77, NPV 0,89 für die Vorhersage der Lese- und Rechtschreibleistung in der 2. Klasse auf Grundlage des BISC im Jahr vor der Einschulung, Sensitivität 60 % → Screening sollte in der Grundschule fortgesetzt werden) oder das Sprachscreening für das Vorschulalter (SSV), Sensitivität und Spezifität zwischen 80 und 97 % je nach Altersstufe Diagnosestellung mittels testpsychologischer Verfahren (Bsp.: Coloured Matrizen Test – CPM, Kaufman Assessment Battery for Children, Hamburger-Wechsler Intelligenztest für Kinder III – HAWIK III) oder mittels Lesetests (Bsp.: Züricher Lesetest – ZLT) und Rechtschreibtests (Bsp.: Diagnostische Rechtschreibtests DRT 1 und DRT 2), ebenso spezifische Leistungstests zum Sprachverständnis, zur mathematischen Kompetenz etc.</p> <p><b>d.</b> abhängig von der Art, des Kontextes und den Manifestationen der Kindesmisshandlung Abklärung nur begrenzt standardisierbar</p>	<p><b>a.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- McGrath et al. 2004</li> <li>- Döpfner, Lehmkuhl u. Steinhäuser Publikation in Vorbereitung</li> <li>- Graetz et al. 2001</li> </ul> <p><b>b.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Döpfner u. Lehmkuhl 1997, 2000</li> <li>- Döpfner u. Görtz Publikation in Vorbereitung</li> </ul> <p><b>c.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jansen et al. 2002</li> <li>- Warnke et al. 2004</li> <li>- Marx, Jansen u. Skowronek 2000 (BISC)</li> <li>- Grimm, Aktas u. Kießig 2003 (SSV)</li> <li>- Raven, Bulheller u. Häcker 2002 (CPM)</li> <li>- Kaufman et al. 2001</li> <li>- Tewes u. Schallberger 2000 (HAWIK III)</li> <li>- Grisseman 1996 (ZLT)</li> <li>- Müller 2003a, 2003b (DRT)</li> </ul>

BAG/BKJPP/DGKJP	<p>Klassifikationen:</p> <p>ICD 10, Kapitel F9 ‚Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend‘: 31 Störungsbilder.</p> <p>ICD 10, Kapitel F8 ‚Entwicklungsstörungen‘: 22 Störungsbilder.</p> <p>Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (15).</p> <p>Abklärungsdiagnostik je nach Störungstyp und Alter. Hinweis auf Leitlinien (7). Ziele: Erfassung der individuellen Symptomatik, der Umgebungsbedingungen, differentialdiagnostische Abgrenzung, Erfassung kognitiver, motorischer, emotionaler und sozialer Faktoren.</p> <p>Vorgehen: Anamnese, umfassendes Interview, körperliche Untersuchung, psychischer Befund, Beobachtung, Beschreibung und Bewertung des Verhaltens. Je nach Befund: standardisierte Fragebögen, Tests, apparative Diagnostik. Bei Bedarf auf best. Störungsbilder bezogene Screenings (Bsp.: M-CHAT zur Früherkennung von autistischen Störungen im Alter von 24 Monaten (16); Sens.: 87 %, Spez.: 99 %; oder BISC zur Identifizierung eines hohen Risikos für Lese-Rechtschreibschwierigkeiten im Vorschulalter, Sens.: 41-73 %, Spez.: 86-97 % (17)).</p>	<p><b>(15) Remschmidt et al. 2006</b></p> <p><b>(16) Bölte 2005</b></p> <p><b>(17) Jansen et al. 2002</b></p>
-----------------	--	---

### B11 Sind diese diagnostischen Verfahren standardisiert und welche Art der Durchführung gilt derzeit als Goldstandard?

Institution	Stichwortartige Zusammenstellung der Antwort	Angegebene Literatur
BPtK	<p>etablierte strukturierte klinische Interviews, klinische Schätzskalen und psychometrische Screeningverfahren = (halb-)standardisierte Verfahren</p> <p><b>a und b.</b> Goldstandard der Abklärungsdiagnostik ADHS und Störungen des Sozialverhaltens: Mehrebenendiagnostik, idealerweise Erweiterung durch Verhaltensbeobachtung durch geschulte Rater in natürlichen Lebenssituationen (aus ökonomischen Gründen fast nur in Studiensettings)</p> <p><b>c.</b> Lese-Rechtschreibstörung: Ausschluss komorbider Störungen durch o.g. Eltern- und Lehrerfragebögen + testpsychologische Verfahren (standardisierte Lese- und Rechtschreibtests und testpsychologische Untersuchungen, per definitionem standardisiert)</p>	
BAG/BKJPP/DGKJP	Derzeit anerkannte Goldstandards in den Leitlinien genannt (7).	

**B12 Sind in Deutschland genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden, um die Früherkennungsuntersuchung, die ggf. erforderliche Abklärungsdiagnostik und ggf. erforderliche Therapie durchzuführen?**

Institution	Stichwortartige Zusammenstellung der Antwort	Angegebene Literatur
BPtK	Früherkennung auch weiterhin Bestandteil der Tätigkeit der Kinder- und Jugendärzte → hinreichende Zahl an qualifizierten Ärzten vorhanden  Abklärungsdiagnostik durch spezifisch qualifizierte Kinder- und JugendlichenärztInnen, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychiaterInnen, Anzahl bisher ausreichend, jedoch auf der Ebene der präventiven Interventionen zahlreiche Versorgungsdefizite	Schulz et al. Manuskript eingereicht
BAG/BKJPP/DGKJP	Früherkennung: EVU und SDQ können von Kinderärzten durchgeführt werden.  Abklärungsdiagnostik: ca. 600 kinder- und jugendpsychiatrische Praxen und ca. 150 Ambulanzen, Tageskliniken, Abteilungen und Fachkliniken (2004).  Therapie: Multimodal. Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapeuten, Ergo-, Physiotherapeuten, Pflege-, Erziehungskräfte). Kooperation mit Bezugspersonen. Interdisziplinäres Konzept. Begleitende allgemeine Hilfen für die Familie. Pädagogische, heil- und sonderpädagogische Förderungen. Interindividuelle Unterschiede berücksichtigen, damit jeder Patient die für ihn beste Behandlung/behandlungskombination erhält (9).	

**B13 Welche Qualitätsvorgaben (z.B. fachlich/personell/apparativ, Durchführung, Dokumentation und Evaluation, Bewertung der Ergebnisqualität) halten Sie für die Früherkennungsuntersuchung für erforderlich?**

Institution	Stichwortartige Zusammenstellung der Antwort	Angegebene Literatur
BPtK	Entwicklung und Implementierung von Interviewleitfäden Verfahrensanweisungen zur Durchführung der klinischen Untersuchung obligatorische Fortbildungsmodulare + Spezialmodule zur Diagnostik von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen gemeinsame nationale Datenbank zu sozialen und klinischen Risikofaktoren für Kindesmisshandlung + spezifische Trainings zur Diagnostik und Intervention für Kinder- und Jugendärzte und deren nicht-ärztliche Angestellten vollständige und valide Erhebung, dementsprechende Gestaltung der Dokumentation regelmäßige Evaluationen zur Erfassung der Wirksamkeit der Früherkennungsmaßnahmen	
BAG/BKJPP/DGKJP	EVU, SDQ: Durchführung durch Pädiater, ggf. unterstützt durch nicht-ärztliches Personal. Vollständige und präzise Dokumentation, gerade auch bei grenzwertigen Befunden. Eingehende ärztliche Beratung, um Verunsicherung zu minimieren.	

**B14 Wie sollte die Früherkennungsuntersuchung organisiert sein (Erreichen der Zielgruppen, optimaler Untersuchungszeitpunkt, Testintervall, Abklärungsdiagnostik, Therapieeinleitung)?**

Institution	Stichwortartige Zusammenstellung der Antwort	Angegebene Literatur
BPtK	Ergänzung um eine weitere Untersuchung im Alter von 3 Jahren (zwischen derzeitiger U7 und U8) und im frühen Grundschulalter (ca. 7-8 Jahre), da aufgrund neuer (institutioneller) Anforderungen in dieser Zeit Verhaltensauffälligkeiten neu auftreten oder sich verschlimmern können durch Engmaschigkeit der Untersuchungen könnte die Inanspruchnahmerate auch zu den späteren Untersuchungen erhöht werden	
BAG/BKJPP/DGKJP	Zusätzlich sollten Früherkennungsuntersuchungen in den Kindergärten durchgeführt werden (für Kinder, die nicht an den U's teilnehmen). Information der ErzieherInnen/Tagesmütter. Jugendamt sollte bei Kindern, die Maßnahmen im Rahmen der Jugendhilfe erhalten, auf die Inanspruchnahme der Früherkennung achten. Unterstützung durch Dolmetscher bei nicht ausreichenden Deutschkenntnissen.  Bisherige Zeitpunkte und Intervalle U4-U9 auch für EVU und SDQ geeignet. Zwischen U9 und J1 sollte eine weitere Untersuchung im Alter von 8-9 Jahren eingeführt werden. Ggf. unterstützende Angebote zur Inanspruchnahme der Abklärungsdiagnostik und der Therapie (z.B. Begleitperson vom Jugendamt, Kooperation, aufsuchende Therapie). Je nach Störungsbild Rücküberweisung an den Kinderarzt.	

**B15 Ist die von Ihnen vorgeschlagene Früherkennungsuntersuchung durch nichtärztliche Mitarbeiter oder nur durch den Arzt durchzuführen und welchen Zeitbedarf setzen Sie für diese Untersuchung an?**

Institution	Stichwortartige Zusammenstellung der Antwort	Angegebene Literatur
BPtK	psychometrische Screeninguntersuchung: nicht-ärztliche MitarbeiterIn + ein Elternteil, Auswertung ebenfalls durch nicht-ärztliche MitarbeiterIn möglich (5 + 5 Minuten erforderlich) Interpretation und Integration der Screeningergebnisse: ärztlicher Aufgabenbereich strukturierte Interviewmanual zu den Früherkennungsuntersuchung, der sich auf Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bezieht: 5 Minuten  → zeitlicher Aufwand abhängig von der Hinzunahme standardisierter Einschätzungen durch ErzieherInnen und LehrerInnen, vom Zeitpunkt der Früherkennungsuntersuchung und von der Komplexität und Eindeutigkeit der resultierenden Befundlage	

BAG/BKJPP/DGKJP	<p>EVU: Einige Untersuchungen zu sprachlicher, motorischer und kognitiver Entwicklung, Protokollierung der ärztlichen Untersuchung und Auswertung der Elternfragebögen durch nicht-ärztliches Personal möglich. Zeitbedarf 10 (EVU 4) bis 20 (EVU 9) Minuten.</p> <p>SDQ: Quantitative Auswertung durch nicht-ärztliches Personal, qualitative Auswertung durch Arzt. Zeitbedarf 6-10 Minuten.</p>	
-----------------	--	--

**B16 Wie hoch sind die Kosten der von Ihnen vorgeschlagenen Früherkennungsuntersuchung pro Untersuchung und pro entdecktem Krankheitsfall?**

Institution	Stichwortartige Zusammenstellung der Antwort	Angegebene Literatur
BPtK	<p>vorgeschlagene Maßnahmen erfordern in erster Linie stärkere Systematisierung der Früherkennungsuntersuchungen und sind daher nicht substanzial mit zusätzlichen Kosten verbunden</p> <p>psychometrisches Screening: ggf. Lizenzgebühren, Personalkosten</p> <p>valide Quantifizierung derzeit nicht möglich</p> <p>Abschätzung der Kosten pro entdecktem Fall nicht möglich</p>	
BAG/BKJPP/DGKJP	<p>Variante A: dreistufig, siehe Anlage 1a (U4-U9: EVU, bei unklarem/grenzwertigem Befund und Alter <math>\geq 3</math> Jahre: SDQ, sonst direkt Abklärungsdiagnostik)</p> <p>Variante B: zweistufig, siehe Anlage 1b (U4-U7: EVU, U8-U9 und J1: SDQ)</p> <p><u>Variante A:</u></p> <p>Materialkosten Erstbeschaffung EVU incl. Verbrauchsmaterial für 25x6 (U4-U9) Untersuchungen €540. Formulare für 50x6 Untersuchungen: €355 → laufende Kosten €1,18 pro Untersuchung → €5,90-11,80 pro entdecktem Krankheitsfall (Prävalenz 10-20 %) + Arbeitszeit Arzt und nicht-ärztliches Personal.</p> <p>SDQ für nicht-kommerzielle Zwecke kostenlos im Internet → laufende Kosten für Papiausdruck U8-U9 €0,04-0,08 pro Untersuchung. Ausgehend von 10 % unklaren EVU-Befunden würde der SDQ ca. 135.000 mal angewandt.</p> <p>Gesamtmaterialkosten Variante A: 4,91 Mio. pro Jahr, €6,07-12,13 pro entdecktem Krankheitsfall.</p> <p><u>Variante B:</u></p> <p>EVU U4-U7: €5,90-11,80 pro entdecktem Krankheitsfall.</p> <p>SDQ: U8-U9: €0,4-0,8 pro entdecktem Krankheitsfall.</p> <p>Kosten für Abklärungsdiagnostik können nicht beziffert werden.</p>	<p><i>Angaben beziehen sich auf reine Materialkosten.</i></p>

**B17 Wie hoch schätzen Sie die Gesamtkosten pro Jahr in Deutschland für eine Früherkennungsuntersuchung (direkte Kosten für die Fallfindung und Abklärungsuntersuchung für die Gesamtheit der Versicherten)?**

Institution	Stichwortartige Zusammenstellung der Antwort	Angegebene Literatur
BPtK	Abschätzung derzeit nicht möglich	
BAG/BKJPP/DGKJP	<p><u>Variante A:</u>            EVU 6 Untersuchungen x 675.000 Kinder x €1,18 = 4,78 Mio. Euro im Jahr Materialkosten            + bei unklarem Ergebnis in ca. 10 % der Fälle: SDQ 135.000 x €0,08 = 10.800 Euro im Jahr.            Gesamtmaterialkosten: 4,8 Mio. Euro im Jahr.</p> <p><u>Variante B:</u>            EVU 4 x 675.000 x €1,18 = 3,19 Mio. Euro im Jahr            + SDQ 2 x 675.000 x €0,08 = 108.000 Euro im Jahr.            Gesamtmaterialkosten: 3,3 Mio. Euro im Jahr.</p> <p>Kosten für Abklärungsdiagnostik können nicht beziffert werden.</p>	

**B18 Welche Kosten-Nutzen-Bilanz ergibt sich im Vergleich zwischen der Früherkennungsuntersuchung und der rechtzeitig eingeleiteten Therapie gegenüber einem Verzicht auf diese Maßnahme?**

Institution	Stichwortartige Zusammenstellung der Antwort	Angegebene Literatur
BPtK	<p>derzeit keine Quantifizierung möglich</p> <p>es werden jedoch nur geringe Kostensteigerungen gegenüber dem aktuellen Stand erwartet</p> <p>Kosten-Nutzen-Bilanz könnte im Rahmen aufeinander aufbauender längsschnittlich angelegter Modellprojekte erfolgen</p>	
BAG/BKJPP/DGKJP	<p>Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind häufig, langhaltend und kostenintensiv (18).</p> <p>Unfälle häufigste Todesursache bei Kindern und Jugendlichen: Zusammenhang zwischen Unfallrisiko, Schwere der Verletzungen und ADHS (19), (9), (20).</p> <p>Suizide bei Kindern an 10., bei Jugendlichen an 2. Stelle der Todesursachen: Suizidrisiko bei unbehandelten psychischen Störungen deutlich erhöht (21).</p> <p>Fortbestehen psychischer Störungen ins Erwachsenenalter (2), (9).</p> <p>Probleme und Aufwendungen betreffen Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Gerichtsbarkeit, Ausbildungs- und Sozialsystem. Hohe Kosten und hohe ‚soziale Reibungen‘.</p>	<p>(18) RKI 2004b</p> <p>(19) Brandau 2004</p> <p>(20) Di Scala et al. 1998</p> <p>(21) Spitzcok und Brisinski 2002</p> <p>(22) TK 2005</p>

	<p>Vollständige Heilung nicht immer, aber gute Kompensation i.d.R. möglich (Bsp.: ADHS).          Depressionen auch schon im Kindesalter. Depression zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit. Anteil psychischer Störungen an Fehltagen steigt und mittlerweile an 2. Stelle nach Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (22).</p>	
--	--	--

**B19 Offenlegung von Interessen:**

Institution	
BPtK	<p>Die Bundespsychotherapeutenkammer ist die Arbeitsgemeinschaft der Landespsychotherapeutenkammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland.</p>
BAG/BKJPP/DGKJP	<p>Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski          Schriftführer der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG)          Ärztlicher Leiter der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Rheinische Kliniken Viersen, Hori-onstr. 14, D-41749 Viersen, Tel. 02162-965000, Fax 02162 96-5038, eMail: <a href="mailto:Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de">Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de</a></p> <p>Dr. med. Christa Schaff          Vorsitzende des Berufsverbands für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP)          Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapie, Psychoanalyse.          Im Spital / Stuttgarter Str. 51, D-71263 Weil der Stadt, Tel. 07033-691135, Fax 07033-80556, eMail: <a href="mailto:bkjpp@dr-schaff.de">bkjpp@dr-schaff.de</a></p> <p>Prof. Dr. med. Renate Schepker,          Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e.V. (BAG)          Chefärztin der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Zentrum für Psychiatrie Die Weissenau (ZfP), Weigartshofer Str. 2, D-88214 Ravensburg-Weißenau, Tel. 0751-7601-2302, Fax: 0751-76012413, eMail: <a href="mailto:Renate.Schepker@zfp-weissenau.de">Renate.Schepker@zfp-weissenau.de</a></p> <p>Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort          Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)          Direktor der Psychosomatischen Abteilung der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, D-20246 Hamburg, Tel. 040-42803-2715, Fax: 040-42803-5105, eMail: <a href="mailto:schulte.markwort@uke.uni-hamburg.de">schulte.markwort@uke.uni-hamburg.de</a></p>

### 10.4.2 Zielerkrankung: Schrei-, Fütter- und Schlafstörungen

<b>Institution:</b> DAKJ (Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. )			
<b>Zielerkrankung:</b> Schrei-, Fütter- und Schlafstörungen			
Literaturliste ist der SN beigelegt, im Text wird jedoch nur teilweise auf die Literatur verwiesen.			
Fragenkatalog	Antwort	Literaturhinweise	Anmerkungen
<b>Es soll sich um eine Krankheit handeln, die wirksam behandelt werden kann.</b>			
1. Auf welche Erkrankung sollte sich die Früherkennungsuntersuchung beziehen? (konkrete Bezeichnung der Erkrankung, Prävalenz und Inzidenz in Deutschland)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vermehrtes Schreien</li> <li>• Fütter- und Schlafstörungen</li> </ul>		
2. Welche Therapien sind bei der von Ihnen genannten Erkrankung in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt? Welche Faktoren beeinflussen ggf. eine wirksame Therapie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausschluss einer organischen Erkrankung (z. B. Harnwegsinfekt)</li> <li>• differenzierte Ernährungsberatung oder Füttertechnik</li> <li>• verhaltenstherapeutische Beratung</li> </ul>		
3. Wie ist der natürliche Verlauf der Erkrankung? In welchem Krankheitsstadium und mit welchem Erfassungsgrad wird derzeit diese Erkrankung diagnostiziert und mit welchem Ergebnis therapiert?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei 90 % der Säuglingen kommt es natürlicherweise zu einer Stabilisierung</li> <li>• 15 % mit persistierenden Problemen (z. B. ADHS, Ernährungsstörungen, Migräne)</li> <li>• Interaktionsstörungen zwischen Kind und seinen Eltern</li> <li>• Kindesmisshandlung (Schütteltrauma)</li> </ul>		
4. Welche Folgen resultieren mit welcher Häufigkeit aus einer unbehandelten oder spät diagnostizierten oder therapierten Erkrankung und wie ist der Vorteil einer frühen gegenüber einer späten Therapie belegt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• frühzeitige Beratung zur Vermeidung von Kindesmisshandlung und Interaktionsstörungen (später Verhaltens- und Sozialstörungen)</li> </ul>		



5. Welches Ziel soll mit der Früherkennungsuntersuchung erreicht werden?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zwischen U2 und U7 sorgfältige Überprüfung von Hinweisen auf vermehrte Schrei-, Fütter- und Schlafprobleme</li> <li>• genauere Diagnostik</li> </ul>		
<b>Vor- oder Frühstadien sollen durch diagnostische Maßnahmen erfassbar sein.</b>			
6. Sind Vor- oder Frühstadien der von Ihnen genannten Erkrankung durch eine Früherkennungsuntersuchung erfassbar?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• anamnestische Fragen nach der Belastung der Eltern durch die Symptome der Kinder</li> </ul>	Papousek, von Hofacker 2002	
7. Welche diagnostische Maßnahme (oder welche Kombination) ist für eine Früherkennungsuntersuchung geeignet, in welchen Altersgrenzen und ggf. in welchem Wiederholungsintervall soll welche Untersuchung durchgeführt werden? Bitte geben Sie zu der/dem von Ihnen empfohlenen Früherkennungsuntersuchung/ Test möglichst genaue Angaben zur Zuverlässigkeit, Sensitivität und Spezifität, positiven und negativen prädiktiven Werten sowie zur Reproduzierbarkeit in Abhängigkeit vom Untersuchungsalter.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klinische Symptomatik ist nur zum Teil objektiv zu erfassen</li> <li>• durch subjektive Einschätzung der Eltern und des Personal in Praxen, Therapie- und Fördereinrichtungen können nur Teilaspekte erfasst werden</li> </ul> <p>→ keine Aussagen zu Testgütekriterien möglich</p>		
8. Welcher Nutzen resultiert für die von Ihnen vorgeschlagene Untersuchung für welche Zielgruppe und wie lässt sich dieser Nutzen quantifizieren (z.B. auch Angaben zur Lebensqualität).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung der Lebensqualität der Familien</li> </ul>		
9. Welche negativen Folgen sind durch die Früherkennungsuntersuchung zu erwarten und welche Bedeutung messen Sie ihnen bei (z.B. falsch positive/negative Befunde, Belastung durch Abklärungsdiagnostik)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Befragung der Eltern und Beobachtung der Mutter-Kind-Interaktion ist ohne negative Folgen durchführbar</li> <li>• bei Verdacht auf das Vorliegen einer Kindesmisshandlung sollte eine umfangreichere Diagnostik durchgeführt werden (z. B. Röntgenuntersuchungen), diese kann belastend sein → sorgfältige Abwägung</li> </ul>		

Die Krankheitszeichen sollen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sein.			
10. Vorgehen bei auffälligem Untersuchungsergebnis: Welche diagnostischen Verfahren sind allein oder in Kombination zum eindeutigen Nachweis (Abklärungsdiagnostik auffälliger Patienten) geeignet? Bitte geben Sie zu der von Ihnen empfohlenen Abklärungsuntersuchung möglichst genaue Angaben zur Zuverlässigkeit, Sensitivität und Spezifität, positiven und negativen prädiktiven Werten sowie zur Reproduzierbarkeit an.	stationäre Aufnahme: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Basisuntersuchungen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung</li> <li>• objektive Registrierung des Schlafverhaltens des Kindes und des Verhaltens der Eltern</li> </ul>		
11. Sind diese diagnostischen Verfahren standardisiert und welche Art der Durchführung gilt derzeit als Goldstandard?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vielfältige diagnostische Wegweiser in Abhängigkeit der klinischer Symptomatik</li> <li>• Leitlinien (z. B. v. DGSPJ) zur Beurteilung der Eltern</li> <li>• spezielle Erfahrungen in überregionalen Schreiambulanzen</li> </ul>		
Genügend Ärzte und Einrichtungen sollen vorhanden sein, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.			
12. Sind in Deutschland genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden, um die Früherkennungsuntersuchung, die ggf. erforderliche Abklärungsdiagnostik und ggf. erforderliche Therapie durchzuführen?	In Deutschland gibt es ein flächendeckendes Netz an niedergelassenen Kinderärzten und entsprechenden Facheinrichtungen (z. B. Kinderkliniken, Sozialpädiatrischen Zentren, Schreiambulanzen).		
13. Welche Qualitätsvorgaben (z.B. fachlich/personell/apparativ, Durchführung, Dokumentation und Evaluation, Bewertung der Ergebnisqualität) halten Sie für die Früherkennungsuntersuchung für erforderlich?	Spezielles Bemühen z. B. der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin die Ausbildung der Kinderärzte, etc. in Bezug auf eine frühzeitige Erkennung von Interaktions- und Regulationsstörungen auf einem qualitativ hohen Stand zu halten bzw. zu verbessern.		
14. Wie sollte die Früherkennungsuntersuchung organisiert sein (Erreichen der Zielgruppen, optimaler Untersuchungszeitpunkt, Testintervall, Abklärungsdiagnostik, Therapieeinleitung)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ausreichend Zeit für Anamnese und klinische Untersuchung</li> <li>• termingerechte Untersuchung</li> </ul>		

<b>Einschätzung der Wirtschaftlichkeit:</b>			
15. Ist die von Ihnen vorgeschlagene Früherkennungsuntersuchung durch nichtärztliche Mitarbeiter oder nur durch den Arzt durchzuführen und welchen Zeitbedarf setzen Sie für diese Untersuchung an?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ein beträchtlicher Teil der Informationen kann durch erfahrene Arzthelferinnen, Kinderkrankenschwestern oder Therapeuten erfasst werden</li> <li>• spezielle ärztliche Anamnese durch den Arzt</li> </ul>		
16. Wie hoch sind die Kosten der von Ihnen vorgeschlagenen Früherkennungsuntersuchung pro Untersuchung und pro entdecktem Krankheitsfall?	Untersuchung innerhalb eines Früherkennungsuntersuchungstermins → keine zusätzlichen Kosten		
17. Wie hoch schätzen Sie die Gesamtkosten pro Jahr in Deutschland für eine Früherkennungsuntersuchung (direkte Kosten für die Fallfindung und Abklärungsuntersuchung für die Gesamtheit der Versicherten)?	"Entfällt"		
18. Welche Kosten-Nutzen-Bilanz ergibt sich im Vergleich zwischen der Früherkennungsuntersuchung und der rechtzeitig eingeleiteten Therapie gegenüber einem Verzicht auf diese Maßnahme?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kosten durch ein misshandeltes Kind u. U. mehr als 100.000,-- €</li> <li>• Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion und Stabilisierung des kindlichen Verhaltens durch richtige Betreuungsansätze sind nicht in finanziellen Zahlenangaben zu messen.</li> </ul>		
<b>Offenlegung von Interessen:</b>  Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie diese Stellungnahme abgeben (z.B. Verband, Institution, Privatperson) und machen Sie Angaben zu Interessen Ihrer Person bzw. der Institution, für die Sie sprechen.	Prof. Dr. med. Hans Michael Straßburg  DAKJ		
<b>Schlussbemerkung</b>  Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden und die Sie darstellen möchten?  Bitte ergänzen Sie Ihre Stellungnahme obligat durch eine Liste der zitierten Literatur und eine Liste der Anlagen.			

## 10.5 Recherche

### 10.5.1 Suchstrategie zum Thema „Kindervernachlässigung/-misshandlung/-missbrauch“

#### Recherchierte Datenbanken

- The Cochrane Library (einschl. NHS-CRDS-Datenbanken)
- Medline
- Embase
- PsychINFO
- Psynindex
- Social SciSearch
- Somed
- Trip-Database

#### Recherchierte Institutionen

- AWMF
- NCG
- GIN

#### Systematische Literaturrecherche

Datenbank: Embase, Embase Alert, Medline, Medline Alert, PsychINFO, PSYINDEX, Social SciSearch, SOMED (DIMDI)

Recherchezeitraum: keine Restriktion

Datum der Recherche: 25.11.2006

Suchschritt	Suchtext	Anzahl der gefundenen Dokumente
#1	Embase, Embase Alert, Medline, Medline Alert, PsychINFO, PSYINDEX, Social SciSearch, SOMED	33499712
#2	CT="CHILD ABUSE";"CHILD ABUSE, SEXUAL"; "BATTERED CHILD SYNDROME"; "BATTERED CHILD SYNDROMES"; "BATTERED CHILD"; "CHILD NEGLECT"	45642
#3	FT=(child AND abuse) OR (child AND abuse AND sexual) OR (child AND neglect) OR (battered AND child) OR (child AND maltreatment) OR "child neglect"	80440
#4	2 OR 3	80806

#5	FT=screening OR FT=case finding	538640
#6	CT="MASS SCREENING" ; "MASS SCREENINGS"	63104
#7	CT=("SCREENING PROCEDURE" ; "SCREENING TEST"; "SCREENING TESTS"; "SCREENING PROGRAM"; "SCREENING PROJECT"; "SCREENING METHOD"; "SCREENING")	111941
#8	5 OR 6 OR 7	538640
#9	CT="INFANT"	608691
#10	CT="CHILD, PRESCHOOL"	665779
#11	FT=infant OR (preschool AND child*)	1366115
#12	9 OR 10 OR 11	1366115
#13	4 AND 8	2110
#14	13 AND 12	463
#15	14 AND LA=( ENGLISH; FRENCH; GERMAN" AND PPS=human	453
#16	Check duplicates: unique in s=15	372

### HTA und Leitlinienrecherche

Datenbank: Medline (PubMed)

Recherchezeitraum: keine Restriktion

Datum der Recherche: 21.07.2006

Suchschritt	Suchtext	Anzahl der gefundenen Dokumente
#1	Search "child abuse"[MeSH Terms] OR "child abuse, sexual"[MeSH Terms] OR "battered child syndrome"[MeSH Terms	17341
#2	Search "maltreatment*" OR (sexual abuse) OR (sexual AND abuse) OR (child* AND neglect*) OR "child neglect"	24136
#3	Search (Battered AND child AND syndrome) OR (child AND abuse)	31079
#4	Search #1 OR #2 OR #3	44792
#5	Search #1 OR #2 OR #3 Limits: All infants: birth-23 months, Newborn: birth-1 month, Infant: 1-23 months, Preschool Child: 2-5 years, Guideline, Technical Report, Humans	33

Die Recherche nach HTA und Leitlinien in den oben genannten HTA- und Leitlinien-datenbanken ergab insgesamt 70 Treffer.

## 10.6 Datenextraktionen Übersichtsarbeiten

### 10.6.1 MacMillan HL und the Canadian Task Force on Preventive Health Care: "Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment", CMAJ Nov. 28, 2000; 163 (11), 1451 – 8

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	<p><i>Genaue Literaturangabe der Informationssynthese</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>Harriet L. MacMillan und the Canadian Task Force on Preventive Health Care: "Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment", CMAJ Nov. 28, 2000; 163 (11), 1451 - 8</b></p> </div> <p>Peer review    Ja    <input checked="" type="checkbox"/>                                   Nein    <input type="checkbox"/></p>
2	Dokumenttyp	<p><i>Zuordnung zu den folgenden Dokumenttypen (bitte ankreuzen):</i></p> <p><input type="checkbox"/> HTA-Bericht  <input type="checkbox"/> Systematischer Review mit quantitativer Informationssynthese (Meta-Analyse)  <input checked="" type="checkbox"/> Systematischer Review mit qualitativer Informationssynthese  <input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Leitlinie  <input type="checkbox"/> Narrativer Review  <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig zuordenbar</p>
3	Bezugrahmen	<p><i>Hintergrund (Kontext) der Publikation. Besonders relevant bei HTA-Berichten und Leitlinien. Nennung des Auftraggebers und der für die Durchführung des Berichts verantwortlichen Institution. Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte?</i></p> <p><b>Update des Berichts der "Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (jetzt Canadian Task Force on Preventive Health Care) von 1993</b></p> <p><b>Kein Hinweis auf Interessenkonflikte.</b></p>
4	Erkrankung / Indikation	<p><i>Zielerkrankung und Definition</i></p> <p>Kindesmisshandlung (Untergruppen: "physical abuse, sexual abuse neglect and emotional abuse)</p>
5	Fragestellung / Technologie	<p><i>Bekanntes Verfahren des HTA. Fragestellung von Reviews und Metaanalysen.</i></p> <p><b>Gibt es eine Evidenz für die Effektivität von Interventionen zur Vermeidung von Kindesmisshandlung?</b></p> <p><b>Interventionsmöglichkeiten:</b></p> <p><b>a) Screening</b></p>

		<b>b) Präventionsmaßnahmen</b>
5a	<b>Evidenzstufe</b>	<p><i>Nur wenn Zuordnung möglich:</i></p> <p><input type="checkbox"/> I a Systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b (Randomisierte klinische Studien) Evi-</p> <p><input type="checkbox"/> II a Systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe II b (Prospektive vergleichende Kohortenstudien) Evi-</p> <p><b>Keine Zuordnung möglich, da je nach Intervention Studien unterschiedlicher Evidenzstufen vorliegen (siehe unten).</b></p>
6	<b>Methodik</b>	<p><i>Systematisches Vorgehen:</i></p> <p><i>Literaturrecherche: Berücksichtigte Datenbanken, Zeitraum, Ein- und Ausschlusskriterien der Primärstudien.</i></p> <p><i>Dokumentation der ausgeschlossenen Primärstudien mit Ausschlussgründen?</i></p> <p><i>Welche Merkmale der eingeschlossenen Primärstudien sind beschrieben (z. B. Studiendesign, Patientencharakteristika, Einzelheiten der Interventionen, Messung der Zielkriterien)?</i></p> <p><i>Welche Art Daten wurden aus den Primärstudien extrahiert (z.B. individuelle Daten, RR und 95 %KI, Mittelwert und Varianz)?</i></p> <p><i>Welches Verfahren zur Zusammenfassung der einzelnen Ergebnisse der Primärstudien: qualitativ (z. B. tabellarische Übersichten), quantitativ (z. B. Meta-Analyse) kommt zur Anwendung?</i></p> <p><i>Bei Meta-Analysen: Durchführung von Heterogenitätstests und Konsequenzen? Abschätzung eines Publikations-Bias?</i></p> <p><i>Durchführung von Sensitivitätsanalysen?</i></p> <p><i>Welche Tests/Verfahren der Früherkennung in welchem Setting werden beschrieben?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Systematische Literaturrecherche von 1993 - Februar 1999 in MEDLINE, HealthSTAR, PSYCINFO, ERIC und Current Contents (Suchbegriffe sind angegeben)</b></li> <li>- <b>Eine Metaanalyse wurde nicht durchgeführt, da die Interventionen und Studiendesigns zu unterschiedlich sind.</b></li> <li>- <b>Ein- und Ausschlusskriterien sind nicht beschrieben.</b></li> <li>- <b>Die gefundenen Studien wurden anhand der "methodology of the Canadian Task Force on Preventive Health Care" geprüft.</b></li> </ul> <p><b>Methodology of the Canadian Task Force on Preventive Health Care:</b></p> <p><b>Critical appraisal</b> A manuscript providing critical appraisal of the evidence for this topic was prepared by the lead author. This included identification and critical appraisal of <u>key studies</u>, and ratings of the quality of this evidence using the task force's established methodological hierarchy (below), which resulted in a summary of proposed conclusions and recommendations for consideration by the task force.</p> <p><b>Consensus development</b> Evidence for this topic was presented by the lead author and deliberated upon during a task force meeting in October 1998. Expert panel-</p>

		<p>lists addressed critical issues, clarified ambiguous concepts and analyzed the s end of this process, the specific clinical recommendations proposed by the lead author were discussed, as were issues related to clarification of the recommendations for clinical application and any gaps in evidence. The results of this process are reflected in the description of the decision criteria presented with the specific recommendations. Final decisions on recommendations were arrived at unanimously by the group and lead author. Procedures to achieve adequate documentation, consistency, comprehensiveness, objectivity and adherence to the task force methodology were maintained at all stages during review development, the consensus process and beyond to ensure uniformity and impartiality throughout.</p> <p><b>Levels of evidence</b></p> <p>I Evidence from at least one well-designed randomized controlled trial</p> <p>II-1 Evidence from well-designed controlled trials without randomization</p> <p>II-2 Evidence from well-designed cohort or case-control analytic studies, preferably from more than one centre or research group</p> <p>II-3 Evidence from comparisons between times or places with or without the intervention; dramatic results from uncontrolled studies could be included here</p> <p>III Opinions of respected authorities, based on clinical experience; descriptive studies or reports of expert committees</p> <p><b>Grades of recommendations</b></p> <p>A Good evidence to support the recommendation that the condition or manoeuvre be specifically considered in a periodic health examination (PHE)</p> <p>B Fair evidence to support the recommendation that the condition or manoeuvre be specifically considered in a PHE</p> <p>C Insufficient evidence regarding inclusion or exclusion of the condition or manoeuvre in a PHE, but recommendations may be made on other grounds</p> <p>D Fair evidence to support the recommendation that the condition or manoeuvre be specifically excluded from a PHE</p> <p>E Good evidence to support the recommendation that the condition or manoeuvre be specifically excluded from a PHE</p>
7	Ergebnisse	<p><i>Darstellung der für das Beratungsthema wichtigen Ergebnisse.</i></p> <p><b>Screening bzgl. Risiko für Kindesmisshandlung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>3 Studien zu dieser Fragestellung wurden identifiziert</b></li> <li>- <b>eine Studie untersucht die Korrelation zwischen Fremd- ("staff assessment of a participant's risk for committing abuse based on familial and personal characteristic") und Selbsteinschätzung (self-report measure, the Child Abuse Potential Inventory). Die prädiktive Validität dieses Ansatzes wurde nicht bestimmt.</b></li> <li>- <b>zwei Studien führten zur Beurteilung des Risikos bzgl. künftiger Kindesmisshandlung prospektive Beobachtungen von Familien durch; bei einer Studie war der positive prädiktive Wert für körperlichen Missbrauch 6,6 % die Sensitivität betrug 55,6 % → die hohe Rate an falsch-positiven Ergebnissen ist das große Problem dieser Screening-Tests; mehrere Autoren betonen, dass es unmöglich ist, das individuelle Risiko für Kindesmisshandlung vorherzusagen.</b></li> </ul> <p><b>Risikoindikatoren:</b></p>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 systematischer Review und 4 Beobachtungsstudien</li> <li>- Es wird statt dem Begriff "Risikofaktor" der Begriff "Risikoindikator" verwendet, da die meisten Informationen aus Querschnittsstudien stammen und keine zeitlichen und kausalen Zusammenhänge daraus abgeleitet werden können (Langzeitstudien laufen noch).</li> <li>- Folgende Faktoren für <u>körperlichen Missbrauch</u> konnten neu identifiziert werden: männliches Geschlecht, Stress ("recent life stressor"), psychische Beeinträchtigung der Mutter, niedriges Bildungsniveau der Mutter, keine Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen, Suchtmittelmissbrauch und seltener Kirchenbesuch ("low religious attendance").</li> <li>- Folgende neue Indikatoren für sexuellen Missbrauch werden genannt: junge Mutter und Tod eines Elternteils</li> </ul> <p><b>"Perinatal and early childhood programs" zur Prävention von körperlichen Missbrauch und Vernachlässigung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 Reviews zur Effektivität dieser Programme</li> <li>- 3 Reviews kommen zu dem Ergebnis, dass bei benachteiligten Familien bzw. Hochrisikofamilien durch eine frühe Intervention, wie z. B. Hausbesuche oder Schulungen körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung verhindert werden können</li> <li>- 1 Meta-Analyse zeigt, dass Hausbesuche einen signifikanten präventiven Effekt hinsichtlich dem Auftreten von Verletzung in der Kindheit haben.</li> </ul> <p><b>Hausbesuche:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 Studien (RCT) zu Hausbesuchen von Krankenschwestern; 1 RCT (Elmira-Studie, Intervention bis zum Ende des 2. Lebensj. des Kindes) zeigt nach 4 Jahren Follow-up, dass es hinsichtlich körperlichen Missbrauch und Vernachlässigung kaum Unterschiede gibt. Jedoch zeigt die Gruppe mit Intervention im Vergleich zur Kontrollgruppe eine 40 % Reduktion der Verletzungen und Vergiftungsunfälle. Nach 15 Jahren Follow-up (80 %) zeigen sich in der Interventionsgruppe weniger Fälle von Missbrauch und Vernachlässigung; ein ähnlich gestalteter RCT mit hauptsächlich African-American zeigt nach 2 Jahren Follow-up ähnliche Ergebnisse.</li> <li>- 3 Studien (RCT) beurteilen die Effektivität von "paraprofessional home visitors". Hier zeigen sich in allen 3 Studien keine statistisch signifikanten Unterschiede. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass alle drei Studien erhebliche methodische Mängel hatten.</li> </ul> <p><b>"Comprehensive health care program":</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Studie zu einem "comprehensive health care program" mit pränataler, postnataler und pädiatrischen Versorgung in einem multidisziplinären Team in einer Klinik bis zum Ende des 2. Lebensjahres des Kindes. In der Interventionsgruppe traten mehr Fälle von Misshandlung und Vernachlässigung auf. Die Autoren erklären dieses Ergebnis durch einen "surveillance bias", denn die Interventionsgruppe hatte doppelt so viele Arztbesuche wie die Kontrollgruppe.</li> </ul> <p>Schulungs- und Unterstützungsprogramme für El-</p>
--	--	---

		<p>tern/"combination of services" (Casemanagement, Psychotherapie und Schulung)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- jeweils 1 Studie, die jedoch aufgrund methodischer Mängel keine Aussagen hinsichtlich der Prävention von Kindesmisshandlung zulassen</li> </ul>
8	<b>Ökonomische Evaluation</b>	<p>Wurde eine ökonomische Evaluation durchgeführt?          Wenn ja, weiter mit Frage 8.1.          Wenn nein, weiter mit Frage 9.</p>
8.1	<b>Methodik der ökonomischen Evaluation</b>	<p>Studiendesign der ökonomischen Evaluation (bitte ankreuzen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kosten-Analyse (Cost Analysis)</li> <li><input type="checkbox"/> Kosten-Minimierungs-Analyse (Cost-Minimization Analysis)</li> <li><input type="checkbox"/> Kosten-Effektivitäts-Analyse (Cost-Effectiveness Analysis)</li> <li><input type="checkbox"/> Kosten-Nutzwert-Analyse (Cost-Utility Analysis)</li> <li><input type="checkbox"/> Kosten-Nutzen-Analyse (Cost-Benefit Analysis)</li> <li><input type="checkbox"/> Nicht zuzuordnen</li> </ul> <p>Sind alle relevanten therapeutischen Alternativen berücksichtigt, ggf. einschließlich der Option <u>keine Intervention</u>?</p> <p>Ist die Perspektive der gesundheitsökonomischen Bewertung (z.B. Krankenkassen, Gesellschaft, Patienten) definiert?</p> <p>Sind alle relevanten Kosten- und Nutzenaspekte berücksichtigt?</p> <p>Sind Kosten und Nutzen in geeigneten Einheiten erfasst?</p> <p>Sind Kosten und Nutzen auf einen gemeinsamen Zeitpunkt bezogen?</p> <p><b>Wurde nicht durchgeführt.</b></p>
8.2	<b>Ergebnisse der ökonomischen Evaluation</b>	<p>Wurde eine Inkrementalanalyse (Grenzkosten und Grenznutzen) der Kosten und Konsequenzen durchgeführt?</p> <p>Wurde eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt?</p> <p>Lassen sich die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Bewertung auf das deutsche Versorgungssystem übertragen?</p>
9	<b>Fazit der Autoren</b>	<p>Fazit der Autoren aus der medizinischen Nutzenbewertung</p> <p>Fazit der Autoren aus der ökonomischen Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Es gibt eine ausreichende Evidenz (II-2/III) für eine Empfehlungen gegen ein Screening zur Identifikation von Hochrisikofamilien für Kindesmisshandlung (D).</b></li> <li>- <b>Es gibt eine gute Evidenz (I) für die Effektivität von Hausbesuchen von Krankenschwester (nach dem Modell der Elmira-Studie) bei Erstgebärenden mit niedrigem sozioökonomischen Status, allein erziehenden Eltern und jungen Eltern (A) (Um eine Stigmatisierung zu vermeiden empfehlen die Autoren der Elmira-Studie, dass ihr Programm in Risiko-Gemeinden allgemein angeboten werden soll.)</b></li> <li>- <b>Für die anderen Interventionen gibt es keine ausreichende Evidenz für oder gegen eine Empfehlung (C).</b></li> </ul>

10	Abschließende Bewertung	<p><i>Abschließende Bewertung des verantwortlichen Bearbeiters der AG/TG bzw. die gemeinsam mit der AG/TG abgestimmte Bewertung. Folgende Punkte sollten mit einem Satz beschrieben werden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Aussage zur Qualität der Arbeit</i></li> <li>• <i>Zusammenfassung der Ergebnisse</i></li> <li>• <i>Stärken der Arbeit</i></li> <li>• <i>Schwächen der Arbeit</i></li> <li>• <i>Übertragbarkeit auf die deutsche Versorgungssituation</i></li> <li>• <i>Rolle der Arbeit bei der Beantwortung der Fragestellung der Arbeits-/Themengruppe</i></li> <li>• <i>Alternativen zur Früherkennung</i></li> </ul> <p><b>Die Ergebnisse (Empfehlungen) des systematischen Reviews müssen vorsichtig interpretiert werden, da unklar ist, ob durch die Literatursauswahl Verzerrungen entstanden sind. Es gibt keine klaren Angaben dazu, ob alle durch die Literaturrecherche identifizierten Publikationen berücksichtigt wurden. Ein- und Ausschlusskriterien sowie Recherchestrategie und -ergebnisse sind nicht bzw. nur teilweise dargestellt. Die geringe Anzahl der beschriebenen Studien lässt vermuten, dass eine Vorselektion vorgenommen wurde, um Studien herauszufiltern, die gemäß der "Methodology of the Canadian Task Force on Preventive Health Care" als "key studies" gelten und im Rahmen dieses systematischen Reviews beurteilt wurden.</b></p> <p><b>Der Review differenziert grundsätzlich zwischen zwei Interventionsmöglichkeiten zur Vermeidung von Kindesmisshandlung:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <b>Screening und</b></li> <li>b) <b>Präventionsmaßnahmen (z. B. Hausbesuche, "comprehensive health care program", Schulung).</b></li> </ol> <p><b>Die hier beschriebenen Studien zum Screening zeigen, dass Screening-Tests, insbesondere aufgrund der hohen Rate von falsch positiven Ergebnissen nicht effektiv sind. Wie die Autoren des Reviews ausführen, müssen Risikofaktoren eher als Risikoindikatoren verstanden werden, da die meisten Information aus Querschnittsstudien stammen, aus denen keine zeitlichen und kausalen Zusammenhänge abgeleitet werden können. Hinsichtlich der Effektivität von Präventionsmaßnahmen gibt es keine allgemein gültigen Aussagen, da die Ausgestaltung der Präventionsmaßnahme berücksichtigt werden muss und die Qualität der meisten Studien schlecht ist. Hausbesuche können z. B. für eine bestimmte Zielgruppe effektiv sein, wenn bereits vor der Geburt damit begonnen wird und die Hausbesuche bis zum 2. Lebensjahr des Kindes fortgesetzt werden (wie in der Elmira-Studie).</b></p> <p><b>Fazit der TG: Weitere Berücksichtigung in den Beratungen.</b></p>
----	-------------------------	---

**10.6.2 Nelson H, Nygren P, McInerney Y. Screening for Family and Intimate Partner Violence. AHRQ, USPSTF Systematic Evidence Review No. 28, 2004**

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	<p><b>Genaue Literaturangabe der Informationssynthese</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Nelson H, Nygren P, McInerney Y            Screening for Family and Intimate Partner Violence.            AHRQ, USPSTF Systematic Evidence Review No. 28, 2004</p> </div> <p>Peer review    Ja    <input type="checkbox"/>                              Nein <input type="checkbox"/></p>
2	Dokumenttyp	<p><b>Zuordnung zu den folgenden Dokumenttypen (bitte ankreuzen):</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> HTA-Bericht  <input type="checkbox"/> Systematischer Review mit quantitativer Informationssynthese (Meta-Analyse)  <input checked="" type="checkbox"/> Systematischer Review mit qualitativer Informationssynthese  <input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Leitlinie  <input type="checkbox"/> Narrativer Review  <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig zuordenbar</p>
3	Bezugrahmen	<p><b>Hintergrund (Kontext) der Publikation. Besonders relevant bei HTA-Berichten und Leitlinien. Nennung des Auftraggebers und der für die Durchführung des Berichts verantwortlichen Institution. Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte?</b></p> <p>Update eines AHRQ-Berichts von 1996.            Aussagen zu möglichen Interessenkonflikten werden nicht gemacht.</p>
4	Erkrankung / Indikation	<p><b>Zielerkrankung und Definition</b></p> <p>Innerfamiliäre und vom Lebenspartner ausgehende Gewalt. Eingegrenzt auf Vernachlässigung und Missbrauch von Kindern, Frauen und Älteren.</p>
5	Fragestellung / Technologie	<p><b>Bekanntes Verfahren des HTA. Fragestellung von Reviews und Metaanalysen.</b></p>
5a	Evidenzstufe	<p><b>Nur wenn Zuordnung möglich:</b></p> <p><input type="checkbox"/> I a Systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b (Randomisierte klinische Studien)  <input type="checkbox"/> II a Systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe II b (Prospektive vergleichende Kohortenstudien)</p>
6	Methodik	<p><b>Systematisches Vorgehen:</b></p>

	<p><b>Literaturrecherche: Berücksichtigte Datenbanken, Zeitraum, Ein- und Ausschlusskriterien der Primärstudien.</b></p> <p>Datenbankrecherche bis einschl. 2002: MEDLINE (1966-2002), PsycINFO (1984-2002), CINAHL (1982-2002), Health &amp; Psychosocial Instruments (Frauen und Ältere; 1985-2002), ERIC (Kinder; 1989-2002), AARP Ageline (Ältere; 1978-2002), Cochrane Controlled Trials Register.</p> <p>Zusätzlich Referenzlisten von Studien, Reviews, Editorials und Expertenbefragungen.</p> <p>Recherchestrategie im Anhang.</p> <p>Einschlusskriterien: englischsprachiges Abstract, Anwendbarkeit in der US-amerikanischen klinischen Praxis, Beschreibung von Missbrauch und Gewalt gegen Kinder, Frauen oder Älteren, durchgeführt oder in Verbindung mit hausärztlicher Versorgung (Hausarzt, Pädiater, Allgemein- und Innere Medizin), Gynäkologie, Notaufnahme, Arzt oder andere Gesundheitsberufe involviert.</p> <p>Assessmentstudien wurden eingeschlossen, wenn sie Instrumente beschrieben (Fragebögen u.a.), die kurz und in der hausärztlichen Praxis anwendbar waren. Studienpopulation, Screeninginstrument, Outcome sowie die Datenerhebung mussten beschrieben sein. Outcome: physischer Missbrauch, Vernachlässigung, emotionaler Missbrauch, sexueller Missbrauch sowie assoziierte Outcomes wie Depression.</p> <p>Interventionsstudien wurden eingeschlossen, wenn sie die Effektivität einer Intervention bei der Reduktion von Schäden durch Gewalt in der Familie oder durch den Lebenspartner in der Interventions- im Vgl. zu einer Kontrollgruppe gemessen haben. Bevorzugt wurden qualitativ sauber durchgeführte RCTs.</p> <p>Ausschlusskriterien: Studien mit verletzten Patienten. Interventionsstudien zur Evaluation von Schulungsmaßnahmen bei Ärzten u.a. Gesundheitspersonal. Publikationen zur rechtlichen Situation. Rein beschreibende Studien. Studien zur Güte der ärztlichen Diagnose sowie zum Meldeverhalten der Ärzte.</p> <p><b>Dokumentation der ausgeschlossenen Primärstudien mit Ausschlussgründen?</b> Nein.</p> <p>Screening: 1.808 abstracts → 65 Volltexte → 6 Publikationen eingeschlossen.</p> <p>Intervention: 1.748 abstracts → 17 Publikationen eingeschlossen, davon 9 RCTs.</p> <p><b>Welche Merkmale der eingeschlossenen Primärstudien sind beschrieben (z.B. Studiendesign, Patientencharakteristika, Einzelheiten der Interventionen, Messung der Zielkriterien)?</b></p> <p>Screening: Kurze Beschreibung der Studienpopulation (in der Regel junge, alleinstehende Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status), der verwendeten Instrumente (selbst-auszufüllende Fragebögen, z.T. ergänzt durch andere Maßnahmen, z.B. Interviews, Krankenakte) und der Ergebnisse.</p> <p><b>Welche Art Daten wurden aus den Primärstudien extrahiert (z.B. individuelle Daten, RR und 95 %KI, Mittelwert und Varianz)?</b></p> <p><b>Welches Verfahren zur Zusammenfassung der einzelnen Ergebnisse der Primärstudien: qualitativ (z. B. tabellarische Übersichten), quantitativ (z. B. Meta-Analyse) kommt zur Anwendung?</b></p> <p>Screening: Tabellarische Darstellung im Anhang (S. 52/53), kurze Beschreibung im Haupttext (S. 11-14).</p> <p>Intervention: Tabellarische Darstellung im Anhang (S. 54-66, 17 Stu-</p>
--	---

		<p>dien), kurze Beschreibung nur der guten bis mäßig guten RCTs (7 von 9) im Text plus zusätzliche Tabelle S. 68.</p> <p><b>Bei Meta-Analysen: Durchführung von Heterogenitätstests und Konsequenzen? Abschätzung eines Publikations-Bias?</b></p> <p><b>Durchführung von Sensitivitätsanalysen?</b></p> <p><b>Welche Tests/Verfahren der Früherkennung in welchem Setting werden beschrieben?</b></p>
7	Ergebnisse	<p><b>Darstellung der für das Beratungsthema wichtigen Ergebnisse.</b></p> <p>Screening:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In der Literatur werden zahlreiche Assessmentinstrumente beschrieben, jedoch gibt es nur wenige Studien, die die Performance der Instrumente bei der Vorhersage von Missbrauch und Vernachlässigung evaluieren.</li> <li>• Die meisten Studien untersuchen Schwangere und Frauen postpartum. Keins der Instrumente wendet sich direkt ans Kind.</li> <li>• Keins der Instrumente wurde auf die Einsetzbarkeit im hausärztlichen Kontext untersucht, im Hinblick auf Zeitaufwand, Kosten u.a.</li> <li>• Sensitivität und Spezifität der Instrumente ist niedrig bis mäßig, in Abhängigkeit von der Studienpopulation. Keins der Instrumente wurde in einer größeren Population getestet.</li> </ul> <p>Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein qualitativ guter RCT (Hausbesuche durch Pflegepersonal) zeigte 2 Jahre postpartum eine signifikante Reduktion von Kindesmissbrauch und –vernachlässigung und damit assoziierten Outcomes, die auch nach 15 Jahren follow-up bestehen blieben. Die meisten positiven Outcomes wurden bei unverheirateten Müttern aus niedrigen sozioökonomischen Verhältnissen beobachtet.</li> <li>• Andere Studien konnten die Ergebnisse bezogen auf Kindesvernachlässigung und –missbrauch nicht bestätigen, zeigen aber bei assoziierten Outcomes ähnliche Ergebnisse.</li> <li>• Alle Interventionsstudien konzentrierten sich auf Neugeborene und Kinder.</li> <li>• Alle Interventionsstudien schlossen Frauen ein, die aufgrund soziodemographischer Parameter als Hochrisikopersonen eingestuft wurden.</li> </ul>
8	Ökonomische Evaluation	<p><b>Wurde eine ökonomische Evaluation durchgeführt?</b> Nein.</p> <p><b>Wenn ja, weiter mit Frage 8.1.</b></p> <p><b>Wenn nein, weiter mit Frage 9.</b></p>
8.1	Methodik der ökonomischen Evaluation	<p><b>Studiendesign der ökonomischen Evaluation (bitte ankreuzen):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Kosten-Analyse (Cost Analysis)</p> <p><input type="checkbox"/> Kosten-Minimierungs-Analyse (Cost-Minimization Analysis)</p> <p><input type="checkbox"/> Kosten-Effektivitäts-Analyse (Cost-Effectiveness Analysis)</p> <p><input type="checkbox"/> Kosten-Nutzwert-Analyse (Cost-Utility Analysis)</p> <p><input type="checkbox"/> Kosten-Nutzen-Analyse (Cost-Benefit Analysis)</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht zuzuordnen</p>

		<p><b>Sind alle relevanten therapeutischen Alternativen berücksichtigt, ggf. einschließlich der Option <u>keine</u> Intervention?</b></p> <p><b>Ist die Perspektive der gesundheitsökonomischen Bewertung (z.B. Krankenkassen, Gesellschaft, Patienten) definiert?</b></p> <p><b>Sind alle relevanten Kosten- und Nutzenaspekte berücksichtigt?</b></p> <p><b>Sind Kosten und Nutzen in geeigneten Einheiten erfasst?</b></p> <p><b>Sind Kosten und Nutzen auf einen gemeinsamen Zeitpunkt bezogen?</b></p>
8.2	Ergebnisse der ökonomischen Evaluation	<p><b>Wurde eine Inkrementalanalyse (Grenzkosten und Grenznutzen) der Kosten und Konsequenzen durchgeführt?</b></p> <p><b>Wurde eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt?</b></p> <p><b>Lassen sich die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Bewertung auf das deutsche Versorgungssystem übertragen?</b></p>
9	Fazit der Autoren	<p><b>Fazit der Autoren aus der medizinischen Nutzenbewertung</b></p> <p><b>Fazit der Autoren aus der ökonomischen Evaluation</b> (entfällt)</p> <p>Es wurden keine Studien gefunden, die die Effektivität eines Screenings zur Reduktion von Schäden, vorzeitigem Tod und Behinderung untersucht haben, oder die Untersuchung von unerwünschten Wirkungen eines Screenings und von Interventionen zum Ziel hatten.</p> <p>Die gefundenen Screeninginstrumente zeigen eine einigermaßen akzeptable Sensitivität, aber eine niedrige Spezifität und sind nicht in breiteren Bevölkerungsschichten erprobt worden.</p> <p>Schlüsselfragen: Evidenzstufen (siehe unten)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reduziert ein Screening den Schaden und die Rate an vorzeitigem Todesfällen und Behinderungen? – Antwort nicht möglich.</li> <li>2. Wie gut identifiziert ein Screening einen vorhandenen Schaden oder ein vorhandenes Risiko? – Evidenzstufe II-1 → Validität schlecht bis gut, Instrumente i.d.R. für Schwangere entworfen, nur wenige Instrumente wurden wirklich evaluiert. Keins der Instrumente ist für die Anwendung beim Kind konzipiert.</li> <li>3. Welche sind die unerwünschten Nebenwirkungen eines Screenings? – Antwort nicht möglich.</li> <li>4. Wie gut reduzieren Interventionen den Schaden? – Evidenzstufen I, II-1, II-2 → Validität schlecht bis gut, ein RCT zeigte reduzierte Gewaltindikatoren nach 15 Jahren follow-up (Hausbesuche, Pflegepersonal). Andere Studien zeigten Reduktion von mit den Zielparametern assoziierten Outcomes. Interventionen zielten auf prä- und postnatale Phase, Zielgruppen waren Neugeborene und Kinder. Es wurden Studienpopulationen (unterschiedliche Auswahlkriterien) ausgesucht, bei denen ein höheres Risiko vermutet wurde.</li> <li>5. Welche sind die unerwünschten Nebenwirkungen einer Intervention? – Antwort nicht möglich.</li> </ol> <p>Sowohl die US Task Force on Community Preventive Services als auch die Canadian Task Force on Preventive Health Care haben die Vorteile früher Hausbesuche beschrieben und empfehlen diese als Teil eines umfassenden Gesundheitsangebots für Schwangere und Frauen postpartum. Ob dieses Modell auch auf andere Gruppen</p>

		<p>ausgeweitet werden kann, ist unklar.</p> <p>Valide Werte für Sensitivität und Spezifität der Instrumente fehlen zum Großteil und sind schwer zu erheben. Die vorhandenen Instrumente zielen nicht auf das Kind selbst, so dass Möglichkeiten für ein Screening bei älteren Kindern nicht genutzt werden können. Zahlreiche ärztliche Organisationen empfehlen, bei der Untersuchung des Kindes besonders aufmerksam auf Zeichen und Symptome von Vernachlässigung und Missbrauch zu achten.</p> <p>Zukünftige Untersuchungen sollten versuchen, einige der größten Studienmängel zu verhindern. Bsp.: Standardisierung von Definitionen und Messungen von Missbrauch und Vernachlässigung. Verminderung von Observer- und Surveillancebias. Standardisierung der Beschreibung von Interventionen. Gleiche Anwendung der Intervention in allen Studiengruppen. Studienpopulation sollte nicht nur aus Risikopopulation bestehen. Validierung der Instrumente (verschiedene Sprachen, verschiedener kultureller Hintergrund...) und Anwendbarkeit im hausärztlichen Setting.</p>
10	Abschließende Bewertung	<p><b>Abschließende Bewertung des verantwortlichen Bearbeiters der AG/TG bzw. die gemeinsam mit der AG/TG abgestimmte Bewertung.</b></p> <p><b>Folgende Punkte sollten mit einem Satz beschrieben werden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aussage zur Qualität der Arbeit</b></li> <li>• <b>Zusammenfassung der Ergebnisse</b></li> <li>• <b>Stärken der Arbeit</b></li> <li>• <b>Schwächen der Arbeit</b></li> <li>• <b>Übertragbarkeit auf die deutsche Versorgungssituation</b></li> <li>• <b>Rolle der Arbeit bei der Beantwortung der Fragestellung der Arbeits-/Themengruppe</b></li> <li>• <b>Alternativen zur Früherkennung</b></li> </ul> <p>Qualitativ guter systematischer Review, der die Fragestellungen des TG zum Inhalt hat. Die Recherchestrategie kann nachvollzogen werden, Ein- und Ausschlusskriterien werden genannt. Eine Darstellung der Gründe für die endgültige Literaturlauswahl anhand der Volltexte fehlt aber, so dass bei der Frage nach einem Screening nicht nachvollzogen werden kann, warum von 65 zunächst eingeschlossenen Publikationen nur 6 weiter berücksichtigt wurden. Da für diese Fragestellung RCTs fehlen, musste auf Studien einer niedrigeren Evidenzstufe zurückgegriffen werden. Daher wäre es hier umso wichtiger gewesen, darzustellen, warum von 65 Volltexten 59 ausgeschlossen wurden. Sieht man sich die eingeschlossenen Studien genauer an, so tauchen weitere Fragen auf, die die Auswahl noch unklarer erscheinen lassen (Warum wurde z.B. die Publikation von Korfmacher 2000 eingeschlossen?).</p> <p>Alle von den Autoren berücksichtigten Arbeiten wurden in den USA an hochselektierten Risikogruppen in unterschiedlichen Settings (teilweise klinische Ambulanz) durchgeführt, so dass die Aussagekraft und die Übertragbarkeit auf den deutschen Kontext aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme erschwert wird.</p> <p><b>Fazit der TG: Weitere Berücksichtigung in den Beratungen.</b></p>

## Evidenzstufen USPSTF

- I randomisierte, kontrollierte Studie
- II-1 kontrollierte, nicht-randomisierte Studie
- II-2 analytische Kohorten- oder Fall-Kontroll-Studie
- II-3 Fallserien, nur wenig oder gar nicht kontrollierte experimentelle Studien
- III Meinungsartikel anerkannter Autoritäten, deskriptive Epidemiologie



**10.6.3 Peters R, Barlow J. Systematic review of instruments designed to predict child maltreatment during the antenatal and postnatal periods. Child Abuse Review 2003; 12 (6): 416-39**

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	<p><b>Genaue Literaturangabe der Informationssynthese</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Peters R, Barlow J. Systematic review of instruments designed to predict child maltreatment during the antenatal and postnatal periods. Child Abuse Review 2003; 12 (6): 416-39.</p> </div> <p>Peer review    Ja    <input type="checkbox"/>                          Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Hierzu gibt es keine Angaben.</p>
2	Dokumenttyp	<p><b>Zuordnung zu den folgenden Dokumenttypen (bitte ankreuzen):</b></p> <p><input type="checkbox"/> HTA-Bericht  <input type="checkbox"/> Systematischer Review mit quantitativer Informationssynthese (Meta-Analyse)  <input checked="" type="checkbox"/> Systematischer Review mit qualitativer Informationssynthese  <input type="checkbox"/> Evidenzbasierte Leitlinie  <input type="checkbox"/> Narrativer Review  <input type="checkbox"/> Nicht eindeutig zuordenbar</p>
3	Bezugrahmen	<p><b>Hintergrund (Kontext) der Publikation. Besonders relevant bei HTA-Berichten und Leitlinien. Nennung des Auftraggebers und der für die Durchführung des Berichts verantwortlichen Institution. Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte?</b></p> <p>Unklar, Autoren: University of Oxford, UK</p>
4	Erkrankung / Indikation	<p><b>Zielerkrankung und Definition:</b> Kindesmisshandlung/missbrauch</p> <p>Update eines Reviews von Leventhal 1988 zur Validität von Instrumenten für die Prognose eines zukünftigen Kindesmissbrauchs. Untersuchung der Genauigkeit von Instrumenten, die für Eltern in der Schwangerschaft bzw. nach der Schwangerschaft konzipiert sind, um deren Risiko für einen zukünftigen Kindesmissbrauch zu bestimmen.</p>
5	Fragestellung / Technologie	<p><b>Bekanntes Verfahren des HTA. Fragestellung von Reviews und Metaanalysen.</b></p> <p>Ziel der Studie ist die Testung der Validität (prädiktive Genauigkeit) von (Screening)-Instrumenten, um etwaige zukünftige Kindesmisshandlung/missbrauch bei angehenden Eltern/Eltern nach der Geburt ihres Kindes vorausszusagen. Es wurden nur Studien eingeschlossen mit einem prospektiven Design, die wenigstens ein standardisiertes</p>

		Instrument an angehenden Eltern oder Eltern mit Kindern unter 6 Monaten untersuchten.
5a	Evidenzstufe	<p><b>Nur wenn Zuordnung möglich:</b></p> <p><input type="checkbox"/> I a Systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b (Randomisierte klinische Studien)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> II a Systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe II b (Prospektive vergleichende Kohortenstudien)</p>
6	Methodik	<p><b>Systematisches Vorgehen:</b></p> <p><b>Literaturrecherche: Berücksichtigte Datenbanken, Zeitraum, Ein- und Ausschlusskriterien der Primärstudien.</b></p> <p>Diverse elektronische Datenbanken, inklusive Medline, PsychINFO, Embase, CINAHL, Sociological Abstracts und Social Science Citation Index. Außerdem Cochrane Library, National Research Register, SIGLE- und NSPCC-Library; keine Zeit- oder Sprachbeschränkung.</p> <p><b>Dokumentation der ausgeschlossenen Primärstudien mit Ausschlussgründen?</b> Nur summarisch (z.B. 11 Studien wg retrospektiven Designs ausgeschlossen), nicht für jede Studie einzeln.</p> <p><b>Welche Merkmale der eingeschlossenen Primärstudien sind beschrieben (z.B. Studiendesign, Patientencharakteristika, Einzelheiten der Interventionen, Messung der Zielkriterien)?</b></p> <p>Instrumente, Studiendesign, Patientencharakteristika (Studienpopulation hinsichtlich Charakteristika Eltern/Kinder), Follow-Up, Kriterien für Outcome, Verblindung, Studiengröße</p> <p><b>Welche Art Daten wurden aus den Primärstudien extrahiert (z.B. individuelle Daten, RR und 95 %KI, Mittelwert und Varianz)?</b></p> <p>Inzidenz Missbrauch, Risikovorhersage durch Instrument, (RR, PPV, NPA, Sensitivität, Spezifität des Instruments, 95 % CI)</p> <p><b>Welches Verfahren zur Zusammenfassung der einzelnen Ergebnisse der Primärstudien: qualitativ (z. B. tabellarische Übersichten), quantitativ (z. B. Meta-Analyse) kommt zur Anwendung?</b></p> <p>Qualitativ in Abbildung, keine quantitative Zusammenfassung</p> <p><b>Bei Meta-Analysen: Durchführung von Heterogenitätstests und Konsequenzen? Abschätzung eines Publikations-Bias?</b></p> <p><b>Durchführung von Sensitivitätsanalysen?</b></p> <p><b>Welche Tests/Verfahren der Früherkennung in welchem Setting werden beschrieben?</b></p> <p>„standardisierte Instrumente“: i.e. Checklisten und Interviews der 8 eingeschlossenen Studien im einzelnen beschrieben</p>
7	Ergebnisse	<p><b>Darstellung der für das Beratungsthema wichtigen Ergebnisse.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Follow-up der eingeschlossenen 8 Studien bis 36 Monate postnatal</li> <li>- Sample size zwischen 190 und 14.238</li> <li>- Nur 6/8 Studien mit vollständigem Follow-up, von diesen nur 2 Studien ohne gleichzeitige (verzerrende) Intervention</li> <li>- Sensitivität in den 8 Studien zwischen 38 und 100 %</li> <li>- Sensitivität in 4 Studien &gt; 90 %</li> <li>- Spezifität in den 8 Studien zwischen 16,5 und 96 %</li> <li>- Spezifität in 3 Studien &gt; 90 %</li> <li>- PPV in den 8 Studien zwischen 1,7 und 52,6 %</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- PPV in 3 Studien &gt; 25 %</li> <li>- Drei Instrumente besitzen sowohl hinsichtlich Sensitivität als auch Spezifität eine hohe Genauigkeit (Gordon 1977, Hunter et al. 1978, Muir et al. 1989) davon jedoch nur zwei auch einen akzeptabel hohen PPV (Hunter et al. 1978, Muir et al. 1989)</li> </ul>
8	Ökonomische Evaluation	<p><b>Wurde eine ökonomische Evaluation durchgeführt?</b> nein</p> <p><b>Wenn ja, weiter mit Frage 8.1.</b></p> <p><b>Wenn nein, weiter mit Frage 9.</b></p>
9	Fazit der Autoren	<p><b>Fazit der Autoren aus der medizinischen Nutzenbewertung</b></p> <p><b>Fazit der Autoren aus der ökonomischen Evaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrumente, konzipiert um einen Missbrauch vorherzusagen, sollten wenigstens eine Sensitivität von 40-60 %, eine Spezifität von 90 % und einen PPV von 25 % aufweisen. Nur eines der Instrumente erreicht näherungsweise diese Werte (Hunter et al. 1978 – Family Psycho-Social Risk Inventory), und selbst mit diesem Instrument wird der größte Teil der Familien (75 %) fälschlicherweise positiv gelabelt. Instrumente sollten gegenwärtig nur eingesetzt werden, wenn keine nachteiligen Konsequenzen für Familien dadurch resultieren (z.B. verstärkte unterstützende Angebote). Ohne effektive Interventionsmöglichkeiten bleibt ein Screening unethisch. Ein Screening von Eltern auf Faktoren die eine zukünftige Kindesmisshandlung vorhersagen sollen, würde wahrscheinlich nicht die Zustimmung von Eltern finden. Deshalb sollte eine stärkere universelle Elternunterstützung erfolgen, in deren Verlauf Eltern mit erhöhtem Unterstützungsbedarf identifiziert werden könnten.</li> </ul>
10	Abschließende Bewertung	<p><b>Abschließende Bewertung des verantwortlichen Bearbeiters der AG/TG bzw. die gemeinsam mit der AG/TG abgestimmte Bewertung.</b></p> <p><b>Folgende Punkte sollten mit einem Satz beschrieben werden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aussage zur Qualität der Arbeit</b></li> <li>• <b>Zusammenfassung der Ergebnisse</b></li> <li>• <b>Stärken der Arbeit</b></li> <li>• <b>Schwächen der Arbeit</b></li> <li>• <b>Übertragbarkeit auf die deutsche Versorgungssituation</b></li> <li>• <b>Rolle der Arbeit bei der Beantwortung der Fragestellung der Arbeits-/Themengruppe</b></li> <li>• <b>Alternativen zur Früherkennung</b></li> </ul> <p>Gute narrative Darstellung der eingeschlossenen Studien, übersichtliche Zusammenstellung der Einzelstudienresultate in einer Abbildung mit Darstellung von Sensitivität/Spezifität und 95 % CI.</p> <p>Unklar bleiben jedoch die Kriterien für die abschließende Zusammenfassung und Wertung der Autoren. So wird bspw. das Screening-Instrument der Studie von Hunter et al. 1978 letztlich als das einzig klinisch brauchbare beschrieben, da die geforderten Werte für Sensitivität, Spezifität und PPV erreicht werden, ohne dass die zuvor lediglich narrativ beschriebenen methodischen Schwächen hierbei einbezogen werden (z.B. keine Angabe zur Verblindung, Intervention an High-risk group). Eine Diskussion zu den Studienergebnissen in Zusammenhang mit ihrer</p>

---

		<p><b>methodischen Qualität fehlt.</b></p> <p><b>Die meisten der eingeschlossenen 8 Studien sind recht alt (jüngste Studie von 1993, 5 Studien 1985 oder früher)</b></p> <p><b>Eine Dokumentation der ausgeschlossenen Studien fehlt. Der Hintergrund der Publikation ist unklar, Angaben zu etwaigen Interessenkonflikten fehlen.</b></p> <p><b>Der Review weist methodische Mängel insbesondere in der Berichtsqualität auf, die TG einigt sich darauf, die 8 im Review als relevant eingeschlossenen Primärstudien in das 2. Screening mit aufzunehmen.</b></p> <p><b>Fazit der TG: Weitere Berücksichtigung in den Beratungen.</b></p>
--	--	--

## 10.7 Datenextraktionen Primärstudien

### 10.7.1 Brayden RM, Altemeier WA, Dietrich MS, Tucker DD, Christensen MJ, McLaughlin FJ, Sherrod KB. A prospective study of secondary prevention of child maltreatment. *J Ped* 1993; 122(4): 511-16.

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	<p><b>Genaue Literaturangabe der Informationssynthese</b>  <i>Brayden RM, Altemeier WA, Dietrich MS, Tucker DD, Christensen MJ, McLaughlin FJ, Sherrod KB. A prospective study of secondary prevention of child maltreatment. J Ped 1993; 122(4): 511-16.</i></p> <p>Peer review    Ja    <input type="checkbox"/> unklar  Nein    <input type="checkbox"/></p>
2	Dokumenttyp/ Studientyp	<i>prospektive Kohortenstudie</i>
3	Bezugrahmen	<p><b>Hintergrund (Kontext) der Publikation. Besonders relevant bei HTA-Berichten und Leitlinien. Nennung des Auftraggebers und der für die Durchführung des Berichts verantwortlichen Institution. Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte?</b></p> <p>Finanzierung durch National Institute of Mental Health und National Institute of Child Health and Human Development.  Verantwortliche Institution: Dep. of Pediatrics, Vanderbilt Univ. Nashville, Tennessee, Dep. of Child Health, Univ. of Missouri, Columbia, USA.  Keine weiteren Angaben oder Hinweise auf mögliche Interessenkonflikte.</p>
4	Erkrankung / Indikation	<p><b>Zielerkrankung und Definition</b></p> <p>Sekundäre Prävention der Kindesmisshandlung (physischer Missbrauch, Vernachlässigung).  Primärprävention – gesamte Population ist Zielgruppe  Sekundärprävention – selektierte Risikogruppe als Zielgruppe für eine Intervention.</p>
5	Fragestellung / Technologie	<p><b>Bekanntes Verfahren des HTA. Fragestellung von Reviews und Metaanalysen.</b></p> <p>Studienziele, Fragestellungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Replikation der Ergebnisse einer früheren prospektiven Studie (1975/76) zu Vorhersagefaktoren für erhöhtes Misshandlungsrisiko</li> <li>- Effekt der Intervention auf Anzahl der gemeldeten Fälle von physischer Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und Trennung Eltern-Kind bzw. Inobhutnahme von Kindern)</li> </ul> <p>Intervention: Betreuung durch interdisziplinäres Team (Hebammen, Krankenschwestern, Ernährungsberater, Psychologen, Kinderärzte, z.T. Hausbesuche durch paraprofessionelle Helfer) prä- und postnatal in den ersten zwei Lebensjahren.</p>

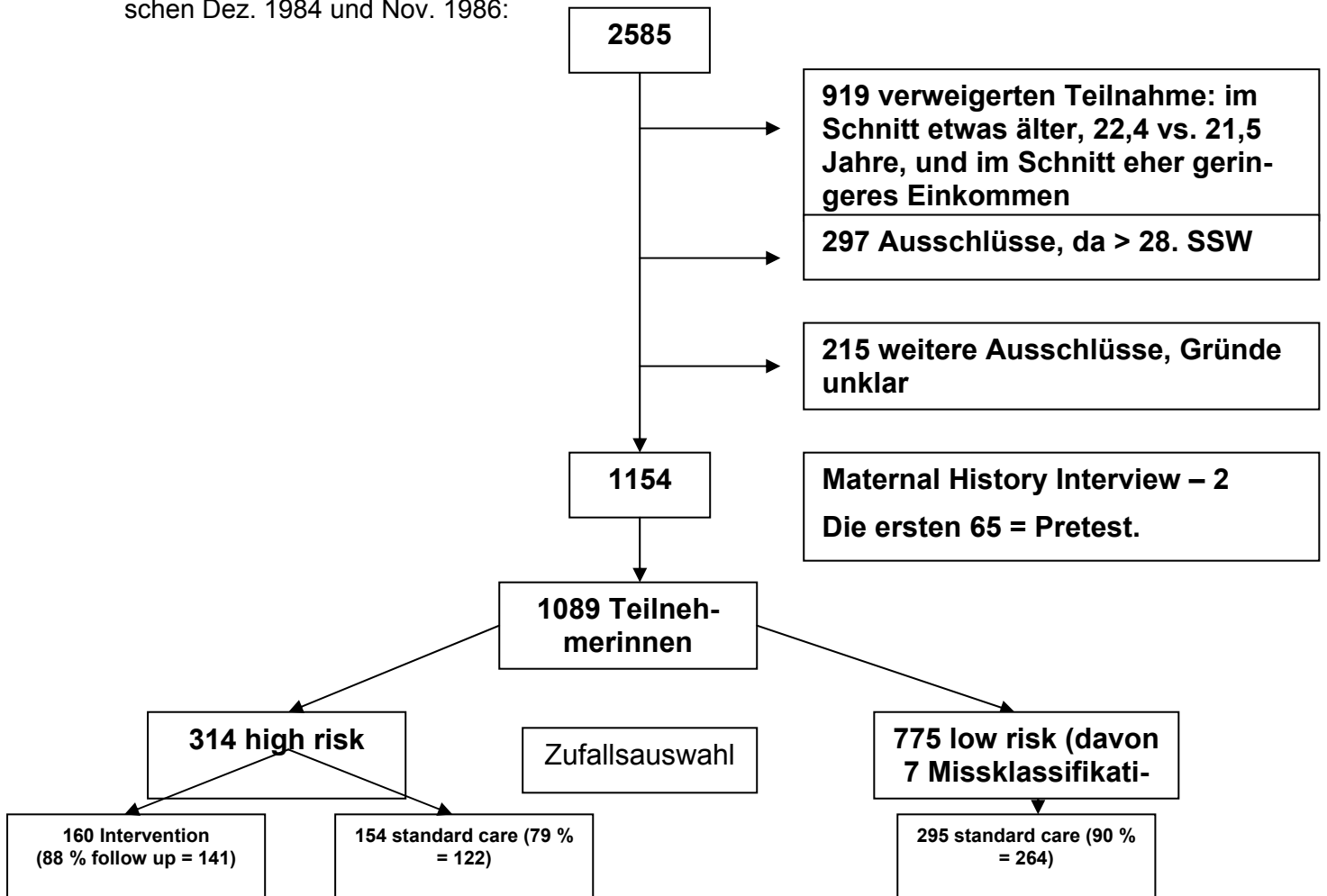
6	Methodik	<p><b>Studienpopulation und Beschreibung der Stichprobe</b> Schwangere &lt; 28. SSW, die zur Schwangerenvorsorge zwischen Dez. 1984 und Nov. 1986 in das Metropolitan Nashville General Hospital kamen.</p> <p>Demographie: im Schnitt 21-22 Jahre alt, ca. 60 % alleinstehend, 75-80 % berufstätig, ca. 75 % Kaukasier, das Einkommen lag bei allen unter 200 % der für den Bundesstaat definierten Armutsgrenze.</p> <p><b>Welche Tests/Verfahren der Früherkennung in welchem Setting werden beschrieben?</b> Risikobestimmung mittels „Maternal History Interview-2“ (MHI-2). Interview aus offenen Fragen zu Erziehungshaltung, Persönlichkeit, Einstellung zur Schwangerschaft, Einstellung zur eigenen Kindheit und einer verkürzten Version des Life Stress Inventory (Vater und Mutter). „Lügenskala“. Fragen zu Häufigkeit von Umzügen, frühere Inobhutnahme von Kindern durch staatliche Institutionen. Einschätzung der mütterlichen Aussagen bzgl. „abusive tendencies“ und Glaubwürdigkeit.</p> <p><b>Vergleichstest? Endpunkt? Follow-Up?</b> Fälle von physischer Misshandlung, Vernachlässigung und/oder Inobhutnahme der Kinder aus Akten staatlicher Institutionen über einen Zeitraum von 36 Monaten nach Geburt (public agency: Tennessee Department of Human Services). Durchsicht der Akten durch 4 unabhängige Reviewer (Reliabilität: 94 %). Zwei Pädiater (verblindet für Risikostatus) beurteilten die Akten bzgl. begründetem V.a. Misshandlung (4-Punkteskala, Reliabilität: 82 %).</p>
7	Ergebnisse	<p><b>Darstellung der für das Beratungsthema wichtigen Ergebnisse.</b></p> <p><b>Vorhersage durch MHI-2:</b></p> <p>Fälle physischer Misshandlung: 6,6 % der Kinder in der Hochrisikogruppe im Vgl. zu 2,3 % der Kinder in der Niedrigrisikogruppe ⇒ RR 3,02 KI-95 % [1,02; 8,90].</p> <p>Pos. Vorhersagewert des MHI-2: 6,6 %</p> <p>Sensitivität (phys. Misshandlung) des MHI-2: 55,6 %.</p> <p>Fälle von Vernachlässigung: 4,1 % der Kinder in der Hochrisikogruppe im Vgl. zu 5,7 % der Kinder in der Niedrigrisikogruppe ⇒ RR 0,71 KI-95 % [0,25; 2,00], nicht signifikant.</p> <p>Fälle von sexuellem Missbrauch insgesamt 6. Fallzahl für Vgl. zu gering.</p> <p>Fälle von Trennung Eltern/Kind bzw. Inobhutnahme des Kindes: 0,8 % der Kinder in der Hochrisikogruppe im Vgl. zu 2,7 % der Kinder in der Niedrigrisikogruppe ⇒ RR 0,3 KI-95 % [0,07; 2,49], nicht signifikant.</p> <p><b>Effekte durch Intervention:</b></p> <p>Fälle physischer Misshandlung: 9,2 % der Kinder in der Interventionsgruppe im Vgl. zu 6,6 % der Kinder in der Hochrisikokontrollgruppe ⇒ RR 1,45 KI-95 % [0,58; 3,62], nicht signifikant.</p> <p>Fälle von Vernachlässigung: 10,6 % der Kinder in der Hochrisikogruppe im Vgl. zu 4,1 % der Kinder in der Niedrigrisikogruppe ⇒ RR 2,79 KI-95 % [0,98; 7,91], nicht signifikant.</p> <p>Fälle von sexuellem Missbrauch insgesamt 2. Fallzahl für Vgl. zu gering.</p> <p>Fälle von Trennung Eltern/Kind bzw. Inobhutnahme des Kindes: 5 Fälle in der Hochrisikogruppe im Vgl. zu 1 Fall in der Niedrigrisikogruppe ⇒ RR 4,77 KI-95 % [0,51; 38,61], nicht signifikant.</p>

		<p><b>Signifikante Unterschiede in der Anzahl der Kontakte:</b></p> <p>Interventionsgruppe pränatal 11,8 +/- 3,8 im Vgl. zu 9,6 +/- 3,8 in der Hochrisikokontrollgruppe.</p> <p>Interventionsgruppe postnatal 17,7 +/- 11,5 im Vgl. zu 8,3 +/- 8,4 in der Hochrisikokontrollgruppe.</p> <p>Besuch der angebotenen <b>Gruppentermine</b> war eher mäßig: 60 % der pränatalen und nur 25 % der postnatalen Angebote wurden wahrgenommen.</p>
8	Fazit der Autoren	<p>Eine Vorhersage von Misshandlung wird durch mehrere Faktoren erschwert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rel. geringes Vorkommen von Misshandlung (große Teilnehmerzahl erforderlich)</li> <li>- langer Zeitraum zwischen Risikoerhebung und Outcome (langes follow-up erforderlich)</li> <li>- über die Zeit sich ändernde soziale Einflussfaktoren verkomplizieren die Entwicklung valider Instrumente</li> </ul> <p>Surveillance bias: in der intensiv betreuten Gruppe werden auch eher Fälle von Misshandlung berichtet, es kommt also eher zu einem Anstieg als zu einem Abfall der Misshandlungsfälle.</p> <p>Die angebotenen postpartalen Gruppensitzungen waren sehr schlecht besucht. Dieses Konzept scheint sich nicht zu bewähren. Erfolgsversprechender sind aufsuchende Hilfen (Hausbesuche) und Tagesbetreuungsangebote für Kleinkinder.</p>
9	Abschließende Bewertung	<p><b>Abschließende Bewertung des verantwortlichen Bearbeiters der AG/TG bzw. die gemeinsam mit der AG/TG abgestimmte Bewertung.</b></p> <p><b>Folgende Punkte sollten mit einem Satz beschrieben werden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aussage zur Qualität der Arbeit</b></li> <li>• <b>Zusammenfassung der Ergebnisse</b></li> <li>• <b>Stärken der Arbeit</b></li> <li>• <b>Schwächen der Arbeit</b></li> <li>• <b>Übertragbarkeit auf die deutsche Versorgungssituation</b></li> <li>• <b>Rolle der Arbeit bei der Beantwortung der Fragestellung der Arbeits-/Themengruppe</b></li> <li>• <b>Alternativen zur Früherkennung</b></li> </ul> <p>Es handelt sich um eine prospektive, bezogen auf die Intervention auch randomisierte Kohortenstudie. Der für die Fragestellung wichtige Abschnitt des Screenings bzw. der Risikoschätzung mittels eines Instruments (hier MHI-2) kommt jedoch zu kurz. Die wenigen Angaben zum verwendeten Instrument (offene Fragen; wohl 51 Fragen, genaue Anzahl bleibt unklar, ebenso wie die benötigte Zeit für Interview und Auswertung; Schulung der Interviewer notwendig) deuten eher darauf hin, dass eine Anwendung in der pädiatrischen Praxis kaum in Frage kommt.</p> <p>Auffällig ist, dass von 2.585 Frauen etwas über 1/3 (919 Frauen, 35,6 %) die Teilnahme am Interview verweigert haben. Von weiteren 215 ist nicht bekannt, warum sie nicht teilgenommen haben. Das relativ niedrige mittlere Alter der Teilnehmerinnen (21 bis 22 Jahre) lässt vermuten, dass es sich bei den Frauen, die die Schwangerenvorsorge am Metropolitan Nashville Ge-</p>

neral Hospital in Anspruch nehmen, bereits um eine vorselektierte Population handelt. Welche Kriterien letztendlich zur Eingruppierung der Frauen in eine Hochrisiko- und eine Niedrigrisikogruppe geführt haben, bleibt unklar. Ob hier die Publikationen zur Erststudie aus den Jahren 1975/76 weiterhelfen würde, kann angezweifelt werden, da nach Angaben der Autoren, das verwendete Instrument in der Zwischenzeit geändert wurde. Die geringe Sensitivität und v.a. der geringe pos. Vorhersagewert in Bezug auf Kindesmisshandlung sprechen für eine hohe falsch positive Rate. In den meisten der zur Hochrisikogruppe gezählten Familien kommt es zu keinen bekannten Fällen von Kindesmisshandlung. Im Falle von Vernachlässigung unterschieden sich Hochrisiko- und Niedrigrisikogruppe nicht voneinander, was die Aussagekraft des verwendeten Instruments schwächt. Auf das Problem des Labelings gehen die Autoren nicht ein.

**Fazit der TG: Die Studie findet trotz methodischer Mängel Eingang in die Beratungen.**

Studienpopulation: Schwangerenvorsorge am Metropolitan Nashville General Hospital zwischen Dez. 1984 und Nov. 1986:





**10.7.2 Kevin Browne and Sarah Saqi., Approaches to Screening for Child Abuse and Neglect: aus Early Prediction and Prevention of Child Abuse, pp 57-85, Edited by Kevin Browne, Cliff Davies and Peter Stratton © 1988 John Wiley & Sons Ltd**

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	<p><b>Kevin Browne and Sarah Saqi.</b>, Approaches to Screening for Child Abuse and Neglect: aus Early Prediction and Prevention of Child Abuse, pp 57-85, Edited by Kevin Browne, Cliff Davies and Peter Stratton © 1988 John Wiley &amp; Sons Ltd</p> <p><i>Peer review</i>    <b>Ja</b>    <input type="checkbox"/></p> <p>                          <b>Nein</b>    <b>X</b></p>
2	Dokumenttyp/ Studientyp	Kapitel aus einem Buch (s.o.), darin sind näher zwei Studien der Autoren beschrieben (eine retrospektive Fall-Kontroll-Studie, eine darauf aufbauende prospektive Kohortenstudie), deren Methodik und Ergebnisse dargestellt werden.
3	Bezugrahmen	<p><b>Hintergrund (Kontext) der Publikation. Besonders relevant bei HTA-Berichten und Leitlinien. Nennung des Auftraggebers und der für die Durchführung des Berichts verantwortlichen Institution. Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte?</b></p> <p>Insbesondere die Frage eines „early warning systems“ zur Voraussage von Kindesmissbrauch/vernachlässigung wird vor dem Hintergrund der bis dahin vorliegenden Studien/Literatur diskutiert (kein systematisches Review). Studienergebnisse der Autoren zu diesem Thema auf Basis einer nicht mehr als 13 Items umfassenden Checkliste, die von Hebammen und „Health visitors“ bis einen Monat nach der Geburt angewandt wird (Browne and Stevenson 1983) und das Vorkommen nicht-akzidenteller Verletzungen in den ersten 5 Lebensjahren voraussagen soll, werden dargestellt. Die Arbeiten der Autoren basieren besonders auf Ergebnissen einer britischen Studie von Clare Hyman zu nicht akzidentellen Verletzungen von Kindern in Surrey (1978). Zu etwaigen Interessenkonflikten oder Auftraggebern finden sich keine Aussagen.</p>
4	Erkrankung / Indikation	<p><b>Zielerkrankung und Definition</b></p> <p>Kindesmisshandlung/vernachlässigung</p>
5	Fragestellung / Technologie	<p><b>Bekanntes Verfahren des HTA. Fragestellung von Reviews und Metaanalysen.</b></p> <p>Darstellung von 13 Risikofaktoren, die die Checkliste konstituieren, und entsprechenden Studienergebnisse zur Assoziation dieser Risikofaktoren mit einem evtl. Missbrauch. Die Risikofaktoren umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alter der Eltern</li> <li>• Geburtsabstand</li> <li>• Stillen</li> <li>• Mehr als 24h Trennung von der Mutter nach der Geburt</li> <li>• Frühgeburt und geringes Geburtsgewicht</li> <li>• Mental oder physisch beeinträchtigtes Kind</li> <li>• Getrennte lebende Familie, alleinerziehende Eltern</li> <li>• Stiefeltern, Zusammenleben der Mutter mit anderem Partner (nicht Vater des Kindes)</li> <li>• Familie mit sozialen/ökonomischen Problemen (Armut, soziale Isolation/mangelnde Unterstützung)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorgeschichte mit familiärer Gewalt oder Kindesmisshandlung</li> <li>• Vorgeschichte mit psychischer Erkrankung, Depression oder Abhängigkeitserkrankung</li> <li>• Eltern mit Vernachlässigungs/Missbrauchserfahrungen in ihrer Kindheit</li> <li>• Eltern mit intolerantem, indifferentem oder überängstlichem Auftreten ihren Kindern gegenüber</li> </ul> <p>Der Nutzen und die Limitationen der Checkliste mit diesen 13 Risikofaktoren als Screeninginstrument für möglichen Kindesmissbrauch oder mögliche Vernachlässigung sollen demonstriert werden. Bei Anwendung der Checkliste bei allen Eltern mit Neugeborenen sollen Hochrisikofamilien identifiziert werden, damit ihnen Hilfe angeboten werden kann.</p>
6	Methodik	<p><b>Studienpopulation und Beschreibung der Stichprobe</b>  <b>Welche Tests/Verfahren der Früherkennung in welchem Setting werden beschrieben?</b></p> <p>In einer retrospektiven Studie der Autoren (Browne and Stevenson 1983) wurde die Checkliste von „Health visitors“ bei Eltern unter 5-jähriger Kindern angewandt, bei denen eine Fallkonferenz aufgrund eines Verdachts auf Missbrauch bzw. Vernachlässigung durchgeführt worden war (62 Familien). Die „Health visitors“ matchten auf Grundlage soziodemographischer Determinanten dazu (nicht-missbrauchende) Kontroll-Familien (insgesamt 124) aus demselben „District“, bei denen die Checkliste ebenfalls angewandt wurde. Hierbei fanden sich für die meisten Risikofaktoren signifikante Unterschiede zwischen Fällen und Kontrollen. Das relative Gewicht der einzelnen Faktoren wurde durch eine Diskriminationsanalyse unter Berücksichtigung einer wechselseitigen Abhängigkeit der Faktoren untereinander (Confounding) bestimmt (tabellarische Darstellung der Ergebnisse). Dabei erwies sich die Einschätzung des „Health visitor“ zur Einstellung der Eltern ihrem Kind gegenüber (intolerantes, indifferentes oder überängstliches Auftreten) als stärkster Prediktor. Nur bei den Faktoren „Stillen“, „Geburtsabstand“ und „mental oder physisch beeinträchtigtes Kind“ konnte keine Signifikanz erreicht werden, um zwischen missbrauchenden und nicht-missbrauchenden Eltern zu diskriminieren. (In Hinsicht auf die letzten beiden Faktoren sind die Ergebnisse allerdings eingeschränkt zu verwerten, da mit 40 % ein hoher Anteil von Familien mit nur einem Kind und insgesamt eine geringe Inzidenz beeinträchtigter Kinder vorlag).</p> <p>Die Anwendung der Checkliste als Ganzes (mit Gewichtung der Risikofaktoren nach ihrer relativen Stärke) in dieser retrospektiven Fall-Kontroll-Studie ergab eine Sensitivität von 82 % bei einer Spezifität von 88 % für die Unterscheidung von missbrauchenden/nicht-missbrauchenden Eltern.</p> <p>Bei 14.238 Geburten zwischen 1984-1985 haben die Autoren anschließend eine prospektive Studie mit der Checkliste (12 Items, reduziert um „Stillen“) mit geplanter Nachverfolgung der Familien über 5 Jahre in Surrey durchgeführt (Outcome: „Case conference“ wg. mutmaßlichen Missbrauchs), um die Validität der Checkliste zu testen. Bei der Geburt wurde die Checkliste von Hebammen ausgefüllt und später von „Health visitors“ im ersten Monat nach der Geburt ergänzt. Die Listen wurden anonym auf Basis des Gewichtungssystems der retrospektiven Studie ausgewertet. Zum Zeitpunkt des Buch-Artikels betrug der Nachverfolgungszeitraum 2 Jahre.</p>
7	Ergebnisse	<p><b>Darstellung der für das Beratungsthema wichtigen Ergebnisse.</b></p>

		<p>In der prospektiven Studie wurden insgesamt 949 Familien (6,7 % aller gescreenten Familien) als Hoch-Risikofamilien eingestuft. Nach 2 Jahren Nachverfolgung war 1/17 (6 %) dieser Familien bezüglich Kindesmissbrauch auffällig geworden (PPV). Umgekehrt wurden 1/492 (0,2 %) der als low-risk eingestuften Familien in diesem Zeitraum auffällig (NPV 99,8 %). Insgesamt fanden 83 „case conferences“ statt (32 % aktueller physischer Missbrauch/Vernachlässigung, 54 % Verdacht auf Missbrauch/Vernachlässigung, 14 % emotionaler Missbrauch und Risiko für physischen Missbrauch/Vernachlässigung). Die Einschätzung dieser Familien anhand der Checkliste veränderte sich im Laufe der Zeit: So waren 1/3 der Familien um die Geburt als low-risk eingestuft worden, zum Zeitpunkt der „case conference“ wurden jedoch nur noch 14 % so klassifiziert.</p> <p>Veränderungen der Einstufung bei missbrauchenden 83 Familien:  Einstufung bei Geburt: low risk 33 % (n=27), high risk 67 % (n=56);  d.h. 893/949 (94 %) falsch positiv  Einstufung bei Fallkonferenz: low risk 14 %, high risk 86 %</p> <p>Veränderungen des Risk-faktor assessment zwischen Geburt und Fallkonferenz bei diesen 83 Familien:  Geburt 59 % HR – keine Änderung zum Zeitpunkt Fallkonferenz  Geburt 27 % LR – HR zum Zeitpunkt bei Fallkonferenz  Geburt 8 % HR – LR zum Zeitpunkt Fallkonferenz  Geburt 6 % LR – ohne Änderung zum Zeitpunkt Fallkonferenz</p> <p>Um die Voraussagbarkeit zu erhöhen, werden von den Autoren verschiedene zusätzliche Ansätze diskutiert, zu denen Studienergebnisse (auch der Autoren) kurz beschrieben werden und die auf die Beurteilung (Screening) der Eltern-Kind-Beziehung fokussieren. Referiert werden außerdem weitere Screeningansätze (mittels Fragebögen zu impulsiver Aggressivität, Life events, familiärem Stress etc.)</p>
8	Fazit der Autoren	<p>Letztlich folgern die Autoren aus ihren eigenen Untersuchungen und der Betrachtung weiterer Studienergebnisse, dass familiärer Stress keine ausreichende Erklärung für Missbrauch darstellt und dass ein Screening auf Kindesmissbrauch wenigstens drei Stadien umfassen sollte, um falsch positive Ergebnisse zu minimieren:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Screening aller Familien mit neugeborenen Kindern um den Geburtszeitpunkt mittels soziodemographischer Items. Dies identifiziert eine Zielgruppe für ein weiteres Screening, kann aber Kindesmisshandlung in der negativ gescreenten Gruppe nicht ausschließen.</li> <li>2) Screening der im ersten Screening auffälligen Gruppe 3 bis 6 Monate nach der Geburt hinsichtlich der elterlichen Perzeption des Kindes und auf familiäre Stressfaktoren.</li> <li>3) 9 bis 12 Monate nach der Geburt Einschätzung der Bindung des Kindes an die Eltern und Einschätzung der elterlichen Aufmerksamkeit für das Kind.</li> </ol> <p>Eltern unter Stress und mit negativen Perzeptionen hinsichtlich des kindlichen Verhaltens sollten ein Hilfsangebot erhalten. Eltern mit zusätzlich geringer Bindung an ihr Kind sind stärker gefährdet, ihr Kind zu missbrauchen, und benötigen professionelle Unterstützung.</p>
9	Abschließende Bewertung	<p><b><i>Abschließende Bewertung des verantwortlichen Bearbeiters der AG/TG bzw. die gemeinsam mit der AG/TG abgestimmte Bewertung.</i></b></p>

		<p><b>Folgende Punkte sollten mit einem Satz beschrieben werden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Aussage zur Qualität der Arbeit</b></li><li>• <b>Zusammenfassung der Ergebnisse</b></li><li>• <b>Stärken der Arbeit</b></li><li>• <b>Schwächen der Arbeit</b></li><li>• <b>Übertragbarkeit auf die deutsche Versorgungssituation</b></li><li>• <b>Rolle der Arbeit bei der Beantwortung der Fragestellung der Arbeits-/Themengruppe</b></li><li>• <b>Alternativen zur Früherkennung</b></li></ul> <p>Mehr oder weniger narrative Darstellung von zwei Studien der Autoren (in Surrey, England) innerhalb eines Buchkapitels zur Vorhersage und Prävention von Kindesmissbrauch - mit zusätzlich nicht systematischem Review von weiteren Studien/Artikeln zu diesem Thema, die bis 1988 erschienen sind.</p> <p>Die Methodik der beiden Studien ist nur grob beschrieben und ihre Qualität deshalb kaum zu beurteilen. Insbesondere die Problematik der hohen Zahl falsch positiver Screeningbefunde bei der Identifikation von potentiell missbrauchenden Eltern mittels des Studien-Fragebogens wird von den Autoren jedoch kritisch diskutiert. Ohne dies einer genaueren Analyse zu unterziehen (in Hinsicht auf falsch positive und negative prädiktive Werte), schlagen die Autoren im Ergebnis ein mehrstufiges Screening mittels verschiedener nachgeschalteter Screeninginstrumente (soziodemographisch, elterliche Perzeption, familiärer Stress und Eltern-Kind-Bindung) zu unterschiedlichen Zeitpunkten vor, um das Problem der mangelnden Spezifität besser in den Griff zu bekommen.</p> <p>Relativ alte Studienergebnisse aus England mit fraglicher Übertragbarkeit auf den heutigen, deutschen Kontext (z.B. keine „health visits“). Die Schlüsse der Autoren sind nur hinsichtlich problematischer Aspekte (hohe falsch positive Rate des Screenings mittels einer 13 bzw. 12 Items umfassenden Checkliste) nachvollziehbar. Das von den Autoren als Ausweg propagierte mehrstufige Screeningkonzept kann hinsichtlich seiner Validität nicht beurteilt werden, da die hierfür benötigten Angaben (welche spezifischen weiteren Instrumente, Testgüte der weiteren Instrumente) fehlen.</p> <p><b>Fazit der TG: Die Studie findet trotz methodischer Mängel Eingang in die Beratungen.</b></p>
--	--	---

### 10.7.3 Gray JD, Cutler CA, Dean JG, Kempe CH. Prediction and prevention of child abuse. Sem Perinat 1979; 3(1): 85-90

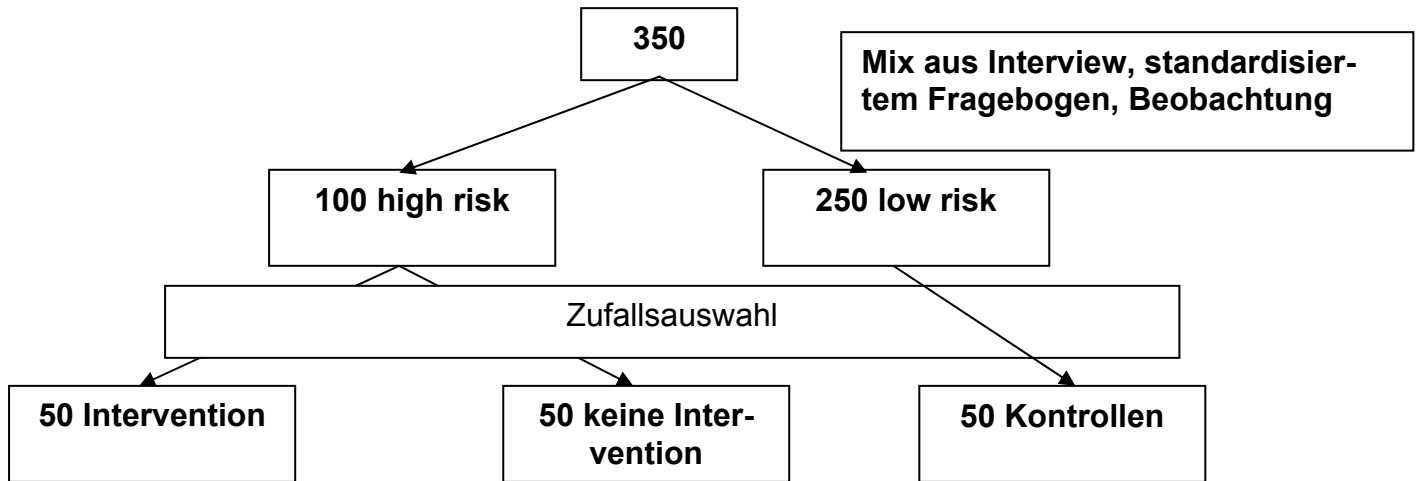
Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	<p><b>Genaue Literaturangabe der Informationssynthese</b>            Gray JD, Cutler CA, Dean JG, Kempe CH. Prediction and prevention of child abuse. Sem Perinat 1979; 3(1): 85-90.</p> <p>Peer review    Ja    <input type="checkbox"/> unklar                              Nein <input type="checkbox"/></p>
2	Dokumenttyp/ Studientyp	prospektive Kohortenstudie
3	Bezugrahmen	<p><b>Hintergrund (Kontext) der Publikation. Besonders relevant bei HTA-Berichten und Leitlinien. Nennung des Auftraggebers und der für die Durchführung des Berichts verantwortlichen Institution. Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte?</b></p> <p>Finanzierung durch Grant Foundation, Inc.            Verantwortliche Institution: National Center for the Prevention and Treatment of Child Abuse and Neglect, Dep. of Pediatrics, Univ. of Colorado, Denver, USA.            Keine weiteren Angaben oder Hinweise auf mögliche Interessenkonflikte.</p>
4	Erkrankung / Indikation	<p><b>Zielerkrankung und Definition</b>            Vorhersage von „abnormal parenting practices“ und Prävention von Kindesmisshandlung.</p>
5	Fragestellung / Technologie	<p><b>Bekanntes Verfahren des HTA. Fragestellung von Reviews und Metaanalysen.</b></p> <p>Studienziele, Fragestellungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Potential verschiedener Methoden zur Vorhersage abnormer Erziehungsmethoden (Extremfall: Kindesmisshandlung, Vernachlässigung).</li> <li>- Effekt einer Intervention (intensive pädiatrische Betreuung und Hausbesuche).             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interview - pränatale Daten zu eigener Kindheit, Einstellung zu Schwangerschaft und Kind, Einstellung zu Disziplin, Unterstützungssysteme, Lebensbedingungen.</li> <li>• 74-Item Fragebogen pränatal bzw. in der Neugeborenenperiode zu s.o.</li> <li>• Kreißsaal-Informationen                 <ol style="list-style-type: none"> <li>a) durch Hebamme bzw. Krankenschwester auszufüllender Fragebogen zu verbaler und non-verbaler Interaktion zw. Mutter und Kind</li> <li>b) Videoaufzeichnung (mit Einverständnis der Eltern)</li> <li>c) unsystematisches Sammeln von Informationen und Beobachtungen des medizinischen Personals</li> </ol> </li> <li>• Erneute Beobachtungen u./o. Inter-</li> </ul> </li> </ul>

		<p>view während der frühen postpartalen Periode.</p> <p>Aus diesen Informationen ergab sich die Einteilung in Risikogruppe und Nicht-Risikogruppe. Randomisierung der Hochrisikogruppe in Intervention und Nicht-Intervention.</p> <p>Erneutes Interview, Beobachtung und Denver Developmental Screening Test (DDST) im Alter zw. 17 und 35 Monaten bei 25 zufällig ausgewählten Familien pro Gruppe.</p> <p>Zu diesem Zeitpunkt erfolgte auch Abgleich mit Central Child Abuse Registry (Misshandlung, Vernachlässigung, verdächtige Verletzungen, Verletzungen der Aufsichtspflicht, Inobhutnahme durch staatliche Institutionen, Gedeihstörungen durch Vernachlässigung, Entführungen durch ein Elternteil u.ä.)</p> <p>Intervention: zweimonatige Untersuchungen durch Kinderarzt + wöchentliche Hausbesuche durch „public health nurses“ über min. 17 Monate</p>
6	Methodik	<p><b>Studienpopulation und Beschreibung der Stichprobe</b> 350 Schwangere bzw. junge Mütter (1. oder 2. Baby), die zur Schwangerenvorsorge bzw. Geburt zwischen Nov. 1971 und Mrz. 1973 in das Colorado General Hospital kamen.</p> <p><b>Welche Tests/Verfahren der Früherkennung in welchem Setting werden beschrieben?</b></p> <p>Risikobestimmung mittels o.g. Methoden, prä-, peri- und postnatal.</p> <p><b>Vergleichstest? Endpunkt? Follow-Up?</b> Fälle von physischer Misshandlung und Vernachlässigung aus Akten des Central Child Abuse Registry über einen Zeitraum von min. 17 Monaten nach Geburt und eine ausführliche Evaluation bei jeweils 25 Familien (Interview, Untersuchung, Beobachtung) im Alter von min. 17 Monaten.</p> <p>A. Hochrisikogruppe - Intervention: 25 Familien B. Hochrisikogruppe – keine Intervention: 25 Familien C. Kontrollgruppe: 25 Familien.</p>
7	Ergebnisse	<p><b>Darstellung der für das Beratungsthema wichtigen Ergebnisse.</b></p> <p>Angabe von absoluten Zahlen und p-Werten (Chi-Square-Test).</p> <p>Gesamtzahl aus Central Registry: 8 Fälle in Hochrisikogruppe (100 Kinder) vs. 0 Fälle in Niedrigrisikogruppe (50 Kinder), <math>p &lt; 0,04</math>.</p> <p>Die weiteren Angaben beziehen sich auf die jeweils 25 Kinder jeder Gruppe, die im Alter von min. 17 Monaten noch einmal ausführlich evaluiert wurden:</p> <p><b>Vorhersage</b></p> <p><u>Hinweise auf abnorme Erziehung</u> („abnormal parenting practices“): 22 in den Hochrisikogruppen vs. 2 in der Niedrigrisikogruppe, <math>p &lt; 0,01</math></p> <p><u>Unfälle</u>: 31 Hochrisiko vs. 11 Niedrigrisiko, <math>p &lt; 0,02</math></p> <p><u>Impfstatus</u> vollständig im Alter von 1 Jahr: 47 Hochrisiko vs. 24 Niedrigrisiko, n.s.</p> <p><u>DDST</u> auffällig: 10 Hochrisiko vs. 0 Niedrigrisiko, <math>p &lt; 0,02</math></p> <p>Kind nicht bei den biologischen Eltern: 8 Hochrisiko vs. 0 Niedrigrisiko, <math>p &lt; 0,04</math></p> <p><b>Intervention</b></p> <p>Keine Unterschiede zw. Hochrisiko mit Intervention und Hochrisiko ohne Intervention auf Basis des Central Child Abuse</p>

		<p>Registry.</p> <p>Unfälle: 0 bei Hochrisiko mit Intervention im Vgl. zu 5 bei Hochrisiko ohne Intervention, <math>p &lt; 0,01</math></p> <p><b>Vorhersage („prediction of parenting potential“) nach Methode</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Methode „Beobachtung im Kreißsaal“: 76,5 % korrekte Vorhersagen</li> <li>- Methode „Fragebogen im Kreißsaal“: 57,5 %</li> <li>- Methode „präinatales Interview“: 54,4 %</li> <li>- Methode „Beobachtung und Fragebogen postpartal“: 54 %</li> <li>- alle zusammen: 79 %</li> </ul> <p><b>beobachtete Risikofaktoren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• finanzielle Lage</li> <li>• Single</li> <li>• junges Alter der Mutter</li> <li>• Ethnie</li> </ul>
8	Fazit der Autoren	<p>Systematische Anwendung von prä-, peri- und postnataler Beobachtung der Familieninteraktionen sowie die Anwendung von Fragebögen ist sinnvoll und machbar und kann die Erziehungskompetenz akkurat vorhersagen. Der nächste Schritt sollte die Nutzenbewertung der weiteren Maßnahmen nach Identifikation der Risikogruppen sein. Die in der Studie angewandte Intervention zeigte zwar keinen statistisch signifikanten Effekt bzgl. der im Register gemeldeten Fälle von Kindesmisshandlung, jedoch qualitative Verbesserungen, v.a. im Hinblick auf Unfälle und Gedeihen der Kinder.</p> <p>Perinatale Risikoerhebung und frühe Interventionen verbessern die Chancen der Kinder, physischen Verletzungen zu entgehen.</p>
9	Abschließende Bewertung	<p><b>Abschließende Bewertung des verantwortlichen Bearbeiters der AG/TG bzw. die gemeinsam mit der AG/TG abgestimmte Bewertung.</b></p> <p><b>Folgende Punkte sollten mit einem Satz beschrieben werden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aussage zur Qualität der Arbeit</b></li> <li>• <b>Zusammenfassung der Ergebnisse</b></li> <li>• <b>Stärken der Arbeit</b></li> <li>• <b>Schwächen der Arbeit</b></li> <li>• <b>Übertragbarkeit auf die deutsche Versorgungssituation</b></li> <li>• <b>Rolle der Arbeit bei der Beantwortung der Fragestellung der Arbeits-/Themengruppe</b></li> <li>• <b>Alternativen zur Früherkennung</b></li> </ul> <p>Es handelt sich um eine prospektive Kohortenstudie, für den Abschnitt Intervention wurde zusätzlich randomisiert. Die Berichtsqualität ist eher gering, da zahlreiche Angaben fehlen. Eine Beschreibung der Ziel- bzw. Studienpopulation fehlt. Es bleibt unklar, was die Autoren unter „abnormal parenting practice“ verstehen, immerhin eines der Hauptoutcomes der Studie. Die angewandten Methoden zur Risikostratifizierung sind nicht ausreichend beschrieben (keine Angaben zur Validierung der angewandten Tests). Die Einteilung der Familien in Hochrisiko oder Niedrigrisiko ist nicht nachvollziehbar. Aufgrund der qualitativen Mängel ist die Publikation bei der Beantwortung der Fragestellung der Themengruppe wenig hilfreich.</p>

	<b>Fazit der TG: Die Studie findet trotz methodischer Mängel Eingang in die Beratungen.</b>
--	---

Studienpopulation: Schwangere/junge Mütter (1. oder 2. Kind) am Colorado General Hospital zwischen Nov. 1971 und Mrz. 1973:





**10.7.4 Lealman GT, Haigh D, Phillips JM, Stone J, Ord-Smith C. Prediction and prevention of child abuse--an empty hope? Lancet 1983; 1 (8339): 1423-4.**

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	<p><i>Genaue Literaturangabe der Informationssynthese</i>  <b>Lealman GT, Haigh D, Phillips JM, Stone J, Ord-Smith C. Prediction and prevention of child abuse--an empty hope? Lancet 1983; 1 (8339): 1423-4.</b></p> <p>Peer review    Ja    <input type="checkbox"/>  Nein    X</p>
2	Dokument- typ/Studententyp	Journal / Vergleichende Studie
3	Bezugrahmen	<p><i>Hintergrund (Kontext) der Publikation. Besonders relevant bei HTA-Berichten und Leitlinien. Nennung des Auftraggebers und der für die Durchführung des Berichts verantwortlichen Institution. Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte?</i></p> <p>Bradford Children's Hospital and Paediatric Department, Bradford Health Authority, department of Mathematics, University of Bradford, Keine Aussagen zu Interessenkonflikten</p>
4	Erkrankung / Indikation	<p><i>Zielerkrankung und Definition</i>  Kindesmisshandlung</p>
5	Fragestellung / Technologie	<p><i>Bekanntes Verfahren des HTA. Fragestellung von Reviews und Metaanalysen.</i></p> <p>Vorhersagbarkeit und Verhütung von Missbrauch bzw. Miss- handlung von Kindern</p>
6	Methodik	<p><i>Studienpopulation, Stichprobe, Größe der Stichprobe und Beschreibung</i>  <i>Welche Tests/Verfahren der Früherkennung in welchem Setting werden beschrieben?</i>  <i>Vergleichstest? Endpunkt? Follow-Up?</i></p> <p>Vergleichende Studie über 18 Monate  2802 nicht-asiatische Neugeborene und Kleinkinder (Datenerhebung erfolgte aus Krankenakten im Jahr 1979).  Bei den Familien wurden Risiken abgeschätzt, die zu einer Einstufung in verschiedene Gruppe führte.  Die Checkliste der Risikofaktoren haben die Autoren aus veröffentlichten Daten und unveröffentlichten Retrospektiven Daten entwickelt. Sie wurde nicht validiert.</p> <p><b>3 Hauptrisikofaktoren:</b>  1. Mutter unter 20 Jahren bei der Geburt des ersten Kindes  2. Vorsorgebeginn nach der 20. SSW  3. unverheiratete Mutter</p>

	<p><b><u>Weitere Risikofaktoren:</u></b></p> <p>Stiefkinder          Psychiatrische Vorerkrankung          Vorhergehende Überweisung zu Sozialarbeitern          Schwangerschaftsabbruch angefragt aber nicht genehmigt          Komplikationen während Schwangerschaft oder Geburt          Neugeborenes benötigte Unterbringung auf Intensivstation          Entlassung auf eigenen Wunsch gegen den Rat der Betreuer</p> <p>Kinder wurden als gefährdet eingestuft, wenn mindestens drei Risikofaktoren vorlagen und davon mindestens einer ein Hauptrisikofaktor war.</p> <p>Institute (social work agencies) wurden angefragt, ob die Familie schon um Hilfe gebeten hatte.</p> <p><b><u>Es wurden vier Gruppen gebildet (keine Gruppenzuteilung beschrieben):</u></b></p> <p>1. Hochrisikogruppe mit Intervention (HRI)          (= Risikofamilien mit Kontakt zu Sozialarbeitern)</p> <p>2. Hochrisikogruppe ohne Intervention (HRN)          (=Risikofamilien ohne Kontakt zu Sozialarbeitern)</p> <p>Die Hochrisikogruppe wurde zunächst unterteilt in:</p> <p>Gruppe mit Unterstützung von Sozialarbeitern          Gruppe mit Fragebogen ohne Unterstützung          Gruppe ohne Fragebogen ohne Unterstützung</p> <p>Der Fragebogen wurde jedoch als nicht brauchbar verworfen, änderte das Verhalten nicht – deshalb nur noch zwei Gruppen mit und ohne Intervention</p> <p>3. Hochrisikogruppe mit bereits erfolgter Unterstützung durch Sozialarbeiter. (HRSW)</p> <p>4. Nicht-Risiko-Gruppe (NAR)</p> <p><b><u>Untersuchung</u></b></p> <p>Untersucht wurden die Familien beim Alter des Kindes von 18 Monaten. (Teilweise keine Angaben wie die Daten erhoben wurden und wer die Bewertung durchgeführt hat.)</p> <p>Untersucht wurden Wachstum, Gewicht, Unterhautfettgewebe, Kopfumfang.</p> <p>Misshandlung wurde angenommen bei einem Gewicht unter 85 % des Normalgewichts bezogen auf die Größe.</p> <p>Impfstatus</p> <p>Unfälle des Kindes (Notaufnahme)</p> <p>Krankenhausbesuch (med. und chirurgische Gründe, Verletzungen, Verbrennungen)</p> <p>Tod des Kindes</p> <p>Kontakt mit Sozialstationen – arbeitern</p> <p>Eintragung in ein Missbrauchs-Register</p> <p>Interventionen:</p>
--	--

		<p>Kontakt mit Sozialarbeitern kurz nach der Entlassung aus der Geburtsklinik, Möglichkeit zum Besuch eines Zentrums für allein stehende Mütter (ein Tag pro Woche), um dort Hilfe zu bekommen</p> <p>Kontakt zum Projektsekretariat war immer möglich.</p>
7	Ergebnisse	<p>Von 2802 Familien (Kindern) wurden 511 als Risikofamilien eingestuft. 103 wurden in die Hochrisikogruppe mit Intervention eingestuft, 209 Hochrisikogruppe ohne Intervention, 199 Hochrisikogruppe mit schon bestehendem Kontakt zu Sozialarbeitern, 2291 ohne Risiko</p> <p><u>Folgende Probleme wurden durch die Sozialarbeiter identifiziert:</u> Erziehungsschwierigkeiten, finanzielle, Beziehungsprobleme, Isolation, Wohnprobleme, Schwierigkeiten bei der tägl. Betreuung</p> <p>Nach den 18 Monaten benötigten 58 Familien weitere Hilfe, 28 waren nicht auffindbar, 17 wurden nun ohne Risiko eingestuft.</p> <p>Die Hochrisikofamilien „liefen was das Wachstum anbetrifft schlecht“, am schlechtesten die Familien, die schon vorher Hilfe von Sozialarbeitern benötigten.</p> <p>Registrierte Misshandlungen oder Vernachlässigungen: HRI 1 %, HRN 1.4 %, HRSW 7 %, NAR 0.4 %</p> <p>Kontakt zu Sozialarbeitern: HRN 54 % , NAR 16 %</p> <p>Erste prospektive Studie, die Liste ist effektiv und brauchbar, mit geringem zusätzlichem Aufwand einsetzbar.</p> <p>Diese Liste ist imstande, Misshandlung vorherzusehen, 2/3 der Misshandlungsfälle passierten in der Gruppe der Familien, die mit hohem Risiko eingestuft wurden.</p> <p>Vorhersehbarkeit gut – Verhinderung nicht gut (gleiche Anzahl von Verletzungen in der Interventionsgruppe wie in der Nicht-Interventionsgruppe)</p> <p>Sozialarbeiter sagen, eine Vermeidung hätte stattgefunden, aber es gibt keine Evidenz, dass Interventionen die Erziehungspraxis verbessern.</p> <p>„Verletzungen sind aber nur ein Teil der Misshandlung, wir müssen abnormales Aufziehen, schlechte Elternschaft in aufeinander folgenden Generationen verhindern. Wir müssen die Eskalation von Familienkonflikten verhindern.“</p>
8	Fazit der Autoren	<p>Die Probleme sind kompliziert, es scheint unwahrscheinlich, einfache Lösungen zu finden. Die Vorhersage scheint möglich, aber die Vorstellung, dass die Verhütung einfach sei, unterschätzt die Komplexität des Problems (zwei weitere Autoren werden angegeben: Gray et al 1977 und Ounsted et al)</p>
9	Abschließende Bewertung	<p><i>Abschließende Bewertung des verantwortlichen Bearbeiters der AG/TG bzw. die gemeinsam mit der AG/TG abgestimmte Bewertung.</i></p> <p><i>Folgende Punkte sollten mit einem Satz beschrieben werden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Aussage zur Qualität der Arbeit</i></li> <li>• <i>Zusammenfassung der Ergebnisse</i></li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Stärken der Arbeit</i></li><li>• <i>Schwächen der Arbeit</i></li><li>• <i>Übertragbarkeit auf die deutsche Versorgungssituation</i></li><li>• <i>Rolle der Arbeit bei der Beantwortung der Fragestellung der Arbeits-/Themengruppe</i></li><li>• <i>Alternativen zur Früherkennung</i></li></ul> <p>Die Studie weist erhebliche methodische Mängel auf (keine Randomisierung, rein deskriptive Beschreibung der Population, keine Checkliste der Items) und ist daher für weitere Schlussfolgerungen nur eingeschränkt geeignet.</p> <p>Fazit der TG: Die Studie findet trotz methodischer Mängel Eingang in die Beratungen.</p>
--	--	---

### 10.7.5 Muir et al., Predicting child abuse and neglect in New Zealand; Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1989, 23, 255-260

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	Predicting child abuse and neglect in New Zealand; Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1989, 23, 255-260  <b>Peer review</b> <i>Ja</i> <input type="checkbox"/> <i>Nein</i> <input type="checkbox"/>  Unklar (s. S. 255: „one reviewer....“)
2	Dokumenttyp/ Studientyp	Journal Article
3	Bezugrahmen	<b>Hintergrund (Kontext) der Publikation. Besonders relevant bei HTA-Berichten und Leitlinien. Nennung des Auftraggebers und der für die Durchführung des Berichts verantwortlichen Institution. Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte?</b>  Forschungsarbeit basiert auf der klinischen Arbeit des Sozialdienstes der Geburtsklinik in Dunedin, im Süden Neuseelands gelegen (Einwohnerzahl 100.000), der seine Ressourcen rationaler einsetzen wollte.
4	Erkrankung / Indikation	<b>Zielerkrankung und Definition</b> Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung durch die Mutter
5	Fragestellung / Technologie	<b>Bekanntes Verfahren des HTA. Fragestellung von Reviews und Metaanalysen.</b>  Entwicklung einer Checkliste zur Voraussage von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung (sog. Dunedin Family Services Indicator) Identifikation von potentiell missbrauchenden oder vernachlässigenden Eltern
6	Methodik	<b>Studienpopulation und Beschreibung der Stichprobe</b> <b>Werdende Mütter in der neuseeländischen Stadt Dunedin (Population 100000 Einwohner)</b> <b>Welche Tests/Verfahren der Früherkennung in welchem Setting werden beschrieben?</b> Selbstentwickelter Fragebogen zur Vorhersage einer Kindesmisshandlung/-vernachlässigung während der Schwangerschaft <b>Vergleichstest? Endpunkt? Follow-Up?</b> Ziele: 1. Definition einer neuen Liste von Risikofaktoren (aufgrund statistischer Analysen) 2. Ermittlung von Sensitivität und Spezifität der neuen Vorhersageliste von Kindesvernachlässigung und Missbrauch 3. Testung der Validität der neuen Liste in einer dritten randomisierten Population von Schwangeren 4. Evaluierung der Nützlichkeit der neuen Risikoliste als ein Routinescreeningverfahren in der Schwangerenversorgung (primary obstetric care).  Vorgehen in drei Phasen: 1. Erstellung einer intuitiven Checkliste (10 Items, z.B. geringes Selbstbewusstsein) herausgefiltert aus 173 der Literatur ent-

		<p>nommenen Risikofaktoren (ätiologische Faktoren bei Kindesmissbrauch). Danach wurde jeder Fall einem von vier Risikolevels (hoch: 4 und mehr Faktoren, moderat: 3 Faktoren, niedrig: 2 Faktoren, kein Risiko: 0 oder 1 Faktor) zugeordnet. Die erste Studiengruppe wurde 1975 untersucht (200 überwiesene Fälle aus der Geburtsklinik), die zweite im Jahr 1979 (300 überwiesene Fälle) und anhand der Checkliste nach psychosozialen Schwierigkeiten selektiert (beide Stichproben wurden vier Jahre vorher gezogen). Die Checkliste half, vorauszusagen, welche Eltern Schwierigkeiten (parenting difficulty) haben, vor und nach wesentlichen soziokulturellen Veränderungen in Neuseeland.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Analyse von 173 Literaturstellen von Missbrauchs und Vernachlässigungsprediktoren (Multiregressionsanalyse: Ergebnisvariable: Verlassen des Babys (relinquishing)). Dies ergab 9 signifikante Prädiktoren (z.B. häufiger Adresswechsel der Mutter).</li> <li>3. Validierung der Liste von Risikofaktoren in einer neuen Stichprobe (randomisierte Gruppe von 238 Schwangeren):</li> </ol> <p>In Phase 2 und 3 wurden die Ergebnismessungen von verschiedenen Ämtern in einem 2-Jahres-Follow-up durchgeführt (Verblindung: Behörden kannten das Risiko-Assessment der Fälle nicht).</p>
7	<b>Ergebnisse</b>	<p><b><i>Darstellung der für das Beratungsthema wichtigen Ergebnisse.</i></b></p> <p>Phase 1</p> <p>Endpunkt: Verlassen des Kindes</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stichprobe 1975, 200 Mütter (selektiert für psychosoziale Auffälligkeiten). <ul style="list-style-type: none"> <li>46 % von 36 High risk Mütter</li> <li>11,5 % von 52 moderate risk Mütter</li> <li>4,2 % von 72 low risk Mütter</li> <li>0 % von 40 no risk Mütter haben das Baby verlassen.</li> </ul> </li> <li>2. Stichprobe 1979, 300 Mütter(selektiert für psychosoziale Auffälligkeiten) <ul style="list-style-type: none"> <li>11 % von 108 High risk Mütter</li> <li>93 % von 93 moderate risk Mütter</li> <li>0 % von 63 low risk Mütter</li> <li>0 % von 36 no risk Mütter haben das Baby verlassen.</li> </ul> </li> </ol> <p>Phase 2</p> <p>Reanalyse der Daten und Anpassung der Items</p> <p>Phase 3</p> <p>Endpunkte (mindestens eines der folgenden Ereignisse):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Überweisung an den Sozialdienst (Sens.: 100 %, Spez.:87 %)</li> <li>• Überweisung an das Child Protection Team (Sens.: 100 %, Spez.:81 %)</li> <li>• Negative Einschätzung durch eine plunket nurse (Sens.: 65 %, Spez.:85 %)</li> <li>• Überweisung an eine Plunket family unit (Sens.: 68 %, Spez.: 87 %)</li> <li>• Überweisung an eine andere soziale Einrichtung (Sens.:</li> </ul>

		<p>68 %, Spez.:84 %)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unfälle und Notfälle (Sens.: 27 %, Spez.:84 %)</li> </ul> <p>Hohes Risiko (n=21)      95 %  Moderates Risiko (n=9)    67 %  Niedriges Risiko (n=22)   73 %  Kein Risiko (n=186)        20 %</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach 24 Monaten verließen 3 Mütter ihr Kind auf Dauer. 2 waren der Hochrisikokategorie zugeordnet, 1 mit niedrigem Risiko klassifiziert (nicht signifikant).</li> <li>• Ca. 9 % der Bevölkerung sind gemäß der randomisierten Stichprobe (Phase 3) der Hochrisikogruppe zu zuordnen.</li> </ul>
8	Fazit der Autoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die neue Checkliste ist für die Anwendung in primären Schwangerenversorgung geeignet. Alle mit so schwerwiegendem Ergebnis wie Verlassen des Kindes, Interventionen der Sozialfürsorge oder Überweisung zum Kinderschutzteam (child protection team) wurden als Hochrisikofälle klassifiziert.</li> <li>• Die Checkliste erlaubt dem Sozialdienst die 23 % der werdenden Mütter zu identifizieren, die ein weiteres Assessment und möglicherweise präventive Interventionen benötigen.</li> <li>• Empfehlung des Einsatzes der Checkliste in Neuseeland und der Testung in ähnlichen Kulturen mit dem Ziel der dortigen Anwendung.</li> </ul>
9	Abschließende Bewertung	<p>Es wurde eine Checkliste erarbeitet, die anhand von 9 Items voraussagen soll, ob Schwangere ihre Kinder später verlassen werden oder größere Schwierigkeiten mit ihrer Elternrolle haben werden.</p> <p>Die Vorgehensweise wird klar und strukturiert dargestellt. Mittels der Studie kann adäquat auf ein konkretes Problem auf lokaler Ebene geantwortet werden. Ein Sozialteam eines Krankenhauses hat die Versorgungssituation in ihrem Einsatzgebiet durch die Entwicklung eines an die lokalen Bedürfnisse angepassten Instrumentes verbessern können.</p> <p>Das Tool ist für den neuseeländischen Kulturraum entwickelt und auch dort getestet worden. Die für die dritte Phase angegebenen Sensitivitäten und Spezifitäten beziehen sich jeweils auf einzelne Endpunkte, bei denen die verschiedenen Risikostufen als testpositiv zusammengefasst wurden.</p> <p>Die Methodik der Berechnung der Sensitivität und Spezifität ist für die TG nicht nachvollziehbar.</p> <p>Eine Übertragung in den deutschen Versorgungskontext ist kaum gegeben. Die Anwendung der Liste und die damit verbundenen Vorgehensschritte bzw. Maßnahmen sind eng mit den Bedingungen der neuseeländischen Gesellschaft und der Organisation der Hilfestrukturen verbunden.</p> <p><b>Fazit der TG: Die Studie findet trotz methodischer Mängel Eingang in die Beratungen.</b></p>

### 10.7.6 Murphy S, Orkow B, Nicola RM (1985): Prenatal prediction of child abuse and neglect: A prospective Study. Child abuse & neglect Vol. 9: 225-235

Nr.	Feld	Hinweise für die Bearbeitung
1	Quelle	<p><i>Genaue Literaturangabe der Informationssynthese</i></p> <p>Murphy S, Orkow B, Nicola RM (1985): Prenatal prediction of child abuse and neglect: A prospective Study. Child abuse &amp; neglect Vol. 9: 225-235</p> <p>Peer review    Ja    <input type="checkbox"/>                              Nein   <input type="checkbox"/> Hierzu gibt es keine Angaben.</p>
2	Dokumenttyp/ Studientyp	Prospektive Studie (evtl. Kohortenstudie)
3	Bezugrahmen	<p><i>Hintergrund (Kontext) der Publikation. Besonders relevant bei HTA-Berichten und Leitlinien. Nennung des Auftraggebers und der für die Durchführung des Berichts verantwortlichen Institution. Gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte?</i></p> <p><u>Für die Durchführung verantwortliche Institutionen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bureau of Maternal and Child Health, State of New York, Department of Health, Office of Public Health, Albany</li> <li>• Bureau of Medical Services, State Department of Social Services, Denver</li> <li>• Tacoma-Pierce County Health Department, Tacoma</li> </ul> <p>Die "Family Stress Checklist" wurde vom "University of Colorado Health Science Center" erstellt.</p> <p>Es werden keine Angaben zu Auftraggebern gemacht, ebenso wenig gibt es Hinweise auf inhaltlich relevante Interessenkonflikte.</p>
4	Erkrankung / Indikation	<p><i>Zielerkrankung und Definition</i></p> <p>Kindesvernachlässigung/Kindesmissbrauch</p>
5	Fragestellung / Technologie	<p><i>Bekanntes Verfahren des HTA. Fragestellung von Reviews und Metaanalysen.</i></p> <p>In der Publikation wird keine klare Fragestellung benannt.</p> <p>Zielsetzung der Publikation: Eignet sich der pränatale Einsatz der "Family Stress Checklist" (Ziel: Identifizierung von Hochrisikofamilien) zur Vorhersage von Kindesmissbrauch / Kindesvernachlässigung?</p>
6	Methodik	<p><i>Studienpopulation und Beschreibung der Stichprobe</i></p> <p><i>Welche Tests/Verfahren der Früherkennung in welchem Setting werden beschrieben?</i></p> <p><i>Vergleichstest? Endpunkt? Follow-Up?</i></p> <p><u>Studienpopulation / Setting:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 587 zukünftige Mütter</li> <li>• Mütter sind Teilnehmerinnen eines bundesweit geförderten "combined Maternal und Infant, Children and Youth Project" (1977-1979)</li> <li>• Das Interview erfolgt im Rahmen der Einschreibung in das Projekt zwischen dem 3. und 6. Schwangerschaftsmonat (kein in-</li> </ul>



		<p>formed consent)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Median des Alters liegt bei 20,9 Jahre</li> <li>• Alle Teilnehmerinnen sind einkommensschwach und haben eine niedrige Schulbildung ("average education level is 11th grade)</li> <li>• 1/3 Spanische Familiennamen, 2/3 Caucasian</li> <li>• In 225 Fällen wurden auch die zukünftigen Väter interviewt. (Interviews wurden in der Auswertung allerdings nicht berücksichtigt, nur Vergleich mit den Aussagen der Mütter)</li> </ul> <p><u>Methodik:</u></p> <p>Screening der o.g. Projektteilnehmerinnen wurde anhand der "Family Stress Checklist" durchgeführt; auf Basis der Test-Scores erfolgte eine Einteilung der zukünftigen Mütter in verschiedene Risikogruppen für Kindesmissbrauch / Kindesvernachlässigung (s.u.).</p> <p>Für Mütter mit hohem Test-Score wurde zwar keine spezielle Intervention vorgehalten, wenn spezifische Probleme auftraten, erfolgte allerdings eine Verweisung auf Gemeindeschwestern (public health nurses) oder soziale Serviceeinrichtungen. Es gibt weder Angaben über Art und Inhalt der Unterstützungsmaßnahmen noch Hinweise auf die Anzahl an Personen, die diese Hilfe in Anspruch genommen haben.</p> <p>Angewendet wird der Test von im Vorfeld geschulten Sozialarbeitern im Rahmen des Einschreibungsverfahrens zu dem o.g. Projekt; Ort der Befragung ist unklar.</p> <p><u>"Family Stress Checklist" (Wurde bisher nur zur Beurteilung von Eltern verwendet, die bereits wegen Kindesmisshandlung oder vernachlässigung auffällig geworden sind. In dieser Studie wird der Fragebogen prognostisch eingesetzt.)</u></p> <p>Fragebogen mit 10 Items, davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 3 Fragen zur Biographie der Eltern (u.a. eigene Erfahrung mit Schlägen/Unterdrückung, kriminelle Vorstrafen, frühere Verdächtigungen zu Kindesmissbrauch);</li> <li>○ 4 Fragen zu aktuellen Lebensumständen / Charakteristika der Eltern (geringes Selbstbewusstsein, soziale Isolation oder Depression; gewaltsame Stimmungsausbrüche, harsche Bestrafungen; multiple Krisen oder Stresszustände);</li> <li>○ 3 Fragen zur elterlichen Einstellung gegenüber dem Kind und zu Charakteristika des Kindes (u.a. Kind gewollt/ungewollt; Kind als schwierig u./o. als provokativ empfunden; rigide, unrealistische Erwartungen an das Verhalten des Kindes)</li> <li>○ Jedes Item unterteilt in drei Kategorien: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ "no risk" (score 0)</li> <li>▪ "risk" (score 5)</li> <li>▪ "high risk" (score 10)</li> </ul> </li> <li>• Einteilung der zukünftigen Eltern erfolgte anhand des Gesamt-Scores (0-100) in: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ "low score" (score 0-20)</li> <li>○ "medium high score" (score 25-35 )</li> <li>○ "high score" (score ≥40)</li> </ul> </li> </ul> <p>Nachdem die Kinder 1-2 oder 2 bis 2,5 Jahre alt waren (inkonsistente</p>
--	--	---

		<p>Angaben im Text) erfolgte eine Durchsicht der Patientenakten von Müttern und Kindern im Hinblick auf Einträge zu Kindesmissbrauch/Kindesvernachlässigung (Chart Review).</p> <p>Anhand verschiedener "Chart Review Faktoren" (Faktoren sind der Publikation beigefügt) wurden die Kinder in drei Gruppen eingeteilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "<u>negative</u>" (keine positiven "Chart Review Faktoren" oder Vorhandensein von Faktoren, die nicht von den Eltern beeinflussbar waren, z. B. schwierige Geburt)</li> <li>• "<u>mildly neglected</u>" (Vorhandensein eines Faktors oder mehrerer Faktoren für milde Vernachlässigung, die von den Eltern potenziell beeinflussbar waren, bei denen aber keine direkten Hinweise auf Vernachlässigung oder Missbrauch vorlagen, z. B. Eltern gehen mit krankem Kind nicht zum Arzt)</li> <li>• "<u>neglected or abused</u>" (Vorhandensein von Beweisen, dass direkte Vernachlässigung oder Missbrauch stattgefunden hat, z. B. Gedeihstörungen, Verletzungen)</li> </ul>																																						
7	Ergebnisse	<p><i>Darstellung der für das Beratungsthema wichtigen Ergebnisse.</i></p> <p>Die pränatale "Family Stress Checklist" stufte 150 Mütter (26 %) als komplett risikolos ein (score 0); 355 Mütter (60,5 %) erzielten einen Score von 5-25, 13,9 % (82 Mütter) erreichten einen Score von <math>\geq 30</math>; 42 Mütter (7 %) wurden in die Hochrisikogruppe (score <math>\geq 40</math>) eingestuft.</p> <p>Dokumentierte Ergebnisse des Chart-Reviews:</p> <table border="1" data-bbox="587 1032 1409 1272"> <thead> <tr> <th>Score</th> <th>negative</th> <th>mildly neglected</th> <th>neglected or abused</th> <th>Gesamt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 -10</td> <td>84</td> <td>14</td> <td>2</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>10 - 20</td> <td>38</td> <td>11</td> <td>2</td> <td>51</td> </tr> <tr> <td>25 - 35</td> <td>36</td> <td>18</td> <td>3</td> <td>57</td> </tr> <tr> <td><math>\geq 40</math></td> <td>9</td> <td>9</td> <td>20</td> <td>38</td> </tr> </tbody> </table> <p>Es wurden Testgütekriterien berechnet, allerdings ist nicht erläutert, welche Daten hierfür verwendet wurden. Entsprechend der dargestellten Vierfeldertafel wurden vermutlich die Gruppen mit den Scores 0 -10 und 25 - 35 als "Test-negativ" (no risk) und die Gruppe mit dem Score <math>\geq 40</math> als "Test-positiv" (at risk) gewertet.</p> <table border="1" data-bbox="587 1518 1209 1843"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2"></th> <th colspan="2">"Actual Neglect or Abuse Noted"</th> </tr> <tr> <th>Yes</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <th rowspan="2">"Pre- dicted Neglec or Abuse would occur"</th> <th>Yes</th> <td>20</td> <td>18</td> </tr> <tr> <th>No</th> <td>5</td> <td>152</td> </tr> </tbody> </table> <p>Ausgehend von den in der Vierfeldertafel angegebenen Zahlen wurden folgende Werte ermittelt: Sensitivität: 80 %, Spezifität 89,4 %, PPW: 52,5 %, NPW: 96,8 %</p> <p>Es konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen "high risk" Müttern festgestellt werden, bei denen Beweise für Kindesvernachlässigung/Kindesmissbrauch entdeckt wurden und "high</p>	Score	negative	mildly neglected	neglected or abused	Gesamt	0 -10	84	14	2	100	10 - 20	38	11	2	51	25 - 35	36	18	3	57	$\geq 40$	9	9	20	38			"Actual Neglect or Abuse Noted"		Yes	No	"Pre- dicted Neglec or Abuse would occur"	Yes	20	18	No	5	152
Score	negative	mildly neglected	neglected or abused	Gesamt																																				
0 -10	84	14	2	100																																				
10 - 20	38	11	2	51																																				
25 - 35	36	18	3	57																																				
$\geq 40$	9	9	20	38																																				
		"Actual Neglect or Abuse Noted"																																						
		Yes	No																																					
"Pre- dicted Neglec or Abuse would occur"	Yes	20	18																																					
	No	5	152																																					

		risk" Müttern, bei denen keine derartigen Anzeichen feststellbar waren.
8	<b>Fazit der Autoren</b>	<p>Nach Aussage der Autoren ermöglicht der pränatale Einsatz der "Family Stress Checklist" eine "bemerkenswert genaue" Vorhersage für das Auftreten von Kindesvernachlässigung und Kindesmissbrauch schon vor der Geburt eines Kindes. Gleichzeitig räumen sie jedoch ein, dass zunächst Studien mit anderen Populationen (nicht ausschließlich sozial Benachteiligte) notwendig sind, um die vorliegende Studienergebnisse zu verifizieren.</p> <p>Darüber hinaus geben die Autoren zu Bedenken, dass die Studie keine Angaben über die weitere Entwicklung in „high score“ Familien liefert, bei denen bisher noch keine Anzeichen für Kindesvernachlässigung oder –missbrauch nachweisbar waren (so sei z.B. möglich, dass Vernachlässigung oder Missbrauch erst später auftritt oder, dass bisher noch nicht identifizierte Faktoren die „high scoring“ Eltern daran hindern, ihre Kinder zu vernachlässigen oder zu missbrauchen).</p>
9	<b>Abschließende Bewertung</b>	<p><i>Abschließende Bewertung des verantwortlichen Bearbeiters der AG/TG bzw. die gemeinsam mit der AG/TG abgestimmte Bewertung. Folgende Punkte sollten mit einem Satz beschrieben werden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Aussage zur Qualität der Arbeit</i></li> <li>• <i>Zusammenfassung der Ergebnisse</i></li> <li>• <i>Stärken der Arbeit</i></li> <li>• <i>Schwächen der Arbeit</i></li> <li>• <i>Übertragbarkeit auf die deutsche Versorgungssituation</i></li> <li>• <i>Rolle der Arbeit bei der Beantwortung der Fragestellung der Arbeits-/Themengruppe</i></li> <li>• <i>Alternativen zur Früherkennung</i></li> </ul> <p>Die Qualität der Studie ist aufgrund folgender Mängel als unzureichend einzustufen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• inkonsistente Angaben zum Follow up (1 – 2 oder 2 – 2,5 Jahre)</li> <li>• Keine korrekte Verblindung der Reviewer (Reviewer kannten zwar nicht genaue Scores der pränatal getesteten Mütter, dafür aber ihre Einteilung in „low risk“ oder „high risk“)</li> <li>• Unkontrollierte Intervention (nicht weiter verfolgter Verweis von Problem-Familien an Gemeindeschwestern (public health nurses) oder soziale Einrichtungen)</li> <li>• unklare Darstellung der Auswertung (Veränderungen der Risikogruppierungen prä- und postnatal, intransparente Grundlage zur Gruppenbildung sowie nicht nachvollziehbare Datenbasis zur Ermittlung der Treffsicherheit), die Berechnung der Testgütekriterien ist aufgrund der unklaren Gruppenzuteilung nicht nachvollziehbar</li> <li>• Unstimmigkeiten zwischen den im Text erläuterten Child-Charts-Einteilungen für milde Vernachlässigung und den dazu gehörigen tabellarisch aufgeführten "Chart Review Faktoren"</li> </ul> <p>Die Übertragung der Ergebnisse auf die deutsche Versorgungssituation ist aufgrund der selektiven Studienpopulation (ausschließlich sozial benachteiligte Familien) und der noch ausstehenden externen</p>

		<p>Validierung kaum möglich.</p> <p>Die Ergebnisse der Studie können aufgrund der mangelnden Übertragbarkeit sowie der geringen Studienqualität nur sehr eingeschränkt für den weiteren Beratungsprozess verwendet werden.</p> <p><b>Fazit der TG: Die Studie findet trotz methodischer Mängel Eingang in die Beratungen.</b></p>
--	--	---

## 10.8 Teil A: Im Entscheidungsprozess berücksichtigte Literatur

### Teil A: Im Entscheidungsprozess berücksichtigt

**Brayden RM, Altemeier WA, Dietrich MS, Tucker DD, Christensen MJ, McLaughlin FJ, Sherrod KB.** A prospective study of secondary prevention of child maltreatment. *J Pediatr* 1993; 122 (4): 511-6.

**Kommentar:** eingeschlossen: Auswertung

**Browne K, Saqi S.** Approaches to screening for child abuse and neglect. In: **Browne K, Davies C, Stratton P (eds.):** Early prediction and prevention of child abuse. Wiley: Chichester, 1988. S. 57-85.

**Kommentar:** eingeschlossen: Auswertung

**Gray JD, Cutler CA, Dean JG, Kempe CH.** Prediction and prevention of child abuse. *Semin Perinatol* 1979; 3 (1): 85-90.

**Kommentar:** eingeschlossen: Auswertung

**Lealman GT, Haigh D, Phillips JM, Stone J, Ord-Smith C.** Prediction and prevention of child abuse--an empty hope? *Lancet* 1983; 1 (8339): 1423-4.

**Kommentar:** eingeschlossen: Auswertung

**MacMillan HL, MacMillan JH, Offord DR.** Periodic health examination, 1993 update: 1. Primary prevention of child maltreatment. The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *CMAJ* 1993; 148 (2): 151-63.

**Kommentar:** eingeschlossen: Auswertung

**Muir RC, Monaghan SM, Gilmore RJ, Clarkson JE, Crooks TJ, Egan TG.** Predicting child abuse and neglect in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry* 1989; 23 (2): 255-60.

**Kommentar:** eingeschlossen: Auswertung

**Murphy S, Orkow B, Nicola RM.** Prenatal prediction of child abuse and neglect: a prospective study. *Child Abuse Negl* 1985; 9 (2): 225-35.

**Kommentar:** Kindesmisshandlung eingeschlossen: Auswertung

**Nelson H, Nygren P, McInerney Y, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).** Screening for family and intimate partner violence. 2004; i-viii, S. 1-76.

**Kommentar:** eingeschlossen: Auswertung

**Peters R, Barlow J.** Systematic review of instruments designed to predict child maltreatment during the antenatal and postnatal periods. *Child Abuse Review* 2003; 12 (6): 416-39.

**Kommentar:** eingeschlossen: Auswertung

## 10.9 Teil B: Nicht im Entscheidungsprozess berücksichtigte Literatur

### Teil B: Nicht im Entscheidungsprozess berücksichtigt

Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatr Dent* 2005; 27 (7 Reference Manual): 64-7.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie oder systematische Review

Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. *Pediatrics* 2001; 108 (1): 206-10.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie oder systematische Review, nicht systematische Zusammenfassung, Literaturlauswahl unklar

Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. *Del Med J* 1997; 69 (8): 405-12.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevant, bezieht sich nicht auf Früherkennung; kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie oder systematische Review, nicht systematische Zusammenfassung, Literaturlauswahl unklar

Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. AACAP Official Action. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36 (3): 423-42.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevant, bezieht sich nicht auf Früherkennung; kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie oder systematische Review, nicht systematische Zusammenfassung, Literaturlauswahl unklar

American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Child Sexual Abuse. *Arch Fam Med* 1993; 2 (1): 19-27.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie oder systematische Review

**Abikoff H, Hechtman L, Klein RG, Weiss G, Fleiss K, Etcovitch J, Cousins L, Greenfield B, Martin D, Pollack S.** Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43 (7): 802-11.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Administration on Children Youth and Families.** Child maltreatment 2003. Washington DC: U S Department of Health and Human Services, 2005.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: Methodisch nicht relevant

**American Academy of Pediatrics (AAP).** Assessment of Maltreatment of Children with Disabilities. <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;108/2/508> , Zugriff am 24.07.2006.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie oder systematische Review, Meinungsartikel

**American Academy of Pediatrics- Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health.** Guidelines of Health Supervision III. 3d. ed. Elk Grove Village, Ill: American Academy of Pediatrics, 1997/2002.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V.** Leitlinie Diagnostik und Therapie bei ADHS (Aufmerksamkeits- Defizit- Hyperaktivitäts- Störung). Stand 2003.

<http://www.dgspj.de/lladhs.php> .

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Ayoub C, Jacewitz MM.** Families at risk of poor parenting: a model for service delivery, assessment, and intervention. *Child abuse & neglect* 1982; 6 (3): 351-8.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive, retrospektive oder Querschnitts-Studie

**Ayoub CC, Willett JB, Robinson DS.** Families at risk of child maltreatment: Entry-level characteristics and growth in family functioning during treatment. *Child Abuse Negl* 1992; 16 (4): 495-511.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Barker W.** Practical and ethical doubts about screening for child abuse. *Health Visit* 1990; 63 (1): 14-7.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive, retrospektive oder Querschnitts-Studie

**Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K.** Young adult follow-up of hyperactive children: anti-social activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45 (2): 195-211.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Barkley RA, Fischer M, Edelbrock C, Smallish L.** The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria—III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 1991; 32 (2): 233-55.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Barlow J, Johnston I, Kendrick D, Polnay L, Stewart BS.** Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevant, bezieht sich nur auf Intervention

**Barlow J, Parsons J.** Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in 0-3 year old children. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 2.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevant, bezieht sich nur auf Intervention

**Barlow J, Coren E, Stewart Brown SSB.** Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (4): CD002020.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevant, bezieht sich nur auf Intervention

**Barr R, Hopkins B, Green JA.** Crying as a sign, a symptom a signal: clinical, emotional and developmental aspects of infant and toddler crying. London: Mac Keith Press [u a ], 2000. (Clinics in developmental medicine; 152)

**Stellungnahme** Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin.e.V. (DAKJ)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Baving L, Schmidt MH.** Evaluierte Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie I. [Evaluated treatment approaches in child and adolescent psychiatry I]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2001; 29 (3): 189-205.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Baving L, Schmidt MH.** Evaluierte Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie II. [Evaluated treatment approaches in child and adolescent psychiatry II]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2001; 29 (3): 206-20.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Beauftragte der Bundesregierung für Migration FulH.** Bericht über der Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin, 2005.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Beauftragte der Bundesregierung für Migration FulH.** Daten- Fakten- Trends. Strukturdaten der ausländischen Bevölkerung. Berlin, 2005.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Beauftragte der Bundesregierung für Migration FulH.** Daten- Fakten- Trends. Bildung und Ausbildung. Berlin, 2005.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Berkowitz CD.** Recognizing and responding to domestic violence. *Pediatr Ann* 2005; 34 (5): 395-401.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive, retrospektive oder Querschnitts-Studie

**Bilukha O, Hahn RA, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki E, Snyder S, Tuma F, Corso P, Schofield A, Briss PA.** The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: a systematic review. *Am J Prev Med* 2005; 28 (2 Suppl 1): 11-39.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung (kein Bezug auf Screening, Früherkennung von Kindesmisshandlung ICD T74 und der entsprechenden Ausformungen: Vernachlässigung, körperlicher, sexueller, psychischer Missbrauch, Mischformen und nicht näher bezeichnete, Evaluierung einzelner Risikofaktoren)

**Blanz B.** Störungen des Sozialverhaltens und Jugenddelinquenz. In: **G. Esser (Hrsg.):** Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. 2.Aufl. Stuttgart: Thieme, 2003. S. 197-210.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Block J.** A contrarian view of the five-factor approach to personality description. *Psychol Bull* 1995; 117 (2): 187-215.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung (kein Bezug auf Screening, Früherkennung von Kindesmisshandlung ICD T74 und der entsprechenden Ausformungen: Vernachlässigung, körperlicher, sexueller, psychischer Missbrauch, Mischformen und nicht näher bezeichnete, Evaluierung einzelner Risikofaktoren)

**Bölte S.** M-Chat. Deutschsprachige Adaptation der Modified Checklist for Autism in Toddlers.

[http://www.klinik.uni-frankfurt.de/zpsy/kinderspsychiatrie/Download/M\\_CHAT\\_Instruktion.pdf](http://www.klinik.uni-frankfurt.de/zpsy/kinderspsychiatrie/Download/M_CHAT_Instruktion.pdf), 2005.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen



**Brandau H, Pretis M, Kaschnitz W.** ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. München [u a ]: Ernst Reinhardt Verlag, 2003.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Brandau H.** Das ADHS- Puzzle. Systemisch- evolutionäre Aspekte, Unfallrisiko und klinische Perspektiven. Wien [u a ]: Springer, 2004.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Brestan EV, Eyberg SM.** Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. J Clin Child Psychol 1998; 27 (2): 180-9.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Briere J, Elliott DM.** Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. Child Abuse Negl 2003; 27 (10): 1205-22.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung; kein Altersbezug zur Gruppe unter 6 Jahren

**Briggs-Gowan MJ, Owens PL, Schwab-Stone ME, Leventhal JM, Leaf PJ, Horwitz SM.** Persistence of psychiatric disorders in pediatric settings. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003; 42 (11): 1360-9.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Britton HL.** Perinatal screening for child abuse and neglect. Clin Perinatol 1998; 25 (2): 453-60.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive, retrospektive oder Querschnitts-Studie

**Brockington IF, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, Loh C, Murdoch C. A** Screening Questionnaire for mother-infant bonding disorders. Archives of Women's Mental Health 2001; 3 (4): 133-40.

**Kommentar:** ausgeschlossen: Studie ausschließlich zur Fragebogenentwicklung

**Browne K.** Preventing child maltreatment through community nursing. J Adv Nurs 1995; 21 (1): 57-63.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Brucks U, Wahl WB.** Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. In: **Borde T, David M. (Hrsg.):** Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt (a.M.): Mabuse-Verl., 2003. S.15-34.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Bruns-Philipps E, Bunzendahl I, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen (Hrsg.).**

Gesundheitsziele in Niedersachsen. Stärkung der Inanspruchnahme der U8/U9/J1. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt. [www.gesundheit-nds.de/downloads/vortraggezibrunsphilippsbunzendahl.pdf](http://www.gesundheit-nds.de/downloads/vortraggezibrunsphilippsbunzendahl.pdf).

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,

Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Bundesärztekammer.** Fragen- Antworten- Katalog/ Stellungnahme zur "Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)".

[www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/ADHS/FAQADHS.html](http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/ADHS/FAQADHS.html), 2005.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Bundesärztekammer.** Stellungnahme zur "Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)" - Langfassung-. [www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/ADHS/Lang/ADHSLang.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/ADHS/Lang/ADHSLang.pdf), 2005.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Bundesministerium des Inneren.** Polizeiliche Kriminalstatistik 2004. Stand: Mai 2005. (**Broschüre**).

<http://www.bmi-bund.de>.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive, retrospektive oder Querschnitts-Studie

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.** Aktion "Ich geh zur U! Und Du?".

<http://www.ich.geh-zur-u.de>.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg.** Drucksache 18/2052. 2005.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Calam R, Horne L, Glasgow D, Cox A.** Psychological disturbance and child sexual abuse: a follow-up study. Child Abuse Negl 1998; 22 (9): 901-13.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Campbell SB, Ewing LJ.** Follow-up of hard-to-manage preschoolers: adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. J Child Psychol Psychiatry 1990; 31 (6): 871-89.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Campbell SB, Ewing LJ, Breaux AM, Szumowski EK.** Parent-referred problem three-year-olds: follow-up at school entry. J Child Psychol Psychiatry 1986; 27 (4): 473-88.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Case ME, Graham MA, Handy TC, Jentzen JM, Monteleone JA.** Position paper on fatal abusive head injuries in infants and young children. Am J Forensic Med Pathol 2001; 22 (2): 112-22.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevant, Zielgruppe der Leitlinie ist der Pathologe; kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie oder systematischer Review, nicht systematische Zusammenfassung, Literatúrauswahl unklar

**Center on Child Abuse Prevention Research NctPCA.** Intensive home visitation: A randomized trial, follow-up, and risk assessment study of Hawaii's Healthy Start program. Chicago, IL: Center on Child Abuse Prevention Research, National Committee to Prevent Child Abuse, 1996.

**Kommentar:** ausgeschlossen: nicht beschaffbar

**Cerezo MA, Pons-Salvador G.** Improving child maltreatment detection systems: a large-scale case study involving health, social services, and school professionals. *Child abuse & neglect* 2004; 28 (11): 1153-69.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Cerny JE, Inouye J.** Utilizing the child abuse potential inventory in a community health nursing prevention program for child abuse. *J Community Health Nurs* 2001; 18 (4): 199-211.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Chaffin M, Silovsky JF, Funderburk B, Valle LA, Brestan EV, Balachova T, Jackson S, Lensgraf J, Bonner BL.** Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72 (3): 500-10.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Cicchetti D, Toth SL.** Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology* 2005; 1: 409-38.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: Methodisch nicht relevant

**Cohn AH.** Stopping abuse before it occurs: different solutions for different population groups. *Child abuse & neglect* 1982; 6 (4): 473-83.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive, retrospektive oder Querschnitts-Studie

**Conen M-LHg.** Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Heidelberg: Carl Auer, 2004.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Conroy MA, Brown WH.** Early identification, prevention, and early intervention with young children at risk for emotional or behavioral disorders: Issues, trends, and a call for action. *BEHAVIORAL DISORDERS* 2004; 29 (N3): 224-36.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Crume TL, DiGuseppi C, Byers T, Sirotnak AP, Garrett CJ.** Underascertainment of child maltreatment fatalities by death certificates, 1990-1998. *Pediatrics* 2002; 110 (2 Pt 1): e18.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Daro D, Donnelly AC.** Charting the waves of prevention: two steps forward, one step back. *Child Abuse Negl* 2002; 26 (6-7): 731-42.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung (kein Bezug auf Screening, Früherkennung von Kindesmisshandlung ICD T74 und der entsprechenden Ausformungen: Vernachlässigung, körperlicher, sexueller, psychischer Missbrauch, Mischformen und nicht näher bezeichnete, Evaluierung einzelner Risikofaktoren)

**Deegener G, Körner W.** Kindessmisshandlung und Vernachlässigung: ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe, 2005.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: Hintergrundliteratur, **Kindler H:** Verfahren zur Einschätzung der Gefahr zukünftiger Misshandlung bzw. Vernachlässigung: Ein Forschungsüberblick. Kpt. 23, S. 385-404

**Delekat D, Kis A.** Gesundheitsberichtserstattung Berlin. Spezialbericht 2001-1. Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Berlin: Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen, 2001.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP);

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Deneke Ch.** Kinder psychisch kranker Eltern: Entwicklungsrisiken und Ansätze zur Prävention. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2005; 15 (3): 61-81.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen (siehe Rohliste\_Retour)

**Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.(Hrsg.).** Leitlinie Vernachlässigung / Misshandlung. Stand 2002. <http://www.dgspj.de/llvernachlaessigungkm.php>.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive, retrospektive oder Querschnitts-Studie

**Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendpsychotherapie**

**u.a.(Hrsg.).** Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Stand 2003. <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/028-031.htm>.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSJ).** Vernachlässigung - Kindesmißhandlung. ICD-10: F 43.1, F 94.1, T 74 Y 05, Y06, Y07, Z 61.4, 61.5, 61.6, Z 62.3, 62.4, 62.5. Stand: Oktober 2002. <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/071-003.htm>. Zugriff am 24.07.2006.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie oder systematischer Review; Leitlinie, Recherchestrategie und Literaturlauswahl unklar

**Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJPP).** Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch. Stand: Mai 2003. <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/028-034.htm>, Zugriff am 24.07.2006.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie oder systematischer Review; Leitlinie, Recherchestrategie und Literaturlauswahl unklar

**Deutsches Jugendinstitut (DJI).** Prüfbogen zur Einschätzung des Misshandlungs- und Vernachlässigungsrisikos. Stand 2005. <http://db.dji.de/asd/misshandlungsrisiko.dot>.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive, retrospektive oder Querschnitts-Studie (nur Prüfbogen ohne Studie bzw. Erläuterung)

**DIMDI (Hrsg.).** Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision (ICD-10), German Modification Version 2005, Ausgabe für die Zwecke der SGB V.Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99).

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2005/fr-icd.htm?kf00.htm>.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**DiScala C, Lescohier I, Barthel M, Li G.** Injuries to children with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics* 1998; 102 (6): 1415-21.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Doggett C, Burrett S, Osborn DA.** Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (4): CD004456.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevant, bezieht sich nur auf Intervention

**Donnelly CL.** Pharmacologic treatment approaches for children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2003; 12 (2): 251-69.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Dowling S, Gardner F.** Parenting programmes for improving the parenting skills and outcomes for incarcerated parents and their children. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 4.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie oder systematischer Review, Protokoll Cochrane-Review

**Döpfner M, Lehmkuhl G.** Von der kategorialen zur dimensional Diagnostik. [From categorial to dimensional diagnosis]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1997; 46 (8): 519-47.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Döpfner M, Lehmkuhl G.** Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10/DSM-IV. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2000.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Döpfner M.** Hyperkinetische Störungen. In G. Esser (Hrsg.) *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*, 2. Aufl. Stuttgart: Thieme, 2003. S. 172-95.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Döpfner M, Lehmkuhl G, Steinhausen HC.** KIDS 1: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen. (in Vorbereitung). Göttingen: Hogrefe.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Döpfner M, Görtz A.** KIDS 2: Agressiv-dissoziale Störungen. (in Vorbereitung). Göttingen: Hogrefe.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Duggan A, Windham A, McFarlane E, Fuddy L, Rohde C, Buchbinder S, Sia C.** Hawaii's healthy start program of home visiting for at-risk families: Evaluation of family identification, family engagement, and service delivery. *Pediatrics* 2000; 105: 250-9.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Duggan AK, McFarlane EC, Windham AM, Rohde CA, Salkever DS, Fuddy L, Rosenberg LA, Buchbinder SB, Sia CC.** Evaluation of Hawaii's Healthy Start Program. *Future Child* 1999; 9 (1): 66-90.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevant

**Elkan R, Kendrick D, Hewitt M, Robinson JJ, Tolley K, Blair M, Dewey M, Williams D, Brummell K.** The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technol Assess* 2000; 4 (13): i-339.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung (kein Bezug auf Screening, Früherkennung von Kindesmisshandlung ICD T74 und der entsprechenden Ausformungen: Vernachlässigung, körperlicher, sexueller, psychischer Missbrauch, Mischformen und nicht näher bezeichnete, Evaluierung einzelner Risikofaktoren)

**Egan TG, Monaghan SM, Muir RC, Gilmore RJ, Clarkson JE, Crooks TJ.** Prenatal screening of pregnant mothers for parenting difficulties: final results from the Queen Mary Child Care Unit. *Social science & medicine* (1982) 1990; 30 (3): 289-95.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S.** Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *Lancet* 2000; 356 (9232): 814-9.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung (kein Bezug auf Screening, Früherkennung von Kindesmisshandlung ICD T74 und der entsprechenden Ausformungen: Vernachlässigung, körperlicher, sexueller, psychischer Missbrauch, Mischformen und nicht näher bezeichnete, Evaluierung einzelner Risikofaktoren)

**Esser G, Wyschkon A, Schmidt MH.** Was wird aus Achtjährigen mit einer Lese- und Rechtschreibstörung - Ergebnisse im Alter von 25 Jahren. *Z Klin Psychol Psychiat Psychother* 2002; 31: 235-42.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Esser G, Ihle W, Schmidt MH, Blanz B.** Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2000; 29 (4): 276-83.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Esser G, Schmidt MH, Woerner W.** Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children--results of a longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry* 1990; 31 (2): 243-63.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Esser G.** Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. 2. aktualis. Aufl. Stuttgart: Thieme, 2003.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Fanslow J, New Zealand Family Violence Clearinghouse (NZFVC).** Family Violence Intervention Guidelines: Child and Partner Abuse. Stand 2002.

<http://www.nzfvc.org.nz/PublicationDetails.aspx?publication=2064>, Zugriff am 19.07.2006.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie oder systematischer Review; Leitlinie, Recherchestrategie und Literaturlauswahl unklar

**Farmer EM, Compton SN, Bums BJ, Robertson E.** Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: externalizing disorders. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70 (6): 1267-302.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Fegert JM, Schrappner ChHg.** Handbuch Jugendhilfe- Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim (u a ): Juventa, 2004.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Fegert JM, Tiedtke K, Frank R.** Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch. In: **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychotherapie u.a. (Hrsg.):** Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/028-034.htm>, 2003.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive, retrospektive oder Querschnitts-Studie

**Fehlings DL, Roberts W, Humphries T, Dawe G.** Attention deficit hyperactivity disorder: does cognitive behavioral therapy improve home behavior? *J Dev Behav Pediatr* 1991; 12 (4): 223-8.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Feinstein C, Reiss AL.** Psychiatric disorder in mentally retarded children and adolescents: The challenges of meaningful diagnosis. *Ment Retard* 1996; 5: 827-52.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Fergusson DM, Grant H, Horwood LJ, Ridder EM.** Randomized trial of the early start program of home visitation. *Pediatrics* 2005; 116 (N6): E803-E809.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Fischer M, Barkley RA, Smallish L, Fletcher K.** Executive functioning in hyperactive children as young adults: attention, inhibition, response perseveration, and the impact of comorbidity. *Dev Neuropsychol* 2005; 27 (1): 107-33.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Fonagy P, Target M.** Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Dev Psychopathol* 1997; 9 (4): 679-700.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung (kein Bezug auf Screening, Früherkennung von Kindesmisshandlung ICD T74 und der entsprechenden Ausformungen: Vernachlässigung, körperlicher, sexueller, psychischer Missbrauch, Mischformen und nicht näher bezeichnete, Evaluierung einzelner Risikofaktoren)

**Ford T, Goodman R, Meltzer H.** The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42 (10): 1203-11.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Fraser JA, Armstrong KL, Morris JP, Dadds MR.** Home visiting intervention for vulnerable families with newborns: Follow-up results of a randomized controlled trial. *Child abuse & neglect* 2000; 24: 1399-429.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Friedman SB, Morse CW.** Child abuse: a five-year follow-up of early case finding in the emergency department. *Pediatrics* 1974; 54 (4): 404-10.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Gagnon AJ, Barkun L.** Postnatal parental education for improving family health. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (1): CD004068.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie oder systematischer Review, Protokoll Cochrane-Review

**Geeraert L, Van den NW, Grietens H, Onghena P.** The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: a meta-analysis. *Child Maltreat* 2004; 9 (3): 277-91.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung (kein Bezug auf Screening, Früherkennung von Kindesmisshandlung ICD T74 und der entsprechenden Ausformungen: Vernachlässigung, körperlicher, sexueller, psychischer Missbrauch, Mischformen und nicht näher bezeichnete, Evaluierung einzelner Risikofaktoren)

**Gomby DS, Culross PL, Behrman RE.** Home visiting: recent program evaluations--analysis and recommendations. *Future Child* 1999; 9 (1): 4-223.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung (keine Instrumente erwähnt)

**Goodman R, Ford T, Corbin T, Meltzer H.** Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13 Suppl 2: II25-II31.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP);

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H.** Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 534-9.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK);

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP);

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Goodman R, Scott S.** Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *J Abnorm Child Psychol* 1999; 27 (1): 17-24.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Goodman R.** The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38 (5): 581-6.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Gordon RR.** Predicting child abuse. *Br Med J* 1977; 1 (6064): 841.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive, retrospektive oder Querschnitts-Studie

**Graetz BW, Sawyer MG, Hazell PL, Arney F, Baghurst P.** Validity of DSM-IVADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (12): 1410-7.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Grietens H, Geeraert L, Hellinckx W.** A scale for home visiting nurses to identify risks of physical abuse and neglect among mothers with newborn infants. *Child Abuse Negl* 2004; 28 (3): 321-37.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive, retrospektive oder Querschnitts-Studie

**Grimm H, Aktas M, Kießig U.** Sprachscreening für das Vorschulalter (SSV). 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2003.



**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Grissemann H.** Psycholinguistische Lese-Rechtschreibförderung. Eine Arbeitsmappe zum klinisch sonderpädagogischen Einsatz. Bern: Huber, 1998.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Grissemann H.** Züricher Lesetest (ZLT). Förderdiagnostik bei gestörtem Schriftspracherwerb. Bern: Huber, 1996.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Guterman NB.** Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the "universal versus targeted" debate: a meta-analysis of population-based and screening-based programs. Child Abuse Negl 1999; 23 (9): 863-90.

**Kommentar:** ausgeschlossen: Methodik nicht nachvollziehbar

**Haffner J, Zerahn-Hartung C, Pfuller U, Parzer P, Strehlow U, Resch F.** Auswirkungen und Bedeutung spezifischer Rechtschreibprobleme bei jungen Erwachsenen--empirische Befunde in einer epidemiologischen Stichprobe. [Effects and significance of specific spelling problems in young adults--empirical studies in an epidemiologic patient sample]. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 1998; 26 (2): 124-35.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Hahn RA, Bilukha OO, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki EK, Snyder S, Tuma F, Schofield A, Corso PS, Briss P.** First reports evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: early childhood home visitation. MMWR Recomm Rep 2003; 52 ((RR-14)): 1-9.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevant, bezieht sich nur auf Intervention

**Hampel P, Desman C, Petermann F, Roos T, Siekmann K.** Multimodales Therapiekonzept für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen und deren Begleitperson in der stationären Rehabilitation. [Multimodal therapy of children with attention deficit/hyperactivity disorder and their parents in in-patient rehabilitation]. Rehabilitation (Stuttg) 2006; 45 (1): 52-9.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Herman SP.** Practice parameters for child custody evaluation. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36 (10 Suppl): 57S-68S.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevant, bezieht sich nicht auf Früherkennung; kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie oder systematischer Review, Fragestellung zu speziell, nicht evidenzbasierte Leitlinie zur forensischen Evaluation bei Streit um das Sorgerecht, nicht systematische Zusammenfassung

**Higgins LP, Hawkins JW.** Screening for abuse during pregnancy: implementing a multisite program. MCN The American journal of maternal child nursing 2005; 30 (2): 109-14.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Hill LG, Coie JD, Lochman JE, Greenberg MT.** Effectiveness of early screening for externalizing problems: issues of screening accuracy and utility. J Consult Clin Psychol 2004; 72 (5): 809-20.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Holter JC, Friedman SB.** Child abuse: early case finding in the emergency department. Pediatrics 1968; 42 (1): 128-38.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Hunter RS, Kilstrom N, Kraybill EN, Loda F.** Antecedents of child abuse and neglect in premature infants: a prospective study in a newborn intensive care unit. *Pediatrics* 1978; 61 (4): 629-35.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Ihle W, Esser G, Laucht M, Schmidt MH.** Depressive Störungen und aggressiv-dissoziale Störungen im Kindes- und Jugendalter. Prävalenz, Verlauf und Risikofaktoren.[Depressive disorders and conduct disorders in childhood and adolescence. Prevalence, course, and risk factors]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2004; 47 (8): 728-35.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Ihle W, Esser G, Schmidt MH, Blanz B.** Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung* 2002; 11 (4): 201-11.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Ihle W, Esser G, Schmidt MH, Blanz B.** Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede psychischer Störungen vom Grundschul- bis ins frühe Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2000; 29 (4): 263-75.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Jansen H, Mannhaupt G, Marx H, Skowronek H.** Bielefelder Screening zur Früherkennung von Leserechtschreibschwierigkeiten (BISC). 2. überarb. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2002.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP);

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Jordan E.** Qualifiziertes Erkennen und Beurteilen - vom Aktenvermerk zum qualifizierten Beobachtungskatalog. In: **Deegener G, Körner W:** und Vernachlässigung: ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe, 2005. S. 485-510.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung; kein HTA, keine evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive, retrospektive oder Querschnitts-Studie

**Kaufmann AS, Kaufmann NL, Melchers P, Preuß U.** Kaufman assessment battery for children (K-ABC). Deutsche Version. 6. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2001.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Kellogg N.** The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* 2005; 116 (2): 506-12.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie oder systematischer Review, Strategie, Leitlinie, Recherchestrategie und Literaturauswahl unklar

**Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D.** Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull* 1993; 113 (1): 164-80.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robinson J, Williams D, Brummell K.** Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Arch Dis Child* 2000; 82 (6): 443-51.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung (kein Bezug auf Screening, Früherkennung von Kindesmisshandlung ICD T74 und der entsprechenden Ausformungen: Vernachlässigung, körperlicher, sexueller, psychischer Missbrauch, Mischformen und nicht näher bezeichnete, Evaluierung einzelner Risikofaktoren)

**Kindler H, Lillig S, Blüml HHg.** Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §1666 BGB und Allgemeiner sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut, 2006.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung; kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive, retrospektive oder Querschnitts-Studie

**Kindler H.** Partnerschaftsgewalt und Kindeswohl. Eine meta-analytisch orientierte Zusammenschau und Diskussion der Effekte von Partnerschaftsgewalt auf die Entwicklung von Kindern: Folgerungen für die Praxis. München: Deutsches Jugendinstitut (DJI), 2002.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP);

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Klasen H, Woerner W, Rothenberger A, Goodman R.** Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu)–Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. [German version of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ-German)–overview and evaluation of initial validation and normative results]. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 2003; 52 (7): 491-502.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Klasen H, Woerner W, Wolke D, Meyer R, Overmeyer S, Kaschnitz W, Rothenberger A, Goodman R.** Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. Eur Child Adolesc Psychiatry 2000; 9 (4): 271-6.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Klingholz R.** Mitteilung gegenüber dem ZDF am 15.03.2006.

<http://www.zdf.de/ZDFheute/inhalt/11/0,3672,3911915,00.html>, 2006.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Klocke A.** Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2001.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Koch E, Schepker R, Taneli SHg.** Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft. Deutsch-Türkische Perspektiven. Freiburg: Lambertus-Verlag, 2000.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Korfmacher J.** The Kempe Family Stress Inventory: a review. Child Abuse Negl 2000; 24 (1): 129-40.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive, retrospektive oder Querschnitts-Studie

**Küspert P, Schneider W.** Hören, lauschen, lernen, Sprachspiele für Kinder im Vorschulalter. Würzburger Trainingsprogramm zur Vorbereitung auf den Erwerb der Schriftsprache. 2. Aufl. Göttingen Vandenkeck + Ruprecht, 2000.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Kwasnik-Krawczyk A.** Pediatric health supervision: Birth to age two. Medical Update for Psychiatrists 1998; 3 (2): 34-40.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung; kein HTA, keine evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive, retrospektive oder Querschnitts-Studie

**Larson CP, Collet JP, Hanley JA.** The predictive accuracy of prenatal and postpartum high risk identification. Canadian journal of public health Revue canadienne de santé publique 1987; 78 (3): 188-92.

**Kommentar:** ausgeschlossen

**Laucht M, Esser G, Baving L, Gerhold M, Hoesch I, Ihle W, Steigleider P, Stock B, Stoehr RM, Weindrich D, Schmidt MH.** Behavioral sequelae of perinatal insults and early family adversity at 8 years of age. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000; 39 (10): 1229-37.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Laucht M, Esser G, Schmidt MH.** Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit: Untersuchungen zur Entwicklungspsychopathologie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2000; 29 (4): 284-92.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Laucht M, Esser G, Schmidt MH.** Längsschnitfforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2000; 29 (4): 246-62.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP);

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Laucht M, Esser G, Schmidt MH, Ihle W, Löffler W, Stohr RM, Weindrich D, Weinel H.** "Risikokinder": Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren. ["Risk children": the importance of biological and psychosocial risks for child development in the first two years of life]. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 1992; 41 (8): 274-85.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Lauth GW, Naumann K, Roggenkamper A, Heine A.** Verhaltensmedizinische Indikation und Evaluation einer kognitiv-behavioralen Therapie mit aufmerksamkeitsgestorten/hyperaktiven Kindern. [Behavior medicine indications and evaluation of cognitive-behavioral therapy with attention-deficit/hyperkinetic children]. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 1996; 24 (3): 164-75.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Layzer J, Goodson B, Bernstein L, Price C.** National Evaluatiopn of Family Support Programs. Final Report Vol. A: A Meta-Analysis. Washington: DHHS, 2001.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung (kein Bezug auf Screening, Früherkennung von Kindesmisshandlung ICD T74 und der entsprechenden Ausformungen: Vernachlässigung, körperlicher, sexueller, psychischer Missbrauch, Mischformen und nicht näher bezeichnete, Evaluierung einzelner Risikofaktoren)

**Lenz A.** Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe, 2005.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP);

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Lothe L.** Cowmilk-intolerance in colicky infants. *J Pediatr* 1989; 115 (bibliographisch nicht nachweisbar).

**Stellungnahme** Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin.e.V. (DAKJ)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Lutha SS, Cicchetti D.** The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Dev Psychopathol* 2000; 12 (4): 857-85.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung (kein Bezug auf Screening, Früherkennung von Kindesmisshandlung ICD T74 und der entsprechenden Ausformungen: Vernachlässigung, körperlicher, sexueller, psychischer Missbrauch, Mischformen und nicht näher bezeichnete, Evaluierung einzelner Risikofaktoren)

**Luthar SS, Cicchetti D, Becker B.** The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev* 2000; 71 (3): 543-62.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung (kein Bezug auf Screening, Früherkennung von Kindesmisshandlung ICD T74 und der entsprechenden Ausformungen: Vernachlässigung, körperlicher, sexueller, psychischer Missbrauch, Mischformen und nicht näher bezeichnete, Evaluierung einzelner Risikofaktoren)

**MacLeod J, Nelson G.** Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse Negl* 2000; 24 (9): 1127-49.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung (kein Bezug auf Screening, Früherkennung von Kindesmisshandlung ICD T74 und der entsprechenden Ausformungen: Vernachlässigung, körperlicher, sexueller, psychischer Missbrauch, Mischformen und nicht näher bezeichnete, Evaluierung einzelner Risikofaktoren)

**MacMillan HL.** Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *CMAJ* 2000; 163 (11): 1451-8.

**Kommentar:** ausgeschlossen: wurde bereits als HTA ausgewertet (Update zu MacMillan et al. 1993)

**MacMillan HL, Fleming JE, Trocme N, Boyle MH, Wong M, Racine YA, Beardslee WR, Offord DR.** Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. *JAMA* 1997; 278 (2): 131-5.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Marcenko MO, Spence M.** Home visitation services for at-risk pregnant and postpartum women: a randomized trial. *Am J Orthopsychiatry* 1994; 64 (3): 468-78.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Margolin G, Gordis EB.** The effects of family and community violence on children. *Annu Rev Psychol* 2000; 51: 445-79.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Martin Z.** Misshandlung und Vernachlässigung durch süchtige Eltern. In: **Deegener G., Körner W. (Hrsg.):** und Vernachlässigung. Göttingen: Hogrefe, 2005.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Marx H, Jansen H, Skowronek H.** Prognostische, differentielle und konkurente Validität des Bielefelder Screenings zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten. (BISC). Göttingen: Hogrefe, 2000.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Mattejat F.** Evidenzbasierte Prinzipien und Grundkomponenten familientherapeutischer Interventionen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung* 2005; 14 (1): 3-11.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,

Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Mattejat F, Wuthrich C, Remschmidt H.** Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. [Children of mentally ill parents. Research perspectives exemplified by children of depressed parents] *Nervenarzt* 2000; 71 (3): 164-72.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**McGlinchey A, Keenan M, Dillenburger K.** Outline for the development of a screening procedure for children who have been sexually abused. *Research on Social Work Practice* 2000; 10 (6): 721-47.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, keine evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive, retrospektive oder Querschnitts-Studie

**McGrath AM, Handwerk ML, Armstrong KJ, Lucas CP, Friman PC .** The validity of the ADHD section of the Diagnostic Interview Schedule for Children. *Behav Modif* 2004; 28 (3): 349-74.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**McLean LM, Gallop R.** Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160 (2): 369-71.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**McMahon PM, Puett RC.** Child sexual abuse as a public health issue: recommendations of an expert panel. *Sex Abuse* 1999; 11 (4): 257-66.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie oder systematischer Review, Expertenkonsens auf Initiative d. CDC

**Melchers P, Floß S, Brandt I, Eßer KJ, Lehmkuhl G, Rauh H, Sticker E.** EVU: Erweiterte Vorsorgeuntersuchung- Kinderärzte. <http://www.pits-online.nl/de/EVU.html>, 2003.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Mersmann H.** Gesundheit von Schulanfängern- Auswirkungen sozialer Benachteiligung. In: **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.)** Gesundheit von Kindern - Epidemiologische Grundlagen. Köln: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 1998.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Miller AR, Barr RG.** Infantile colic. Is it a gut issue? *Pediatr Clin North Am* 1991; 38 (6): 1407-23.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung (kein Bezug auf Screening, Früherkennung von Kindesmisshandlung ICD T74 und der entsprechenden Ausformungen: Vernachlässigung, körperlicher, sexueller, psychischer Missbrauch, Mischformen und nicht näher bezeichnete, Evaluierung einzelner Risikofaktoren)

**Milner JS, Gold RG, Ayoub C, Jacewitz MM.** Predictive validity of the child abuse potential inventory. *J Consult Clin Psychol* 1984; 52 (5): 879-84.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Ministerium für Frauen JFuGdLN-WH.** Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf, 2000.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,

Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Mulder EJ, Robles de Medina PG, Huizink AC, Van den Bergh BR, Buitelaar JK, Visser GH.** Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Hum Dev* 2002; 70 (1-2): 3-14.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung (kein Bezug auf Screening, Früherkennung von Kindesmisshandlung ICD T74 und der entsprechenden Ausformungen: Vernachlässigung, körperlicher, sexueller, psychischer Missbrauch, Mischformen und nicht näher bezeichnete, Evaluierung einzelner Risikofaktoren)

**Murry SK, Baker AW, Lewin L.** Screening families with young children for child maltreatment potential. *Pediatr Nurs* 2000; 26 (1): 47-54, 65.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, keine evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive, retrospektive oder Querschnitts-Studie

**Müller R.** Diagnostische Rechtschreibetests für 1. Klassen (DRT 1). 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2003.  
**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Müller R.** Diagnostische Rechtschreibetests für 2. Klassen (DRT 2). 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2003.  
**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Myers JEB, Briere J, Berliner L, Hendrix T, Reid T.** APSAC Handbook on child maltreatment. 2nd Ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2002.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: Methodisch nicht relevant

**Nagata M, Nagai Y, Sobajima H, Ando T, Honjo S.** Depression in the mother and maternal attachment--results from a follow-up study at 1 year postpartum. *Psychopathology* 2003; 36 (3): 142-51.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information.** Child abuse and neglect fatalities: statistics and interventions. Washington: The children's Bureau, Administration for Children and Families, U S Department of Health and Human Services, 2004.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).** Suspected child abuse. (In Development Januar 2008). <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=guidelines.inprogress>, Zugriff am 08.08.2006.

**Kommentar:** ausgeschlossen: Publikation erscheint voraussichtlich Anfang 2008

**Neuhäuser G, Steinhausen HCHg.** Geistige Behinderung. Grundlagen, Klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation, 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, 2003.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Newcorn JH, Spencer TJ, Biederman J, Milton DR, Michelson D.** Atomoxetine treatment in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44 (3): 240-8.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Niedersächsisches Ministerium für Frauen AuS.** Niedersächsischer Kinder- und Jugend-Gesundheitsbericht. Hannover, 2002.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Nixon RD, Sweeney L, Erickson DB, Touyz SW.** Parent-child interaction therapy: a comparison of standard and abbreviated treatments for oppositional defiant preschoolers. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71 (2): 251-60.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Nygren P, Nelson HD, Klein J.** Screening children for family violence: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med* 2004; 2 (2): 161-9.

**Kommentar:** ausgeschlossen: enthalten in Nelson et al. 2004

**Olson RJ.** Index of suspicion: screening for child abusers. *The American journal of nursing* 1976; 76 (1): 108-10.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, keine evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive, retrospektive oder Querschnitts-Studie

**Pachner JM, Strassburg HMM.** Der unruhige Säugling: Tabellen. Lübeck: Hansisches Verl.-Kontor, 1990. (Fortschritt der Sozialpädiatrie, 13)

**Stellungnahme** Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin.e.V. (DAKJ)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Papousek M, von Hofacker N.** Störungen der frühen Eltern-Kind-Beziehung. In: **Creutzig U., Kiess W., Koletzko B., Reinhardt D. (Hrsg.):** Leitlinie Kinderheilkunde und Jugendmedizin. München: Urban & Fischer, 2002.

**Stellungnahme** Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin.e.V. (DAKJ)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Parkinson GW, Adams RC, Emerling FG.** Maternal domestic violence screening in an office-based pediatric practice. *Pediatrics* 2001; 108 (3): E43.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Petermann F.** Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Bestandsaufnahme. *Kindheit und Entwicklung* 2005; 14 (1): 48-57.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Phillips JM, Kwon H, Feinstein C, Spitzcok von Brisinski I.** Geistige Behinderung. In: **G. Lehmkuhl, F. Poustka, H. Steiner (Hrsg.):** Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. (im Druck). Göttingen: Hogrefe.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Pikler E.** Friedliche Babys - zufriedene Mütter: pädagogische Ratschläge einer Kinderärztin. 3. Aufl. Freiburg im Breisgau [u a]: Herder, 1987. (Herderbücherei; 947)

**Stellungnahme** Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin.e.V. (DAKJ)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Plume E, Schneider W.** Hören, lauschen, lernen 2. Spiele mit Buchstaben und Lauten für Kinder im Vorschulalter. Das Würzburger Buchstaben-Laut-Training. Göttingen Vandenneck + Ruprecht, 2004.



**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Raphael-Leff J.** Treatment for perinatal disturbance. *Journal of Child and Adolescent Mental Health* 2003; 15 (1): 49-53.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, keine evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive, retrospektive oder Querschnitts-Studie

**Raven JC, Bulheller S, Häcker H.** Coloured Progressive Matrices (CPM). 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2002.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Ravens-Sieberer U, Holling H, Bettge S, Wietzker A.** Erfassung von psychischer Gesundheit und Lebensqualität im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. [Assessment of psychological health and quality of life with The Child and Adolescent Health Survey]. *Gesundheitswesen* 2002; 64 Suppl 1: S30-S35.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Reeker J, Ensing D, Elliott R.** A meta-analytic investigation of group treatment outcomes for sexually abused children. *Child Abuse Negl* 1997; 21 (7): 669-80.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Remschmidt H, Schmidt MH, Poustka F.** Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO, 5. überarb. u. erw. Aufl. Bern: Huber, 2006.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Reuther-Liehr C.** Lautgetreue Rechtschreibförderung. 2. Aufl. Bochum: Winkler, 2001.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Richman N, Stevenson J, Graham P.** Preschool to School: A Behavioural Study. London: Academic Press, 1982.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Robert-Koch-Institut (Hrsg.).** Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI, 2004.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Robert-Koch-Institut (Hrsg.).** Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 4 - Armut bei Kindern und Jugendlichen. Überarb. Neuaufl. Berlin: RKI, 2005.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Robert-Koch-Institut (Hrsg.).** Vorstellung des Moduls "Psychische Gesundheit". Epidemiologisches Bulletin 1, 2004. [http://www.kiggs.de/experten/fachbeitraege/2004/beitrag\\_07/index.html](http://www.kiggs.de/experten/fachbeitraege/2004/beitrag_07/index.html).

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Robert-Koch-Institut (Hg.).** Zur Messung sozialer Ungleichheit. Epidemiologisches Bulletin 15, 2004. [www.kiggs.de/experten/fachbeitraege/2004/beitrag\\_10/index.html](http://www.kiggs.de/experten/fachbeitraege/2004/beitrag_10/index.html).

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Robins LN, Price RK.** Adult disorders predicted by childhood conduct problems: results from the NIMH Epidemiologic Catchment Area project. Psychiatry 1991; 54 (2): 116-32.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Royal College of General Practitioners (RCGP).** Role of Primary Care in the Protection of Children from Abuse and Neglect. Stand 2003. [http://www.rcgp.org.uk/PDF/Corp\\_childprotectionstrategy.pdf](http://www.rcgp.org.uk/PDF/Corp_childprotectionstrategy.pdf), Zugriff am 19.07.2006.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie oder systematischer Review, Strategie, Leitlinie, Recherchestrategie und Literaturlauswahl unklar

**Royal College of Psychiatrists (RCP).** Child abuse and neglect: the role of mental health services. Council Report CR120. Stand: April 2004.

<http://www.rcpsych.ac.uk/publications/collegereports/cr/cr120.aspx>, Zugriff am 19.07.2006.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie oder systematischer Review, Schwerpunkt Recht UK, Recherchestrategie und Literaturlauswahl unklar

**Royal College of Psychiatrists (RCP), The Association of Forensic Physicians (AFP).** Guidance on Paediatric Forensic Examinations in Relation to Possible Child Sexual Abuse. Stand September 2004. <http://www.afpweb.org.uk/Pages/Publications-Guidelines&Advice.htm>, Zugriff am 19.07.2006.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie oder systematischer Review, Strategie, Leitlinie, Recherchestrategie und Literaturlauswahl unklar

**Sachs-Ericsson N, Blazer D, Plant EA, Arnow B.** Childhood sexual and physical abuse and the 1-year prevalence of medical problems in the National Comorbidity Survey. Health Psychol 2005; 24 (1): 32-40.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Sahin ST.** The nurse and the early identification of young children at risk. Int J Nurs Stud 1979; 16 (2): 141-9.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Sanders JE, Guthrie KA, Hoffmeister PA, Woolfrey AE, Carpenter PA, Appelbaum FR.** Final adult height of patients who received hematopoietic cell transplantation in childhood. Blood 2005; 105 (3): 1348-54.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Sanders MR, Markie-Dadds C, Tully LA, Bor W.** The triple P-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. J Consult Clin Psychol 2000; 68 (4): 624-40.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Sanders MR.** Triple P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clin Child Fam Psychol Rev* 1999; 2 (2): 71-90.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Sanders MR.** Triple P: Towards an evidence-based population level approach to promoting competent parenting. Präventionskongress 2005: Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Köln, 2005.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Sapolsky RM.** Stress and plasticity in the limbic system. *Neurochem Res* 2003; 28 (11): 1735-42.

**Stellungnahme** Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin.e.V. (DAKJ)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Sarimski K.** Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2003.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Schaeffer CM, Petras H, Ialongo N, Poduska J, Kellam S.** Modeling growth in boys' aggressive behavior across elementary school: links to later criminal involvement, conduct disorder, and antisocial personality disorder. *Dev Psychol* 2003; 39 (6): 1020-35.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Schepker R, Toker M, Eberding A.** Inanspruchnahmebarrieren in der ambulanten psychosozialen Versorgung von türkischstämmigen Migrantenfamilien aus der Sicht der Betroffenen. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1999; 48: 664-76.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Schepker R.** Institutionen auf dem Weg zu intergrierten muttersprachlichen Versorgungsangeboten: die "andere Seite der Inanspruchnahmebarriere". In: **Heise, T. (Hrsg.):** Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2000.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Schmidt MH.** Dissozialität und Aggressivität: Wissen, Handeln und Nichtwissen. [Dyssocial behavior and aggression: knowledge, management and knowledge gaps]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 1998; 26 (1): 53-62.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Schmidt MH, Göpel C.** Risikofaktoren kindlicher Entwicklung und Verlaufsprinzipien kinder- und Jugendpsychiatrischer Erkrankungen. In: **Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A (Hrsg):** Entwicklungspsychiatrie. Stuttgart [u.a.]: Schattauer, 2003.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Schneider W, Ennemoser M, Roth E, Kuspert P.** Kindergarten prevention of dyslexia: does training in phonological awareness work for everybody? *J Learn Disabil* 1999; 32 (5): 429-36.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Schuhmann EM, Foote RC, Eyberg SM, Boggs SR, Algina J.** Efficacy of parent-child interaction therapy: interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *J Clin Child Psychol* 1998; 27 (1): 34-45.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U.** Gesundheitsberichtserstattung des Bundes: Psychotherapeutische Versorgung. (eingereichtes **Manuskript**). Berlin: Robert-Koch-Institut.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Scott S, Spender Q, Doolan M, Jacobs B, Aspland H.** Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *BMJ* 2001; 323 (7306): 194-8.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Searight HR, Rottnek F, Abby SL.** Conduct disorder: diagnosis and treatment in primary care. *Am Fam Physician* 2001; 63 (8): 1579-88.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Serbin LA, Karp J.** The intergenerational transfer of psychosocial risk: mediators of vulnerability and resilience. *Annu Rev Psychol* 2004; 55: 333-63.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Serketich WJ, Dumas JE.** The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy* 1996; 27: 171-86.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Shaw DS, Gilliom M, Ingoldsby EM, Nagin DS.** Trajectories leading to school-age conduct problems. *Dev Psychol* 2003; 39 (2): 189-200.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Skowron E, Reineman DHS.** Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: a meta-analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2005; 42 (1): 52-71.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Smith BH, Waschbusch DA, Willoughby MT, Evans S.** The efficacy, safety, and practicality of treatments for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clin Child Fam Psychol Rev* 2000; 3 (4): 243-67.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Sonuga-Barke EJ, Daley D, Thompson M, Laver-Bradbury C, Weeks A.** Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, controlled trial with a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (4): 402-8.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Southall DP, Samuels MP.** Guidelines for the multi-agency management of patients suspected or at risk of suffering from life-threatening abuse resulting in cyanotic-apnoeic episodes. North Staffordshire Hospital Trust, Staffordshire Social Services and Staffordshire Police. *J Med Ethics* 1996; 22 (1): 16-21.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevant; kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie oder systematischer Review, Anweisungen zur Indikation und zum Vorgehen bei verdeckter Videoüberwachung im Krankenhaus bei V.a. durch Eltern verursachte Atemstörung bei Kindern, Literatúrauswahl unklar

**Spitzcok von Brisinski I.** Psychiatrische Notfälle des Kindes- und Jugendalters. In: **Berzewski H. und Nickel B. (Hrsg.):** Handbuch der Notfalltherapie neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen. Stuttgart: Gustav Fischer, 2002. S. 427-58.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Spitzcok von Brisinski I, Gruber T, Hinrichs G, Schaff C.** Sexuell delinquentes Verhalten. In: **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.):** Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (**im Druck**). 3. überarb. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Sroufe LA.** Early relationships and the development of children. INFANT MENTAL HEALTH JOURNAL 2000; 21: 67-74.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Statistisches Bundesamt.** Kosten 2002 nach Krankheitsklassen und Alter in EUR je Einwohner der jeweiligen Altersgruppe. <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab23.php>.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Strassburg HM, Müller H, Stier R, Metzler C, Warmbrunn D.** Kardiainsuffizienz im Säuglingsalter - klinische und soziale Aspekte. Sozialpädiat Prax Klein 1990; 12: 43-7.

**Stellungnahme** Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin.e.V. (DAKJ)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Strassburg HM, Haug-Schnabel G, Müller H.** The crying infant - an interdisciplinary approach. E Child Dev Care 1990; 65: 153-66.

**Stellungnahme** Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin.e.V. (DAKJ)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Strassburg HM, Müller H, Greiner P.** Chronische Unruhe und gastro-ösophagealer Reflux beim Säugling. Pädiat Prax 1988; 37: 1-9.

**Stellungnahme** Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin.e.V. (DAKJ)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Straus MA, Hamby SL, Finkelhor D, Moore DW, Runyan D.** Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. Child abuse & neglect 1998; 22 (4): 249-70.

**Kommentar:** ausgeschlossen: Studie ausschließlich zur Fragebogenentwicklung

**Sweet MA, Appelbaum MI.** Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. Child Dev 2004; 75 (5): 1435-56.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung (kein Bezug auf Screening, Früherkennung von Kindesmisshandlung ICD T74 und der entsprechenden Ausformungen: Vernach-

lässigkeit, körperlicher, sexueller, psychischer Missbrauch, Mischformen und nicht näher bezeichnete, Evaluierung einzelner Risikofaktoren)

**Techniker Krankenkasse (Hrsg.)**. Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten bei Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen. Band 8. Hamburg 2005.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Tewes UP, Schallberger U**. Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder III. (HAWIK III). 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2000.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**The National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA)**. Accuracy of screening procedures for non-accidental injury in children: systematic review and modelling of clinical effectiveness - Secondary Research. **In Progress**. <http://www.ncchta.org/project/1413.asp>, Zugriff am 08.08.2006.

**Kommentar:** ausgeschlossen: Publikation erscheint vorraussichtlich Ende 2007

**Thomas JN, Rogers CM**. Sexual abuse of children: case finding and clinical assessment. The Nursing clinics of North America 1981; 16 (1): 179-88.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung; kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive, retrospektive oder Querschnitts-Studie

**Treem WR**. Infant colic. A pediatric gastroenterologist's perspective. Pediatr Clin North Am 1994; 41 (5): 1121-38.

**Stellungnahme** Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin.e.V. (DAKJ)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Tuteur J, Ewigman BE, Peterson L, Hosokawa MC**. The maternal-observation-matrix and the mother-child-interaction-scale-brief observational screening instruments for physically abusive mothers. J Clin Child Psychol 1995; 24 (N1): 55-62.

**Kommentar:** ausgeschlossen: Studie ausschließlich zur Fragebogenentwicklung

**U.S.Preventive Services Task Force (USPSTF)**. Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. Ann Intern Med 2004; 140 (5): 382-6.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie oder systematischer Review, Zusammenfassung HTA Nelson et al. 2004

**U.S.Preventive Services Task Force (USPSTF)**. Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. Ann Fam Med 2004; 2 (2): 156-60.

**Kommentar:** ausgeschlossen: Dublette zu Ref ID 5;

**Vandenplas Y, Sacre-Smits L**. Gastro-oesophageal reflux in infants. Evaluation of treatment by pH monitoring. Eur J Pediatr 1987; 146 (5): 504-7.

**Stellungnahme** Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin.e.V. (DAKJ)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Verhulst FC**. A review of community studies. In: **Verhulst FC; Koot HM (Hrsg.)**: The epidemiology of child and adolescent psychopathology. Oxford: Oxford University Press, 1995. S. 146-77.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Vogeltanz ND, Wilsnack SC, Harris TR, Wilsnack RW, Wonderlich SA, Kristjanson AF.** Prevalence and risk factors for childhood sexual abuse in women: national survey findings. *Child Abuse Negl* 1999; 23 (6): 579-92.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung; kein Altersbezug zur Gruppe der Kinder unter 6 Jahren

**von dem Knesebeck M, Fillinger U, Koch U, Pawils S, Busche W.** Eltern-Ordner "Gesund groß werden" zum Früherkennungsprogramm für Kinder U1-U9 und J1. Präventionskongress 2005: Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen - Stärkung der Erziehungskompetenz. Köln, 2005.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**von Hofacker NM, Papousek M, Jacubeit T, Malinowski M.** Rätsel der Säuglingskoliken: Ergebnisse, Erfahrungen und therapeutische Interventionen aus der "Münchener Sprechstunde für Schreibabies". *Monatsschrift Kinderheilkunde* 1999; 147 (3): 244-53.

**Stellungnahme** Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin.e.V. (DAKJ)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Von Kries R.** Früherkennung: Welche Erkrankungen sind Screening-würdig? *MedReport* 2005; 29 (26): 7.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Waller MA.** Resilience in ecosystemic context: evolution of the concept. *Am J Orthopsychiatry* 2001; 71 (3): 290-7.

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung (kein Bezug auf Screening, Früherkennung von Kindesmisshandlung ICD T74 und der entsprechenden Ausformungen: Vernachlässigung, körperlicher, sexueller, psychischer Missbrauch, Mischformen und nicht näher bezeichnete, Evaluierung einzelner Risikofaktoren)

**Warnke A, Hemminger U, Plume E.** Lese-Rechtschreibstörungen. Göttingen: Hogrefe, 2004.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Weiland SK, Pless IB, Roghmann KJ.** Chronic illness and mental health problems in pediatric practice: results from a survey of primary care providers. *Pediatrics* 1992; 89 (3): 445-9.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Wetzels P.** Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit - Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie für die BRD. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, 1997.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung; kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie, systematischer Review, Metaanalyse oder prospektive, retrospektive oder Querschnitts-Studie; Hintergrundliteratur zu Prävalenz

**Whalen CK.** ADHD treatment in the 21st century: pushing the envelope. *J Clin Child Psychol* 2001; 30 (1): 136-40.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Wherry JN, Jolly JB, Feldman J, Adam B.** The Child Dissociative Checklist: Preliminary findings of a screening measure. *Journal of Child Sexual Abuse* 1994; 3 (3): 51-66.

**Kommentar:** ausgeschlossen: Studie ausschließlich zur Fragebogenentwicklung

**Wolchik SA, Sandler IN, Millsap RE, Plummer BA, Greene SM, Anderson ER, wson-McClure SR, Hipke K, Haine RA.** Six-year follow-up of preventive interventions for children of divorce: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288 (15): 1874-81.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Wolff Metternich T, Plück J, Wieczorrek E, Freund-Braier I, Hautmann C, Brix Geal.** PEP - Ein Präventionsprogramm für drei- bis sechsjährige Kinder mit expansivem Problemverhalten. *Kindheit und Entwicklung* 2002; 11 (2): 98-106.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Wolke D, Rizzo P, Woods S.** Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. *Pediatrics* 2002; 109 (6): 1054-60.

**Stellungnahme** Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin.e.V. (DAKJ)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**World Health Organisation (WHO) (Ed).** World report on violence and health. Genf: World Health Organisation, 2002.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Wu SS, Ma CX, Carter RL, Ariet M, Feaver EA, Resnick MB, Roth J.** Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. *Child Abuse Negl* 2004; 28 (12): 1253-64.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**ZERO TO THREE (Hrsg.).** Diagnostic classification of mental health and developmental disorders in infancy and early childhood. rev. ed. Washington, DC: ZERO TO THREE Press, 2005.

**Stellungnahme** Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Ziegenhain U, Muller B, Rauh H.** Frühe Bindungserfahrungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kleinkindern in einer sozialen und kognitiven Anforderungssituation. [Early attachment experiences and behavioral problems in young children in a social and cognitive test situation]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1996; 45 (3-4): 95-102.

**Stellungnahme** Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

**Kommentar:** ausgeschlossen: thematisch nicht relevante Fragestellung

**Zwi KJ, Woolfenden SR, Wheeler DM, O'Brien TA, Tait P, Williams KW.** School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 4.

**Kommentar:** ausgeschlossen: kein HTA, evidenzbasierte Leitlinie oder systematischer Review, Protokoll Cochrane-Review



## 10.10 Gesamtliteraturliste

1. Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatr Dent* 2005; 27 (7 Reference Manual): 64-7.
2. Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. *Pediatrics* 2001; 108 (1): 206-10.
3. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. *Del Med J* 1997; 69 (8): 405-12.
4. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. AACAP Official Action. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36 (3): 423-42.
5. American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Child Sexual Abuse. *Arch Fam Med* 1993; 2 (1): 19-27.
6. **Abikoff H, Hechtman L, Klein RG, Weiss G, Fleiss K, Etcovitch J, Cousins L, Greenfield B, Martin D, Pollack S.** Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43 (7): 802-11.
7. **Administration on Children Youth and Families.** Child maltreatment 2003. Washington DC: U S Department of Health and Human Services, 2005.
8. **American Academy of Pediatrics (AAP).** Assessment of Maltreatment of Children with Disabilities. <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;108/2/508>, Zugriff am 24.07.2006.
9. **American Academy of Pediatrics- Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health.** Guidelines of Health Supervision III. 3d. ed. Elk Grove Village, Ill: American Academy of Pediatrics 1997/2002.
10. **Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V.** Leitlinie Diagnostik und Therapie bei ADHS (Aufmerksamkeits- Defizit- Hyperaktivitäts- Störung). Stand 2003. <http://www.dgspj.de/lladhs.php>
11. **Ayoub C, Jacewitz MM.** Families at risk of poor parenting: a model for service delivery, assessment, and intervention. *Child abuse & neglect* 1982; 6 (3): 351-8.
12. **Ayoub CC, Willett JB, Robinson DS.** Families at risk of child maltreatment: Entry-level characteristics and growth in family functioning during treatment. *Child Abuse Negl* 1992; 16 (4): 495-511.
13. **Barker W.** Practical and ethical doubts about screening for child abuse. *Health Visit* 1990; 63 (1): 14-7.
14. **Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K.** Young adult follow-up of hyperactive children: anti-social activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45 (2): 195-211.
15. **Barkley RA, Fischer M, Edelbrock C, Smallish L.** The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria--III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 1991; 32 (2): 233-55.
16. **Barlow J, Johnston I, Kendrick D, Polnay L, Stewart BS.** Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3.
17. **Barlow J, Parsons J.** Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in 0-3 year old children. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 2.

18. **Barlow J, Coren E, Stewart Brown SSB.** Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 4: CD002020.
19. **Barr R, Hopkins B, Green JA.** Crying as a sign, a symptom a signal: clinical, emotional and developmental aspects of infant and toddler crying. London: Mac Keith Press [u.a.], 2000. (Clinics in developmental medicine; 152).
20. **Baving L, Schmidt MH.** Evaluierte Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie I. [Evaluated treatment approaches in child and adolescent psychiatry I]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2001; 29 (3): 189-205.
21. **Baving L, Schmidt MH.** Evaluierte Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie II. [Evaluated treatment approaches in child and adolescent psychiatry II]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2001; 29 (3): 206-20.
22. **Beauftragte der Bundesregierung für Migration FulH.** Bericht über der Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin, 2005.
23. **Beauftragte der Bundesregierung für Migration FulH.** Daten- Fakten- Trends. Strukturdaten der ausländischen Bevölkerung. Berlin, 2000 .
24. **Beauftragte der Bundesregierung für Migration FulH.** Daten- Fakten- Trends. Bildung und Ausbildung. Berlin, 2005.
25. **Berkowitz CD.** Recognizing and responding to domestic violence. *Pediatr Ann* 2005; 34 (5): 395-401.
26. **Bilukha O, Hahn RA, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki E, Snyder S, Tuma F, Corso P, Schofield A, Briss PA.** The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: a systematic review. *Am J Prev Med* 2005; 28 (2 Suppl 1): 11-39.
27. **Blanz B.** Störungen des Sozialverhaltens und Jugenddelinquenz. In: **G. Esser (Hrsg.):** Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, 2.Aufl. Stuttgart: Thieme, 2003. S. 197-210.
28. **Block J.** A contrarian view of the five-factor approach to personality description. *Psychol Bull* 1995; 117 (2): 187-215.
29. **Bölte S.** M-Chat. Deutschsprachige Adaptation der Modified Checklist for Autism in Toddlers. [www.klinik.uni-frankfurt.de/zpsy/kinderspsychiatrie/Download/M\\_CHAT\\_Instruktion.pdf](http://www.klinik.uni-frankfurt.de/zpsy/kinderspsychiatrie/Download/M_CHAT_Instruktion.pdf) , 2005.
30. **Brandau H, Pretis M, Kaschnitz W.** ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. München [u a ]: Ernst Reinhardt Verlag, 2003.
31. **Brandau H.** Das ADHS- Puzzle. Systemisch- evolutionäre Aspekte, Unfallrisiko und klinische Perspektiven. Wien [u a ]: Springer, 2004.
32. **Brayden RM, Altemeier WA, Dietrich MS, Tucker DD, Christensen MJ, McLaughlin FJ, Sherrod KB.** A prospective study of secondary prevention of child maltreatment. *J Pediatr* 1993; 122 (4): 511-6.
33. **Brestan EV, Eyberg SM.** Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *J Clin Child Psychol* 1998; 27 (2): 180-9.
34. **Briere J, Elliott DM.** Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl* 2003; 27 (10): 1205-22.
35. **Briggs-Gowan MJ, Owens PL, Schwab-Stone ME, Leventhal JM, Leaf PJ, Horwitz SM.** Persistence of psychiatric disorders in pediatric settings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42 (11): 1360-9.

36. **Britton HL.** Perinatal screening for child abuse and neglect. *Clin Perinatol* 1998; 25 (2): 453-60.
37. **Brockington IF, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, Loh C, Murdoch C.** A Screening Questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health* 2001; 3 (4): 133-40.
38. **Browne K, Saqi S.** Approaches to screening for child abuse and neglect. In: **Browne K, Davies C, Stratton P (eds.):** Early prediction and prevention of child abuse. Wiley: Chichester, 1988. S. 57-85.
39. **Browne K.** Preventing child maltreatment through community nursing. *J Adv Nurs* 1995; 21 (1): 57-63.
40. **Brucks U, Wahl WB.** Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. In: **Borde T, David M. (Hrsg.):** Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt (a.M.): Mabuse-Verl., 2003. S.15-34.
41. **Bruns-Philipps E, Bunzendahl I, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen (Hrsg.).** Gesundheitsziele in Niedersachsen. Stärkung der Inanspruchnahme der U8/U9/J1. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt. [www.gesundheit-nds.de/downloads/vortraggezibrunphilippsbunzendahl.pdf](http://www.gesundheit-nds.de/downloads/vortraggezibrunphilippsbunzendahl.pdf)
42. **Bundesärztekammer.** Fragen- Antworten- Katalog/ Stellungnahme zur "Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)". [www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/ADHS/FAQADHS.html](http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/ADHS/FAQADHS.html), 2005 .
43. **Bundesärztekammer.** Stellungnahme zur "Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)" - Langfassung-. [www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/ADHS/Lang/ADHSLang.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/ADHS/Lang/ADHSLang.pdf), 2005 .
44. **Bundesministerium des Inneren.** Polizeiliche Kriminalstatistik 2004. Stand: Mai 2005. (**Broschüre**). <http://www.bmi-bund.de>.
45. **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.** Aktion "Ich geh zur U! Und Du?". <http://www.ich.geh-zur-u.de>.
46. **Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg.** Drucksache 18/2052. 2005.
47. **Calam R, Horne L, Glasgow D, Cox A.** Psychological disturbance and child sexual abuse: a follow-up study. *Child Abuse Negl* 1998; 22 (9): 901-13.
48. **Campbell SB, Ewing LJ.** Follow-up of hard-to-manage preschoolers: adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *J Child Psychol Psychiatry* 1990; 31 (6): 871-89.
49. **Campbell SB, Ewing LJ, Breaux AM, Szumowski EK.** Parent-referred problem three-year-olds: follow-up at school entry. *J Child Psychol Psychiatry* 1986; 27 (4): 473-88.
50. **Case ME, Graham MA, Handy TC, Jentzen JM, Monteleone JA.** Position paper on fatal abusive head injuries in infants and young children. *Am J Forensic Med Pathol* 2001; 22 (2): 112-22.
51. **Center on Child Abuse Prevention Research NctPCA.** Intensive home visitation: A randomized trial, follow-up, and risk assessment study of Hawaii's Healthy Start program. Chicago, IL: Center on Child Abuse Prevention Research, National Committee to Prevent Child Abuse, 1996.
52. **Cerezo MA, Pons-Salvador G.** Improving child maltreatment detection systems: a large-scale case study involving health, social services, and school professionals. *Child abuse & neglect* 2004; 28 (11): 1153-69.
53. **Cerny JE, Inouye J.** Utilizing the child abuse potential inventory in a community health nursing prevention program for child abuse. *J Community Health Nurs* 2001; 18 (4): 199-211.

54. **Chaffin M, Silovsky JF, Funderburk B, Valle LA, Brestan EV, Balachova T, Jackson S, Lensgraf J, Bonner BL.** Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72 (3): 500-10.
55. **Cicchetti D, Toth SL.** Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology* 2005; 1 409-38.
56. **Cohn AH.** Stopping abuse before it occurs: different solutions for different population groups. *Child abuse & neglect* 1982; 6 (4): 473-83.
57. **Conen M-LHg.** Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Heidelberg: Carl Auer, 2004.
58. **Conroy MA, Brown WH.** Early identification, prevention, and early intervention with young children at risk for emotional or behavioral disorders: Issues, trends, and a call for action. *BEHAVIORAL DISORDERS* 2004; 29 (N3): 224-36.
59. **Crume TL, DiGuseppi C, Byers T, Sirotnak AP, Garrett CJ.** Underascertainment of child maltreatment fatalities by death certificates, 1990-1998. *Pediatrics* 2002; 110 (2 Pt 1): e18.
60. **Daro D, Donnelly AC.** Charting the waves of prevention: two steps forward, one step back. *Child Abuse Negl* 2002; 26 (6-7): 731-42.
61. **Deegener G, Körner W.** Kindessmisshandlung und Vernachlässigung: ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe, 2005.
62. **Delekat D, Kis A.** Gesundheitsberichtserstattung Berlin. Spezialbericht 2001-1. Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Berlin: Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen, 2001.
63. **Deneke Ch.** Kinder psychisch kranker Eltern: Entwicklungsrisiken und Ansätze zur Prävention. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2005; 15 (3): 61-81.
64. **Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.(Hrsg.).** Leitlinie Vernachlässigung / Misshandlung. Stand 2002. <http://www.dgsjp.de/llvernachlaessigungkm.php>.
65. **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendpsychotherapie u.a.(Hrsg.).** Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Stand 2003. <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/ll/028-031.htm>.
66. **Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSJ).** Vernachlässigung - Kindesmißhandlung. ICD-10: F 43.1, F 94.1, T 74 Y 05, Y06, Y07, Z 61.4, 61.5, 61.6, Z 62.3, 62.4, 62.5. Stand: Oktober 2002. <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/ll/071-003.htm>, Zugriff am 24.07.2006.
67. **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJPP).** Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch. Stand: Mai 2003. <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/ll/028-034.htm>, Zugriff am 24.07.2006.
68. **Deutsches Jugendinstitut (DJI).** Prüfbogen zur Einschätzung des Misshandlungs- und Vernachlässigungsrisikos. Stand 2005. <http://db.dji.de/asd/misshandlungsrisiko.dot>.
69. **Deutsches Jugendinstitut e.V.(Ed), Informationszentrum Kindesmisshandlung / Kindernachlässigung (IKK).** Gewalt gegen Kinder: Früh erkennen - früh helfen. *IKK-Nachrichten* 2005; 1-2: 3-64.
70. **DIMDI (Hrsg.).** Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision (ICD-10), German Modification Version 2005, Ausgabe für die Zwecke der SGB V.Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). [www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2005/fr-icd.htm?kf00.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2005/fr-icd.htm?kf00.htm).
71. **DiScala C, Lescohier I, Barthel M, Li G.** Injuries to children with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics* 1998; 102 (6): 1415-21.

- 
72. **Doggett C, Burrett S, Osborn DA.** Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 4: CD004456.
  73. **Donnelly CL.** Pharmacologic treatment approaches for children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2003; 12 (2): 251-69.
  74. **Dowling S, Gardner F.** Parenting programmes for improving the parenting skills and outcomes for incarcerated parents and their children. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 4.
  75. **Döpfner M, Lehmkuhl G.** Von der kategorialen zur dimensionalen Diagnostik. [From categorial to dimensional diagnosis]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1997; 46 (8): 519-47.
  76. **Döpfner M, Lehmkuhl G.** Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10/DSM-IV. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2000.
  77. **Döpfner M.** Hyperkinetische Störungen. In: **Esser G. (Hrsg.):** Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, 2. Aufl. Stuttgart: Thieme, 2003. S.172-95.
  78. **Döpfner M, Lehmkuhl G, Steinhausen HC.** KIDS 1: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen. (in Vorbereitung). Göttingen: Hogrefe.
  79. **Döpfner M, Görtz A.** KIDS 2: Agressiv-dissoziale Störungen. (in Vorbereitung). Göttingen: Hogrefe.
  80. **Duggan A, Windham A, McFarlane E, Fuddy L, Rohde C, Buchbinder S, Sia C.** Hawaii's healthy start program of home visiting for at-risk families: Evaluation of family identification, family engagement, and service delivery. *Pediatrics* 2000; 105: 250-9.
  81. **Duggan AK, McFarlane EC, Windham AM, Rohde CA, Salkever DS, Fuddy L, Rosenberg LA, Buchbinder SB, Sia CC.** Evaluation of Hawaii's Healthy Start Program. *Future Child* 1999; 9 (1): 66-90.
  82. **Egan TG, Monaghan SM, Muir RC, Gilmore RJ, Clarkson JE, Crooks TJ.** Prenatal screening of pregnant mothers for parenting difficulties: final results from the Queen Mary Child Care Unit. *Social science & medicine* (1982) 1990; 30 (3): 289-95.
  83. **Elkan R, Kendrick D, Hewitt M, Robinson JJ, Tolley K, Blair M, Dewey M, Williams D, Brummell K.** The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technol Assess* 2000; 4 (13): i-339.
  84. **Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S.** Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *Lancet* 2000; 356 (9232): 814-9.
  85. **Esser G, Wyschkon A, Schmidt MH.** Was wird aus Achtjährigen mit einer Lese- und Rechtschreibstörung - Ergebnisse im Alter von 25 Jahren. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 2002; 31 235-42.
  86. **Esser G, Ihle W, Schmidt MH, Blanz B.** Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2000; 29 (4): 276-83.
  87. **Esser G, Schmidt MH, Woerner W.** Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children—results of a longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry* 1990; 31 (2): 243-63.
  88. **Esser G.** Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. 2. aktualis. Aufl. Stuttgart: Thieme, 2003.
  89. **Fanslow J, New Zealand Family Violence Clearinghouse (NZFVC).** Family Violence Intervention Guidelines: Child and Partner Abuse. Stand 2002.  
<http://www.nzfvc.org.nz/PublicationDetails.aspx?publication=2064>, Zugriff am 19.07.2006.
  90. **Farmer EM, Compton SN, Bums BJ, Robertson E.** Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: externalizing disorders. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70 (6): 1267-302.

- 
91. **Fegert JM, Schrapper ChHg.** Handbuch Jugendhilfe- Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim (u a ): Juventa, 2004.
  92. **Fegert JM, Tiedtke K, Frank R.** Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch. In: **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychotherapie u.a. (Hrsg.):** Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/028-034.htm>, 2003.
  93. **Fehlings DL, Roberts W, Humphries T, Dawe G.** Attention deficit hyperactivity disorder: does cognitive behavioral therapy improve home behavior? J Dev Behav Pediatr 1991; 12 (4): 223-8.
  94. **Feinstein C, Reiss AL.** Psychiatric disorder in mentally retarded children and adolescents: The challenges of meaningful diagnosis. Ment Retard 1996; 5 827-52.
  95. **Fergusson DM, Grant H, Horwood LJ, Ridder EM.** Randomized trial of the early start program of home visitation. Pediatrics 2005; 116 (N6): E803-E809.
  96. **Fischer M, Barkley RA, Smallish L, Fletcher K.** Executive functioning in hyperactive children as young adults: attention, inhibition, response perseveration, and the impact of comorbidity. Dev Neuropsychol 2005; 27 (1): 107-33.
  97. **Fonagy P, Target M.** Attachment and reflective function: their role in self-organization. Dev Psychopathol 1997; 9 (4): 679-700.
  98. **Ford T, Goodman R, Meltzer H.** The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003; 42 (10): 1203-11.
  99. **Frank R, Räder K.** Früherkennung und Intervention bei Kindesmisshandlung. Forschungsbericht. München, 1994.
  100. **Frank R.** Kinderärztlich/Kinderpsychiatrische Untersuchungen an mißhandelten und vernachlässigten Kindern und deren Familien: Eine prospektive Untersuchung an einer Kinderklinik. München: Ludwig-Maximilians Univ., Habil.–Schr., 1994.
  101. **Frank R.** Vernachlässigung im Säuglings- und kleinkindalter aus ärztlicher Sicht. In: **Ziegenhain U., Fegert J.M. (Hrsg.):** Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung: mit 2 Tabellen. München (u.a.): E. Reinhardt, 2007. S. 84-93. (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär ; Bd. 13).
  102. **Fraser JA, Armstrong KL, Morris JP, Dadds MR.** Home visiting intervention for vulnerable families with newborns: Follow-up results of a randomized controlled trial. Child abuse & neglect 2000; 24: 1399-429.
  103. **Friedman SB, Morse CW.** Child abuse: a five-year follow-up of early case finding in the emergency department. Pediatrics 1974; 54 (4): 404-10.
  104. **Gagnon AJ, Barkun L.** Postnatal parental education for improving family health. Cochrane Database Syst Rev 2003; 1: CD004068.
  105. **Geeraert L, Van den NW, Grietens H, Onghena P.** The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: a meta-analysis. Child Maltreat 2004; 9 (3): 277-91.
  106. **Gomby DS, Culross PL, Behrman RE.** Home visiting: recent program evaluations--analysis and recommendations. Future Child 1999; 9 (1): 4-223.
  107. **Goodman R, Ford T, Corbin T, Meltzer H.** Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004; 13 Suppl 2: II25-II31.
  108. **Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H.** Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. Br J Psychiatry 2000; 177: 534-9.

109. **Goodman R, Scott S.** Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *J Abnorm Child Psychol* 1999; 27 (1): 17-24.
110. **Goodman R.** The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38 (5): 581-6.
111. **Gordon RR.** Predicting child abuse. *Br Med J* 1977; 1 (6064): 841.
112. **Graetz BW, Sawyer MG, Hazell PL, Arney F, Baghurst P.** Validity of DSM-IVADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (12): 1410-7.
113. **Gray J, Cutler CA, Dean JG, Kempe CH.** Prediction and prevention of child abuse and neglect. *Journal of Social Issues* 1979; 35 (2): 127-39.
114. **Gray JD, Cutler CA, Dean JG, Kempe CH.** Prediction and prevention of child abuse. *Semin Perinatol* 1979; 3 (1): 85-90.
115. **Grietens H, Geeraert L, Hellinckx W.** A scale for home visiting nurses to identify risks of physical abuse and neglect among mothers with newborn infants. *Child Abuse Negl* 2004; 28 (3): 321-37.
116. **Grimm H, Aktas M, Kießig U.** Sprachscreening für das Vorschulalter (SSV). 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2003.
117. **Grissemann H.** Psycholinguistische Lese-Rechtschreibförderung. Eine Arbeitsmappe zum klinisch sonderpädagogischen Einsatz. Bern: Huber, 1998.
118. **Grissemann H.** Züricher Lesetest (ZLT). Förderdiagnostik bei gestörtem Schriftspracherwerb. Bern: Huber, 1996.
119. **Guterman NB.** Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the "universal versus targeted" debate: a meta-analysis of population-based and screening-based programs. *Child Abuse Negl* 1999; 23 (9): 863-90.
120. **Haffner J, Zerahn-Hartung C, Pfuller U, Parzer P, Strehlow U, Resch F.** Auswirkungen und Bedeutung spezifischer Rechtschreibprobleme bei jungen Erwachsenen—empirische Befunde in einer epidemiologischen Stichprobe. [Effects and significance of specific spelling problems in young adults—empirical studies in an epidemiologic patient sample]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 1998; 26 (2): 124-35.
121. **Hahn RA, Bilukha OO, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki EK, Snyder S, Tuma F, Schofield A, Corso PS, Briss P.** First reports evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: early childhood home visitation. *MMWR Recomm Rep* 2003; 52 ((RR-14)): 1-9.
122. **Hampel P, Desman C, Petermann F, Roos T, Siekmann K.** [Multimodal therapy of children with attention deficit/hyperactivity disorder and their parents in in-patient rehabilitation] Multimodales Therapiekonzept für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen und deren Begleitperson in der stationären Rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttg)* 2006; 45 (1): 52-9.
123. **Herman SP.** Practice parameters for child custody evaluation. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36 (10 Suppl): 57S-68S.
124. **Higgins LP, Hawkins JW.** Screening for abuse during pregnancy: implementing a multisite program. *MCN The American journal of maternal child nursing* 2005; 30 (2): 109-14.
125. **Hill LG, Coie JD, Lochman JE, Greenberg MT.** Effectiveness of early screening for externalizing problems: issues of screening accuracy and utility. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72 (5): 809-20.
126. **Holter JC, Friedman SB.** Child abuse: early case finding in the emergency department. *Pediatrics* 1968; 42 (1): 128-38.

127. **Hunter RS, Kilstrom N, Kraybill EN, Loda F.** Antecedents of child abuse and neglect in premature infants: a prospective study in a newborn intensive care unit. *Pediatrics* 1978; 61 (4): 629-35.
128. **Ihle W, Esser G, Laucht M, Schmidt MH.** Depressive Störungen und aggressiv-dissoziale Störungen im Kindes- und Jugendalter. Prävalenz, Verlauf und Risikofaktoren. [Depressive disorders and conduct disorders in childhood and adolescence. Prevalence, course, and risk factors]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2004; 47 (8): 728-35.
129. **Ihle W, Esser G, Schmidt MH, Blanz B.** Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung* 2002; 11 (4): 201-11.
130. **Ihle W, Esser G, Schmidt MH, Blanz B.** Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede psychischer Störungen vom Grundschul- bis ins frühe Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2000; 29 (4): 263-75.
131. **Jansen H, Mannhaupt G, Marx H, Skowronek H.** Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese- Rechtschreibschwierigkeiten (BISC). 2. überarb. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2002.
132. **Jordan E.** Qualifiziertes Erkennen und Beurteilen - vom Aktenvermerk zum qualifizierten Beobachtungskatalog. In: **Deegener G, Körner W:** Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe, 2005. S. 485-510.
133. **Kaufmann AS, Kaufmann NL, Melchers P, Preuß U.** Kaufman assessment battery for children (K-ABC). Deutsche Version. 6. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2001.
134. **Kellogg N.** The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* 2005; 116 (2): 506-12.
135. **Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D.** Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull* 1993; 113 (1): 164-80.
136. **Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robinson J, Williams D, Brummell K.** Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Arch Dis Child* 2000; 82 (6): 443-51.
137. **Kindler H, Lillig S, Blüml HHg.** Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §1666 BGB und Allgemeiner sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut, 2006 .
138. **Kindler H.** Partnerschaftsgewalt und Kindeswohl. Eine meta-analytisch orientierte Zusammenschau und Diskussion der Effekte von Partnerschaftsgewalt auf die Entwicklung von Kindern: Folgerungen für die Praxis. München: Deutsches Jugendinstitut (DJI), 2002 .
139. **Klasen H, Woerner W, Rothenberger A, Goodman R.** Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu)–Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. [German version of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ-German)–overview and evaluation of initial validation and normative results]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2003; 52 (7): 491-502.
140. **Klasen H, Woerner W, Wolke D, Meyer R, Overmeyer S, Kaschnitz W, Rothenberger A, Goodman R.** Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2000; 9 (4): 271-6.
141. **Klingholz R.** Mitteilung gegenüber dem ZDF am 15.03.2006. [www.zdf.de/ZDFheute/inhalt/11/0,3672,3911915,00.html](http://www.zdf.de/ZDFheute/inhalt/11/0,3672,3911915,00.html), 2006 .
142. **Klocke A.** Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2001.
143. **Koch E, Schepker R, Taneli SHg.** Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft. Deutsch- Türkische Perspektiven. Freiburg: Lambertus-Verlag, 2000.



144. **Kopecky-Wenzel M, Frick U, Frank R.** Leitfaden für Kinderarztpraxen in Bayern: Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Evaluation, Teil 2: Einstellungen der Ärzte und Bedarf an Unterstützung bei der Anwendung. *Kinderarztl Prax* 2002; 6 394-403.
145. **Korfmacher J.** The Kempe Family Stress Inventory: a review. *Child Abuse Negl* 2000; 24 (1): 129-40.
146. **Küspert P, Schneider W.** Hören, lauschen, lernen, Sprachspiele für Kinder im Vorschulalter. Würzburger Trainingsprogramm zur Vorbereitung auf den Erwerb der Schriftsprache. 2. Aufl. Göttingen Vandenhoeck + Ruprecht, 2000.
147. **Kwasnik-Krawczyk A.** Pediatric health supervision: Birth to age two. *Medical Update for Psychiatrists* 1998; 3 (2): 34-40.
148. **Larson CP, Collet JP, Hanley JA.** The predictive accuracy of prenatal and postpartum high risk identification. *Canadian journal of public health Revue canadienne de santé publique* 1987; 78 (3): 188-92.
149. **Laucht M, Esser G, Baving L, Gerhold M, Hoesch I, Ihle W, Steigleider P, Stock B, Stoehr RM, Weindrich D, Schmidt MH.** Behavioral sequelae of perinatal insults and early family adversity at 8 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39 (10): 1229-37.
150. **Laucht M, Esser G, Schmidt MH.** Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit: Untersuchungen zur Entwicklungspsychopathologie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2000; 29 (4): 284-92.
151. **Laucht M, Esser G, Schmidt MH.** Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2000; 29 (4): 246-62.
152. **Laucht M, Esser G, Schmidt MH, Ihle W, Löffler W, Stohr RM, Weindrich D, Weinel H.** "Risikokinder": Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren. ["Risk children": the importance of biological and psychosocial risks for child development in the first two years of life]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1992; 41 (8): 274-85.
153. **Lauth GW, Naumann K, Roggenkamper A, Heine A.** Verhaltensmedizinische Indikation und Evaluation einer kognitiv-behavioralen Therapie mit aufmerksamkeitsgestörten/hyperaktiven Kindern. [Behavior medicine indications and evaluation of cognitive-behavioral therapy with attention-deficit/hyperkinetic children]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 1996; 24 (3): 164-75.
154. **Layzer J, Goodson B, Bernstein L, Price C.** National Evaluation of Family Support Programs. Final Report Vol. A: A Meta-Analysis. Washington: DHHS, 2001.
155. **Lealman GT, Haigh D, Phillips JM, Stone J, Ord-Smith C.** Prediction and prevention of child abuse—an empty hope? *Lancet* 1983; 1 (8339): 1423-4.
156. **Lenz A.** Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe, 2005.
157. **Lothe L.** Cowmilk-intolerance in colicky infants. *J Pediatr* 1989; 115 (bibliographisch nicht nachweisbar).
158. **Lutha SS, Cicchetti D.** The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Dev Psychopathol* 2000; 12 (4): 857-85.
159. **Luthar SS, Cicchetti D, Becker B.** The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev* 2000; 71 (3): 543-62.
160. **MacLeod J, Nelson G.** Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse Negl* 2000; 24 (9): 1127-49.

161. **MacMillan HL.** Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *CMAJ* 2000; 163 (11): 1451-8.
162. **MacMillan HL, Fleming JE, Trocme N, Boyle MH, Wong M, Racine YA, Beardslee WR, Offord DR.** Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. *JAMA* 1997; 278 (2): 131-5.
163. **MacMillan HL, MacMillan JH, Offord DR.** Periodic health examination, 1993 update: 1. Primary prevention of child maltreatment. The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *CMAJ* 1993; 148 (2): 151-63.
164. **Marcenko MO, Spence M.** Home visitation services for at-risk pregnant and postpartum women: a randomized trial. *Am J Orthopsychiatry* 1994; 64 (3): 468-78.
165. **Margolin G, Gordis EB.** The effects of family and community violence on children. *Annu Rev Psychol* 2000; 51: 445-79.
166. **Martin Z.** Misshandlung und Vernachlässigung durch süchtige Eltern. In: **Deegener G., Körner W. (Hrsg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung.** Göttingen: Hogrefe, 2005.
167. **Marx H, Jansen H, Skowronek H.** Prognostische, differentielle und konkurente Validität des Bielefelder Screenings zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten. (BISC). Göttingen: Hogrefe, 2000.
168. **Mattejat F.** Evidenzbasierte Prinzipien und Grundkomponenten familientherapeutischer Interventionen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung* 2005; 14 (1): 3-11.
169. **Mattejat F, Wuthrich C, Remschmidt H.** Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. [Children of mentally ill parents. Research perspectives exemplified by children of depressed parents]. *Nervenarzt* 2000; 71 (3): 164-72.
170. **McGlinchey A, Keenan M, Dillenburger K.** Outline for the development of a screening procedure for children who have been sexually abused. *Research on Social Work Practice* 2000; 10 (6): 721-47.
171. **McGrath AM, Handwerk ML, Armstrong KJ, Lucas CP, Friman PC .** The validity of the ADHD section of the Diagnostic Interview Schedule for Children. *Behav Modif* 2004; 28 (3): 349-74.
172. **McLean LM, Gallop R.** Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160 (2): 369-71.
173. **McMahon PM, Puett RC.** Child sexual abuse as a public health issue: recommendations of an expert panel. *Sex Abuse* 1999; 11 (4): 257-66.
174. **Melchers P, Floß S, Brandt I, Eßer KJ, Lehmkuhl G, Rauh H, Sticker E.** EVU: Erweiterte Vorsorgeuntersuchung- Kinderärzte. <http://www.pits-online.nl/de/EVU.html>, 2003.
175. **Mersmann H.** Gesundheit von Schulanfängern- Auswirkungen sozialer Benachteiligung. In: **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.)** Gesundheit von Kindern - Epidemiologische Grundlagen. Köln: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 1998.
176. **Miller AR, Barr RG.** Infantile colic. Is it a gut issue? *Pediatr Clin North Am* 1991; 38 (6): 1407-23.
177. **Milner JS, Gold RG, Ayoub C, Jacewitz MM.** Predictive validity of the child abuse potential inventory. *J Consult Clin Psychol* 1984; 52 (5): 879-84.
178. **Ministerium für Frauen JFuGdLN-WH.** Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf, 2000.
179. **Muir RC, Monaghan SM, Gilmore RJ, Clarkson JE, Crooks TJ, Egan TG.** Predicting child abuse and neglect in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry* 1989; 23 (2): 255-60.

180. **Mulder EJ, Robles de Medina PG, Huizink AC, Van den Bergh BR, Buitelaar JK, Visser GH.** Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Hum Dev* 2002; 70 (1-2): 3-14.
181. **Murphy S, Orkow B, Nicola RM.** Prenatal prediction of child abuse and neglect: a prospective study. *Child Abuse Negl* 1985; 9 (2): 225-35.
182. **Murry SK, Baker AW, Lewin L.** Screening families with young children for child maltreatment potential. *Pediatr Nurs* 2000; 26 (1): 47-54, 65.
183. **Müller R.** Diagnostische Rechtschreibetests für 1. Klassen (DRT 1). 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2003.
184. **Müller R.** Diagnostische Rechtschreibetests für 2. Klassen (DRT 2). 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2003.
185. **Myers JEB, Briere J, Berliner L, Hendrix T, Reid T.** APSAC Handbook on child maltreatment. 2nd Ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2002.
186. **Nagata M, Nagai Y, Sobajima H, Ando T, Honjo S.** Depression in the mother and maternal attachment—results from a follow-up study at 1 year postpartum. *Psychopathology* 2003; 36 (3): 142-51.
187. **National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information.** Child abuse and neglect fatalities: statistics and interventions. Washington: The children's Bureau, Administration for Children and Families, U S Department of Health and Human Services, 2004.
188. **National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).** Suspected child abuse. In **Development Januar 2008** . <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=guidelines.inprogress>, Zugriff am 08.08.2006.
189. **Nelson H, Nygren P, McInerney Y, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).** Screening for family and intimate partner violence. 2004; S. i-viii, 1-76.
190. **Neuhäuser G, Steinhausen HCHg.** Geistige Behinderung. Grundlagen, Klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation, 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, 2003.
191. **Newcorn JH, Spencer TJ, Biederman J, Milton DR, Michelson D.** Atomoxetine treatment in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44 (3): 240-8.
192. **Niedersächsisches Ministerium für Frauen AuS.** Niedersächsischer Kinder- und Jugend-Gesundheitsbericht. Hannover, 2002.
193. **Nixon RD, Sweeney L, Erickson DB, Touyz SW.** Parent-child interaction therapy: a comparison of standard and abbreviated treatments for oppositional defiant preschoolers. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71 (2): 251-60.
194. **Nygren P, Nelson HD, Klein J.** Screening children for family violence: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med* 2004; 2 (2): 161-9.
195. **Olson RJ.** Index of suspicion: screening for child abusers. *The American journal of nursing* 1976; 76 (1): 108-10.
196. **Pachner JM, Strassburg HMM.** Der unruhige Säugling: Tabellen. Lübeck: Hansisches Verl -Kontor, 1990 (Fortschritt der Sozialpädiatrie, 13) .
197. **Papousek M, von Hofacker N.** Störungen der frühen Eltern-Kind-Beziehung. In: **Creutzig U., Kiess W., Koletzko B., Reinhardt D. (Hrsg.):** Leitlinie Kinderheilkunde und Jugendmedizin. München: Urban & Fischer, 2002.
198. **Parkinson GW, Adams RC, Emerling FG.** Maternal domestic violence screening in an office-based pediatric practice. *Pediatrics* 2001; 108 (3): E43.

199. **Petermann F.** Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Bestandsaufnahme. *Kindheit und Entwicklung* 2005; 14 (1): 48-57.
200. **Peters R, Barlow J.** Systematic review of instruments designed to predict child maltreatment during the antenatal and postnatal periods. *Child Abuse Review* 2003; 12 (6): 416-39.
201. **Phillips JM, Kwon H, Feinstein C, Spitzcok von Brisinski I.** Geistige Behinderung. In: **G. Lehmkuhl, F. Poustka, H. Steiner (Hrsg.):** Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. (im Druck). Göttingen: Hogrefe.
202. **Pikler E.** Friedliche Babys - zufriedene Mütter: pädagogische Ratschläge einer Kinderärztin. 3. Aufl. Freiburg im Breisgau [u a]: Herder, 1987. (Herderbücherei; 947) .
203. **Plume E, Schneider W.** Hören, lauschen, lernen 2. Spiele mit Buchstaben und Lauten für Kinder im Vorschulalter. Das Würzburger Buchstaben-Laut-Training. Göttingen Vandenneck + Ruprecht, 2004.
204. **Raphael-Leff J.** Treatment for perinatal disturbance. *Journal of Child and Adolescent Mental Health* 2003; 15 (1): 49-53.
205. **Raven JC, Bulheller S, Häcker H.** Coloured Progressive Matrices (CPM). 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2002.
206. **Ravens-Sieberer U, Holling H, Bettge S, Wietzker A.** Erfassung von psychischer Gesundheit und Lebensqualität im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey . [Assessment of psychological health and quality of life with The Child and Adolescent Health Survey]. *Gesundheitswesen* 2002; 64 Suppl 1: S30-S35.
207. **Reeker J, Ensing D, Elliott R.** A meta-analytic investigation of group treatment outcomes for sexually abused children. *Child Abuse Negl* 1997; 21 (7): 669-80.
208. **Remschmidt H, Schmidt MH, Poustka F.** Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO, 5. überarb. u. erw. Aufl. Bern: Huber, 2006.
209. **Reuther-Liehr C.** Lautgetreue Rechtschreibförderung. 2. Aufl. Bochum: Winkler, 2001.
210. **Richman N, Stevenson J, Graham P.** Preschool to School: A Behavioural Study. London: Academic Press, 1982.
211. **Robert-Koch-Institut (Hrsg.).** Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI, 2004.
212. **Robert-Koch-Institut (Hrsg.).** Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 4 - Armut bei Kindern und Jugendlichen. Überarb. Neuaufl. Berlin: RKI, 200 .
213. **Robert-Koch-Institut (Hrsg.).** Vorstellung des Moduls "Psychische Gesundheit". *Epidemiologisches Bulletin* 1, 2004. [www.kiggs.de/experten/fachbeitraege/2004/beitrag\\_07/index.html](http://www.kiggs.de/experten/fachbeitraege/2004/beitrag_07/index.html) .
214. **Robert-Koch-Institut (Hg.).** Zur Messung sozialer Ungleichheit. *Epidemiologisches Bulletin* 15, 2004. [www.kiggs.de/experten/fachbeitraege/2004/beitrag\\_10/index.html](http://www.kiggs.de/experten/fachbeitraege/2004/beitrag_10/index.html).
215. **Robins LN, Price RK.** Adult disorders predicted by childhood conduct problems: results from the NIMH Epidemiologic Catchment Area project. *Psychiatry* 1991; 54 (2): 116-32.
216. **Royal College of General Practitioners (RCGP).** Role of Primary Care in the Protection of Children from Abuse and Neglect. Stand 2003. [http://www.rcgp.org.uk/PDF/Corp\\_childprotectionstrategy.pdf](http://www.rcgp.org.uk/PDF/Corp_childprotectionstrategy.pdf), Zugriff am 19.07.2006.
217. **Royal College of Psychiatrists (RCP).** Child abuse and neglect: the role of mental health services. Council Report CR120. Stand: April 2004. <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/collegereports/cr/cr120.aspx>, Zugriff am 19.07.2006.

- 
218. **Royal College of Psychiatrists (RCP), The Association of Forensic Physicans (AFP).** Guidance on Paediatric Forensic Examinations in Relation to Possible Child Sexual Abuse. Stand September 2004. <http://www.afpweb.org.uk/Pages/Publications-Guidelines&Advice.htm>, Zugriff am 19.07.2006.
219. **Sachs-Ericsson N, Blazer D, Plant EA, Arnow B.** Childhood sexual and physical abuse and the 1-year prevalence of medical problems in the National Comorbidity Survey. *Health Psychol* 2005; 24 (1): 32-40.
220. **Sahin ST.** The nurse and the early identification of young children at risk. *Int J Nurs Stud* 1979; 16 (2): 141-9.
221. **Sanders JE, Guthrie KA, Hoffmeister PA, Woolfrey AE, Carpenter PA, Appelbaum FR.** Final adult height of patients who received hematopoietic cell transplantation in childhood. *Blood* 2005; 105 (3): 1348-54.
222. **Sanders MR, Markie-Dadds C, Tully LA, Bor W.** The triple P-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68 (4): 624-40.
223. **Sanders MR.** Triple P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clin Child Fam Psychol Rev* 1999; 2 (2): 71-90.
224. **Sanders MR.** Triple P: Towards an evidence-based population level approach to promoting competent parenting. *Präventionskongress 2005: Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen.* Köln, 2005 .
225. **Sapolsky RM.** Stress and plasticity in the limbic system. *Neurochem Res* 2003; 28 (11): 1735-42.
226. **Sarimski K.** Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2003.
227. **Schaeffer CM, Petras H, Ialongo N, Poduska J, Kellam S.** Modeling growth in boys' aggressive behavior across elementary school: links to later criminal involvement, conduct disorder, and antisocial personality disorder. *Dev Psychol* 2003; 39 (6): 1020-35.
228. **Schepker R, Toker M, Eberding A.** Inanspruchnahmebarrieren in der ambulanten psychosozialen Versorgung von türkischstämmigen Migrantenfamilien aus der Sicht der Betroffenen. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* 1999; 48: 664-76.
229. **Schepker R.** Institutionen auf dem Weg zu intergrierten muttersprachlichen Versorgungsangeboten: die "andere Seite der Inanspruchnahmebarriere". In: **Heise, T. (Hrsg.):** *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland.* Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 2000.
230. **Schmidt MH.** Dissozialität und Aggressivität: Wissen, Handeln und Nichtwissen. [Dyssocial behavior and aggression: knowledge, management and knowledge gaps]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 1998; 26 (1): 53-62.
231. **Schmidt MH, Göpel C.** Risikofaktoren kindlicher Entwicklung und Verlaufsprinzipien kinder- und Jugendpsychiatrischer Erkrankungen. In: **Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A (Hrsg):** *Entwicklungspsychiatrie.* Stuttgart [u.a.]: Schattauer, 2003.
232. **Schneider W, Ennemoser M, Roth E, Kuspert P.** Kindergarten prevention of dyslexia: does training in phonological awareness work for everybody? *J Learn Disabil* 1999; 32 (5): 429-36.
233. **Schuhmann EM, Foote RC, Eyberg SM, Boggs SR, Algina J.** Efficacy of parent-child interaction therapy: interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *J Clin Child Psychol* 1998; 27 (1): 34-45.
234. **Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U.** Gesundheitsberichtserstattung des Bundes: Psychotherapeutische Versorgung. (eingereichtes **Manuskript**). Berlin: Robert-Koch-Institut.
-

- 
235. **Scott S, Spender Q, Doolan M, Jacobs B, Aspland H.** Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *BMJ* 2001; 323 (7306): 194-8.
236. **Searight HR, Rottnek F, Abby SL.** Conduct disorder: diagnosis and treatment in primary care. *Am Fam Physician* 2001; 63 (8): 1579-88.
237. **Serbin LA, Karp J.** The intergenerational transfer of psychosocial risk: mediators of vulnerability and resilience. *Annu Rev Psychol* 2004; 55: 333-63.
238. **Serketich WJ, Dumas JE.** The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy* 1996; 27: 171-86.
239. **Shaw DS, Gilliom M, Ingoldsby EM, Nagin DS.** Trajectories leading to school-age conduct problems. *Dev Psychol* 2003; 39 (2): 189-200.
240. **Skowron E, Reineman DHS.** Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: a meta-analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2005; 42 (1): 52-71.
241. **Smith BH, Waschbusch DA, Willoughby MT, Evans S.** The efficacy, safety, and practicality of treatments for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clin Child Fam Psychol Rev* 2000; 3 (4): 243-67.
242. **Sonuga-Barke EJ, Daley D, Thompson M, Laver-Bradbury C, Weeks A.** Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, controlled trial with a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (4): 402-8.
243. **Southall DP, Samuels MP.** Guidelines for the multi-agency management of patients suspected or at risk of suffering from life-threatening abuse resulting in cyanotic-apnoeic episodes. North Staffordshire Hospital Trust, Staffordshire Social Services and Staffordshire Police. *J Med Ethics* 1996; 22 (1): 16-21.
244. **Spitzcok von Brisinski I.** Psychiatrische Notfälle des Kindes- und Jugendalters. In: **Berzowski H. und Nickel B. (Hrsg.):** Handbuch der Notfalltherapie neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen. Stuttgart: Gustav Fischer, 2002. S.427-58.
245. **Spitzcok von Brisinski I, Gruber T, Hinrichs G, Schaff C.** Sexuell delinquentes Verhalten. In: **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.):** Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (im Druck). 3. überarb. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
246. **Sroufe LA.** Early relationships and the development of children. *INFANT MENTAL HEALTH JOURNAL* 2000; 21: 67-74.
247. **Statistisches Bundesamt.** Kosten 2002 nach Krankheitsklassen und Alter in EUR je Einwohner der jeweiligen Altersgruppe. <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab23.php>.
248. **Strassburg HM, Müller H, Stier R, Metzler C, Warmbrunn D.** Kardiainsuffizienz im Säuglingsalter - klinische und soziale Aspekte. *Sozialpädiat Prax Klein* 1990; 12: 43-7.
249. **Strassburg HM, Haug-Schnabel G, Müller H.** The crying infant - an interdisciplinary approach. *E Child Dev Care* 1990; 65: 153-66.
250. **Strassburg HM, Müller H, Greiner P.** Chronische Unruhe und gastro-ösophagealer Reflux beim Säugling. *Pädiat Prax* 1988; 37: 1-9.
251. **Straus MA, Hamby SL, Finkelhor D, Moore DW, Runyan D.** Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child abuse & neglect* 1998; 22 (4): 249-70.
252. **Sweet MA, Appelbaum MI.** Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Dev* 2004; 75 (5): 1435-56.
-

253. **Techniker Krankenkasse (Hrsg.)**. Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten bei Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen. Band 8. Hamburg, 2005.
254. **Tewes UP, Schallberger U**. Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder III. (HAWIK III). 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2000.
255. **The National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA)**. Accuracy of screening procedures for non-accidental injury in children: systematic review and modelling of clinical effectiveness - Secondary Research. **In Progress**. <http://www.ncchta.org/project/1413.asp>, Zugriff am 08.08.2006.
256. **Thomas JN, Rogers CM**. Sexual abuse of children: case finding and clinical assessment. *The Nursing clinics of North America* 1981; 16 (1): 179-88.
257. **Treem WR**. Infant colic. A pediatric gastroenterologist's perspective. *Pediatr Clin North Am* 1994; 41 (5): 1121-38.
258. **Tuteur J, Ewigman BE, Peterson L, Hosokawa MC**. The maternal-observation-matrix and the mother-child-interaction-scale-brief observational screening instruments for physically abusive mothers. *J Clin Child Psychol* 1995; 24 (N1): 55-62.
259. **U.S.Preventive Services Task Force (USPSTF)**. Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. *Ann Intern Med* 2004; 140 (5): 382-6.
260. **U.S.Preventive Services Task Force (USPSTF)**. Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. *Ann Fam Med* 2004; 2 (2): 156-60.
261. **Vandenplas Y, Sacre-Smits L**. Gastro-oesophageal reflux in infants. Evaluation of treatment by pH monitoring. *Eur J Pediatr* 1987; 146 (5): 504-7.
262. **Verhulst FC**. A review of community studies. In: **Verhulst FC; Koot HM (Hrsg.)**: The epidemiology of child and adolescent psychopathology. Oxford: Oxford University Press, 1995. S. 146-77.
263. **Vogeltanz ND, Wilsnack SC, Harris TR, Wilsnack RW, Wonderlich SA, Kristjanson AF**. Prevalence and risk factors for childhood sexual abuse in women: national survey findings. *Child Abuse Negl* 1999; 23 (6): 579-92.
264. **von dem Knesebeck M, Fillinger U, Koch U, Pawils S, Busche W**. Eltern-Ordner "Gesund groß werden" zum Früherkennungsprogramm für Kinder U1-U9 und J1. Präventionskongress 2005: Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen - Stärkung der Erziehungskompetenz. Köln, 2005.
265. **von Hofacker NM, Papousek M, Jacubeit T, Malinowski M**. Rätsel der Säuglingskoliken: Ergebnisse, Erfahrungen und therapeutische Interventionen aus der "Münchener Sprechstunde für Schreibabies". *Monatsschrift Kinderheilkunde* 1999; 147 (3): 244-53.
266. **Von Kries R**. Früherkennung: Welche Erkrankungen sind Screening-würdig? *MedReport* 2005; 29 (26): 7.
267. **Waller MA**. Resilience in ecosystemic context: evolution of the concept. *Am J Orthopsychiatry* 2001; 71 (3): 290-7.
268. **Warnke A, Hemminger U, Plume E**. Lese-Rechtschreibstörungen. Göttingen: Hogrefe, 2004.
269. **Weiland SK, Pless IB, Roghmann KJ**. Chronic illness and mental health problems in pediatric practice: results from a survey of primary care providers. *Pediatrics* 1992; 89 (3): 445-9.
270. **Wetzels P**. Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit - Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie für die BRD. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, 1997.

271. **Whalen CK.** ADHD treatment in the 21st century: pushing the envelope. *J Clin Child Psychol* 2001; 30 (1): 136-40.
272. **Wherry JN, Jolly JB, Feldman J, Adam B.** The Child Dissociative Checklist: Preliminary findings of a screening measure. *Journal of Child Sexual Abuse* 1994; 3 (3): 51-66.
273. **Wolchik SA, Sandler IN, Millsap RE, Plummer BA, Greene SM, Anderson ER, wson-McClure SR, Hipke K, Haine RA.** Six-year follow-up of preventive interventions for children of divorce: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288 (15): 1874-81.
274. **Wolff Metternich T, Plück J, Wieczorrek E, Freund-Braier I, Hautmann C, Brix Geal.** PEP - Ein Präventionsprogramm für drei- bis sechsjährige Kinder mit expansivem Problemverhalten. *Kindheit und Entwicklung* 2002; 11 (2): 98-106.
275. **Wolke D, Rizzo P, Woods S.** Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. *Pediatrics* 2002; 109 (6): 1054-60.
276. **World Health Organisation (WHO) (Ed).** World report on violence and health. Genf: World Health Organisation, 2002.
277. **Wu SS, Ma CX, Carter RL, Ariet M, Feaver EA, Resnick MB, Roth J.** Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. *Child Abuse Negl* 2004; 28 (12): 1253-64.
278. **ZERO TO THREE (Hrsg.).** Diagnostic classification of mental health and developmental disorders in infancy and early childhood. rev. ed. Washington, DC: ZERO TO THREE Press, 2005.
279. **Ziegenhain U, Muller B, Rauh H.** Frühe Bindungserfahrungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kleinkindern in einer sozialen und kognitiven Anforderungssituation. [Early attachment experiences and behavioral problems in young children in a social and cognitive test situation]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1996; 45 (3-4): 95-102.
280. **Zwi KJ, Woolfenden SR, Wheeler DM, O'Brien TA, Tait P, Williams KW.** School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 4.