



## **Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg**

Leitlinien zur einheitlichen Durchführung  
und Dokumentation der kinder- und  
jugendärztlichen Untersuchungen

## **Impressum**

### **Herausgeber:**

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz  
Henning-von-Tresckow-Straße 2-13  
14467 Potsdam

### **Redaktion:**

Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit  
Abteilung Gesundheit  
Dezernat G2 Öffentlicher Gesundheitsdienst, Infektionsschutz und Gesundheitsberichterstattung  
Dr. Sascha Jatzkowski, Dr. Kristin Mühlenbruch, Berit Gundermann, Elisa Hoffmann, Daria Kuhn, Laura Ernst  
Großbeerenstraße 181-183  
14482 Potsdam  
Tel. 0331-8686801  
E-Mail: g2@lavg.brandenburg.de

### **Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz**

#### **Leitung:**

Dr. Widders, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz

#### **Mitglieder:**

Claudia Erdmann, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz  
Michaela Beck, Gesundheitsamt Märkisch-Oderland  
Dr. Kirsten Berg, Gesundheitsamt Havelland  
Dr. Heike Greese, Gesundheitsamt Ostprignitz-Ruppin  
Dr. Andrea Herpolsheimer, Gesundheitsamt Cottbus  
Monika Neumann, Gesundheitsamt Oberhavel  
Simone Noll, Gesundheitsamt Brandenburg a. d. Havel  
Steffi Ledwon, Gesundheitsamt Märkisch-Oderland  
Dr. Judith Freytag, Gesundheitsamt Potsdam  
Fr. Zahn-Tesch, Gesundheitsamt Potsdam - Mittelmark  
Dr. Birgit Sonntag, Gesundheitsamt Dahme-Spreewald  
Inna Sperling, Gesundheitsamt Oberspreewald –Lausitz  
Fr. Walkemeyer, Gesundheitsamt Barnim  
Fr. Humberdros, Gesundheitsamt Uckermark  
LAVG, Abteilung Gesundheit, Dezernat G2 Öffentlicher Gesundheitsdienst, Infektionsschutz und Gesundheitsberichterstattung  
Computer Zentrum Strausberg GmbH  
easy-soft GmbH Dresden

Den Fachausschuss haben folgende Fachexpertinnen und Fachexperten unterstützt:  
Prof. Dr. Urs Granacher, Universität Potsdam

# Vorwort

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist ein unverzichtbarer Teil des modernen Sozialstaates. Er ist neben der ambulanten und stationären Versorgung Basis des Gesundheitswesens. Ziel des ÖGD ist es, insbesondere durch fachliche Beratung und Aufklärung auf gesunde und gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse und gleiche Gesundheitschancen für alle Menschen hinzuwirken. Er nimmt im Rahmen der Daseinsvorsorge öffentliche Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung wahr und spielt eine wichtige Rolle in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Neben dem Infektionsschutz, der hygienischen Überwachung, dem amtsärztlichen sowie dem sozialpsychiatrischen Dienst ist der Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als bedeutsame Aufgabe des ÖGD zu nennen. Diese werden neben den Zahnärztlichen Diensten vor allem von den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten wahrgenommen.

Die Aufgabe der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD) der Landkreise und kreisfreien Städte ist es, die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zu schützen, Gesundheitsgefährdungen frühzeitig zu erkennen und so negative Folgen abzumildern bzw. gänzlich zu vermeiden. Das Hauptaugenmerk liegt demnach auf der Prävention von Erkrankungen und Störungen bzw. deren Folgen. Hierfür werden durch die KJGD regelhaft alle Kinder bzw. Jugendliche des Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt untersucht.

Folgende Untersuchungen werden durchgeführt:

- Untersuchungen der 30 bis 42 Monate alten Kleinkinder (die sog. Kita-Untersuchungen)
- Schuleingangsuntersuchungen
- Untersuchung der Schulquereinsteigenden
- Schulreihenuntersuchungen der Klassenstufen 6 und 10
- Schulabgangsuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz

Um die Qualität und Einheitlichkeit dieser Untersuchungen, welche durch die KJGD der Landkreise und kreisfreien Städte in Eigenverantwortung durchgeführt werden, zu gewährleisten, wurde dieses Handbuch etabliert und seither regelmäßig aktualisiert.

Es dient zum Einen der Erläuterung der Aufgaben im KJGD, als auch als Handreichung für die Untersuchenden, damit beim Ablauf der Untersuchungen, der Befundung, den daraus resultierenden Maßnahmen sowie bei der Dokumentation für die Gesundheitsberichterstattung nach einem einheitlichen Standard vorgegangen wird. Dies soll landesweit eine hohe Qualität der Untersuchungen sicherstellen und eine Vergleichbarkeit zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten gewährleisten.

Das Ziel der aktuellen Überarbeitung ist es, das Arbeiten mit dem Handbuch im Sinne der Untersuchungsdurchführung sowie der damit verbundenen Dokumentation deutlich zu vereinfachen. Hierfür wurden alle Kapitel und zugehörigen Dokumente evaluiert, neu strukturiert und grundlegend inhaltlich überarbeitet.

Das Handbuch und auch die aktuelle Überarbeitung ist in Kooperation mit den Ärztinnen und Ärzten des KJGD aus den Gesundheitsämtern gemeinsam mit den Vertreterinnen und Vertretern des Referats 43 im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz (MSGIV) sowie der Abteilung Gesundheit im Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) im Rahmen des Fachausschuss KJGD entstanden.

Unser Dank gilt allen, die an der aktuellen Überarbeitung beteiligt waren, sowie allen, die bereits in der Zeit vorher am Handbuch mitgearbeitet haben.

Isabel Gerberich  
Leitung Abteilung Gesundheit im LAVG

Dr. Ulrich Widders  
Leitung Referat 43 im MSGIV



# Inhalt

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>I</b>  | <b>Kinder- und Jugendärztliche Untersuchungen.....</b>                     | <b>9</b>  |
| 1.        | Ziele und Aufgaben.....  | 9         |
| 2.        | Gesetzliche Grundlagen.....  | 10        |
| 3.        | Informationen und Empfehlungen zu den Untersuchungen des KJGD.....         | 13        |
| 3.1       | KITA-Untersuchungen.....   | 13        |
| 3.2       | Schuleingangsuntersuchung.....   | 13        |
| 3.3       | Schulquereinsteigende.....   | 14        |
| 3.4       | Schulreihenuntersuchungen Klasse 6.....                                    | 14        |
| 3.5       | Schulabgangsuntersuchung.....  | 14        |
| 3.6       | Schulreihenuntersuchungen Klasse 10.....                                   | 15        |
| 3.7       | Betreuungscontrolling für Kinder bis zur Einschulung.....                  | 15        |
| <b>II</b> | <b>Funktionsdiagnostische Befunde - Befundkapitel.....</b>                 | <b>16</b> |
|           | Das Diagnostiksystem.....  | 16        |
|           | Übersicht der Funktionsdiagnostischen Befunde.....                         | 17        |
| 1.        | Haut.....  | 22        |
| 1.1       | Allergische Kontaktdermatitis.....   | 22        |
| 1.2       | Acne juvenilis.....  | 23        |
| 1.3       | Nävi.....  | 24        |
| 2.        | Nerven und Psyche.....   | 25        |
| 2.1       | Epilepsie.....   | 25        |
| 2.2       | Aufmerksamkeitsdefizitstörungen und Hyperaktivitätsstörung (ADS/ADHS)..... | 27        |
| 2.3       | Intelligenzminderung.....  | 29        |
| 2.4       | Emotionale/soziale Störungen.....  | 30        |
| 2.5       | Sprach- und Sprechstörungen.....   | 32        |
| 2.6       | Visuelle Wahrnehmungsstörungen.....  | 34        |
| 2.7       | Allgemeine Entwicklungsstörung.....  | 35        |
| 2.8       | Schulische Vorläuferfähigkeiten.....                                       | 37        |
| 2.9       | Harninkontinenz.....   | 38        |
| 3.        | Sinnesorgane.....  | 39        |
| 3.1       | Sehfehler.....   | 39        |
| 3.2       | Hörstörungen.....  | 41        |
| 4.        | Allergische Erkrankungen.....  | 43        |
| 4.1       | Allergische Rhinitis/Konjunktivitis.....                                   | 43        |
| 4.2       | Asthma bronchiale.....   | 45        |
| 4.3       | Atopische Dermatitis.....  | 47        |

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 4.4 | Nahrungsmittelunverträglichkeit .....                           | 49 |
| 5.  | Herz und Kreislauf.....   | 51 |
| 5.1 | Kontrollbedürftiger Blutdruck.....                              | 51 |
| 6.  | Urogenitales System.....  | 52 |
| 6.1 | Erkrankungen der Nieren und Harnwege.....                       | 52 |
| 6.2 | Lageanomalie des Hodens.....                                    | 54 |
| 7.  | Stütz- und Bewegungsapparat.....                                | 55 |
| 7.1 | Fehlstellungen von Thorax, Wirbelsäule und Schultergürtel ..... | 55 |
| 7.2 | Störung der Beckenstatik/Beinlängendifferenz.....               | 57 |
| 7.3 | Störung der Funktion des Knies .....                            | 58 |
| 7.4 | Störung der Fußstatik.....                                      | 60 |
| 7.5 | Bewegungsstörungen/grobmotorische Störungen .....               | 61 |
| 7.6 | Störungen der Fein- bzw. Visuomotorik .....                     | 63 |
| 8.  | Endokrines System .....   | 64 |
| 8.1 | Schilddrüsenfunktionsstörungen .....                            | 64 |
| 8.2 | Kleinwuchs .....  | 66 |
| 8.3 | Hochwuchs.....  | 67 |
| 9.  | Organübergreifende Befunde.....                                 | 68 |
| 9.1 | Übergewicht und Adipositas.....                                 | 68 |
| 9.2 | Untergewicht und extremes Untergewicht.....                     | 69 |
| 10. | Weitere Erkrankungen.....                                       | 70 |

### **III Erläuterungen zu den durchzuführenden Tests .....71**

|     |                                       |    |
|-----|---------------------------------------|----|
| 1.  | KITA-Untersuchung.....                | 71 |
| 1.1 | Grobmotorik.....                      | 72 |
| 1.2 | Fein- und Visuomotorik .....          | 75 |
| 1.3 | Sprache und Sprechen.....             | 78 |
| 1.4 | Visuelle Wahrnehmung .....            | 83 |
| 2.  | Betreuungscontrolling .....           | 86 |
| 2.1 | Intelligenz .....                     | 86 |
| 2.2 | Sprache.....                          | 87 |
| 2.3 | Visuomotorik.....                     | 88 |
| 2.4 | Grobmotorik.....                      | 88 |
| 3.  | Schuleingangsuntersuchung.....        | 90 |
| 3.1 | Sprache und Sprechen.....             | 90 |
| 3.2 | Fein- und Visuomotorik .....          | 93 |
| 3.3 | Visuelle Wahrnehmung .....            | 94 |
| 3.4 | Schulische Vorläuferfähigkeiten ..... | 94 |

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| 3.5 | Grobmotorik.....                                   | 95  |
| 4.  | Sehtests und Audiometrie.....                      | 97  |
| 4.1 | Sehtests.....                                      | 97  |
| 4.2 | Audiometrie.....                                   | 100 |
| 5.  | Anlagen zur Befunderhebung.....                    | 101 |
| 5.1 | Blutdruckperzentile.....                           | 101 |
| 5.2 | Perzentilkurven für die Körpergröße.....           | 103 |
| 5.3 | Perzentilkurven für den Body-Mass-Index (BMI)..... | 105 |

#### **IV Dokumentation, Anamnese und Elternanschreiben .....107**

|      |   |     |
|------|---|-----|
| 1.   | Dokumentationsbögen.....                              | 107 |
| 1.1  | Ärztliche Dokumentation.....                          | 107 |
| 1.2  | Anamnesebogen Kitauntersuchung.....                   | 109 |
| 1.3  | Anamnesebogen Schuleingangsuntersuchung.....          | 113 |
| 1.4  | Anamnesebogen Schulquereinsteigende.....              | 117 |
| 1.5  | Anamnesebogen Schulreihenuntersuchung.....            | 118 |
| 1.6  | Erhebungsbogen Schulabgangsuntersuchung.....          | 122 |
| 2.   | Ausfüllhinweise.....                                  | 124 |
| 3.   | Dokumentation der Impfungen.....                      | 131 |
| 3.1  | Impfdokument liegt vor?.....                          | 131 |
| 3.2  | Dokumentation der Impfungen.....                      | 132 |
| 3.3  | Erkrankung durchgemacht?.....                         | 133 |
| 3.4  | Maßnahmen.....  | 133 |
| 4.   | Elternanschreiben und Informationen.....              | 135 |
| 4.1  | Elternaushang Kita.....                               | 135 |
| 4.2  | Elternanschreiben Kita.....                           | 136 |
| 4.3  | Elternanschreiben Hauskinder.....                     | 139 |
| 4.4  | Elternrückmeldung Befunde Kita.....                   | 141 |
| 4.5  | Elternanschreiben Schuleingangsuntersuchung.....      | 143 |
| 4.6  | Schulärztliche Stellungnahme – Anlage 2.....          | 145 |
| 4.7  | Schulärztliche Untersuchung Quereinsteigende.....     | 147 |
| 4.8  | Elternanschreiben Schulabgangsuntersuchungen.....     | 149 |
| 4.9  | Ärztliche Bescheinigung für die Erstuntersuchung..... | 150 |
| 4.10 | Elternanschreiben 10. Klassen.....                    | 156 |
| 5.   | Informationen für die Datenverarbeitung.....          | 157 |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| <b>V</b> | <b>Zentrales Einladungs- und Rückmeldewesen .....</b> | <b>162</b> |
| 1.       | Ziele und Aufgaben .....                              | 162        |
| 2.       | Empfehlungen zur Umsetzung .....                      | 163        |
| 3.       | Musteranschreiben .....                               | 164        |
| 3.1      | Musteranschreiben durch die Zentrale Stelle .....     | 165        |
| 3.2      | Musteranschreiben durch das Gesundheitsamt .....      | 169        |



# I Kinder- und Jugendärztliche Untersuchungen

## 1. Ziele und Aufgaben

Ziele der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD) des Landes Brandenburg sind der Gesundheitsschutz sowie die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen. Diese sollen auch vor dem Hintergrund sozialer Ungleichheit betrachtet und gewährleistet werden. Weitere Ziele sind die Prävention und Früherkennung von Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung.

Neben der Untersuchung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Untersuchung der Kleinkinder im Alter von 30 bis 42 Monaten, der Schulanfänger der Schulquereinsteigende, der Schulkinder der Klassenstufen 6 und 10 sowie der Schulabgangsuntersuchungen werden Entwicklungsdiagnostiken, Beratungen und Hilfen für Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten sowie Begutachtungen angeboten.

Begleitende Angebote finden sich beispielsweise im Rahmen des Betreuungscontrollings, welches dazu beitragen soll, dass entwicklungsauffällige Kinder die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Förderungen erhalten. Auch bestimmte betriebsmedizinische Aktivitäten in Gemeinschaftseinrichtungen, Kindertageseinrichtungen und Schulen gehören in den Aufgabenbereich des KJGD. Neben den Kindern und Jugendlichen sowie deren Sorgeberechtigten sind auch Lehrerinnen und Lehrer, Erzieherinnen und Erzieher sowie Träger von Gemeinschaftseinrichtungen Zielgruppen für die beratenden Tätigkeiten der KJGD im Bereich des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung. Weiterhin leisten die KJGD einen Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung (GBE) der Kommunen und des Landes Brandenburg. Diese Daten sind die Grundlage für politische Entscheidungen sowie die Gesundheitszieleprozesse des Landes. Zusammenfassend betrachtet ist die Arbeit des KJGD sozialkompensatorisch, individualmedizinisch, bevölkerungs-medizinisch, betriebsmedizinisch und präventiv.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Teichert, Ute & Tinnemann, Peter (2020). Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. [https://akademie-oeffentliches-gesundheitswesen.github.io/KJGD/screen-pdf/Der\\_Kinder-und\\_Jugendgesundheitsdienst\\_v1.pdf](https://akademie-oeffentliches-gesundheitswesen.github.io/KJGD/screen-pdf/Der_Kinder-und_Jugendgesundheitsdienst_v1.pdf)

## 2. Gesetzliche Grundlagen

| <b>Gesetzliche Grundlage</b><br>(jeweils in der aktuell gültigen Fassung)   | <b>Paragraf</b>  | <b>Kurzinhalt</b>   |
|---|--|---|
| <b>Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg</b><br>(Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz - BbgGDG) | §1 Ziele und Aufgaben  | Hinwirkung auf gesunde und gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse und gleiche Gesundheitschancen für alle;<br><br>Stärkung der gesundheitlichen Eigenverantwortung;<br><br>Vermeidung von Gesundheitsrisiken und gesundheitlichen Beeinträchtigungen   |
|   | § 2 Organisation   | Aufgabenwahrnehmung durch MSGIV, LAVG sowie Gesundheitsämter der Landkreise (LK) und kreisfreien Städte (kfS) in kommunaler Selbstverwaltung;<br><br>Untersuchungen als Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung   |
|   | § 5 Gesundheitsförderung und Gesundheitshilfen                         | Koordinierung, Initiierung und Unterstützung von Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit; Information, Beratung und Aufklärung   |
|   | § 6 Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen                 | Allg. Aussagen zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit; Aufzählung der Untersuchungen; Betreuungscontrolling  |
|   | § 7 Einladungs- und Rückmeldewesen zu den Früherkennungsuntersuchungen | Hinwirken auf eine erhöhte Teilnahmequote der Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD);<br><br>LAVG als zentrale Stelle Einladungs- und Rückmeldewesen zu den Früherkennungsuntersuchungen;<br><br>LAVG leitet Daten zu Kindern, welche nicht an den Untersuchungen teilgenommen haben an die Gesundheitsämter. Diese treffen geeignete und angemessene Maßnahmen, um auf eine erhöhte Teilnehmerate hinzuwirken |
|   | § 9 Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung                | Grundlage Verständigung für fachliche Zielvorstellungen und Planungen und gemeinsame Maßnahmen<br><br>Grundlage für Gesundheitsplanung und Durchführung von Maßnahmen;<br><br>LK/kfS beobachten und bewerten die gesundheitlichen Verhältnisse ihrer Bevölkerung; LAVG erstellt Fachberichte zur gesundheitlichen Situation der brandenburgischen Bevölkerung.  |

| <b>Gesetzliche Grundlage</b><br>(jeweils in der aktuell gültigen Fassung)  | <b>Paragraf</b>                                    | <b>Kurzinhalt</b>  |
|--|--|--|
| <b>Verordnung über die Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes der Gesundheitsämter nach § 6 Absatz 2 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes</b><br>(Kinder- und Jugendgesundheitsdienst-Verordnung - KJGDV) | § 1  | Allg. Aussage zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit;<br><br>Untersuchungen der KJGD: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat (Wahrnehmung freiwillig für Sorgeberechtigte)</li> <li>• vor Beginn ihrer Schulpflicht (Pflicht)</li> <li>• bedarfsabhängig Untersuchungen der Schülerinnen und Schüler, insbesondere in der Jahrgangsstufe 6 und in Förderschulen</li> <li>• Im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs</li> </ul> |
|  | § 2  | Betreuungscontrolling bei Kindern mit auffälligen Befunden mit dem Ziel, dass diese Kinder die notwendigen einzelfallbezogenen diagnostischen, therapeutischen oder sonstigen Fördermaßnahmen erhalten<br><br>Beratung von Kindern und Jugendlichen, Sorgeberechtigten, Lehrerinnen und Lehrern, Erzieherinnen und Erziehern sowie Trägern von Kindereinrichtungen und Schulen   |
|  | § 3  | Datenerfassung und Dokumentation durch die KJGD;<br>anonymisierte Datenübermittlung an das LAVG gemäß festgelegter Schnittstellen;<br><br>Auswertung der Daten durch das LAVG  |
|  | § 4  | Durchführung der Untersuchungen in den Kindertagesstätten und Schulen oder bei Bedarf im Gesundheitsamt oder Kindertagespflegestellen;<br><br>Abstimmung der KJGD mit Einrichtungen bezgl. der Organisation; Hinwirken auf eine frühzeitige Unterrichtung der Sorgeberechtigten<br><br>Teilnahme der Sorgeberechtigten bzw. der sozialpädagogischen Fachkraft bei den Untersuchungen   |
| <b>Gesetz über die Schulen im Land Brandenburg</b><br>(Brandenburgisches Schulgesetz - BbgSchulG)  | § 37 Beginn der Schulpflicht                       | Verpflichtung zur Teilnahme an einer schulärztlichen Untersuchung der Gesundheitsämter   |
|  | § 42 Ordnungswidrigkeiten                          | Nichtteilnahme an Untersuchungen als Ordnungswidrigkeit  |
|  | § 45 Schulgesundheitspflege, Pflichtuntersuchungen | Benennung der Untersuchung und Verpflichtung zur Teilnahme   |
|  | § 51 Aufnahme in die Grundschule                   | Berücksichtigung der schulärztlichen Stellungnahme   |
|  | § 145 Einschränkung von Grundrechten               | Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit wird eingeschränkt   |

| <b>Gesetzliche Grundlage</b><br>(jeweils in der aktuell gültigen Fassung)   | <b>Paragraf</b>                    | <b>Kurzinhalt</b>  |
|---|------------------------------------|--|
| <b>Verordnung über den Bildungsgang der Grundschule</b><br>(Grundschulverordnung-GV)  | § 4 Anmeldung, Aufnahme            | Feststellung des körperlichen Entwicklungsstandes durch die KJGD bei der Schuleingangsuntersuchung<br><br>Mitteilung des Ergebnisses der Untersuchung an die örtlich zuständige Schule durch das Gesundheitsamt<br><br>Die schulärztlichen Untersuchungen sollen bis Ende April des Jahres der Einschulung abgeschlossen sein. |
| <b>Verordnung über Unterricht und Erziehung für Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf</b><br>(Sonderpädagogik-Verordnung- SopV) | § 2 Aufgaben und Organisation      | Zusammenarbeit der Sonderpädagogischen Förder- und Beratungsstellen mit den Frühförder- und Beratungsstellen, den Gesundheitsämtern, den Kindertagesstätten und der schulpsychologischen Beratung  |
| <b>Zweites Gesetz zur Ausführung des Achten Buches des Sozialgesetzbuches – Kinder- und Jugendhilfe</b><br>(Kindertagesstättengesetz - KitaG)           | § 4 Grundsätze der Beteiligung     | Der KJGD ist durch die Kindertagesstätte im Rahmen der Gesundheitsvorsorge im Einvernehmen mit den Erziehungsberechtigten auf Entwicklungsbeeinträchtigungen des Kindes hinzuweisen.   |
|   | § 11 Gesundheitsvorsorge           | Unterstützung des ÖGD durch den Träger der Einrichtung, dass alle Kinder ärztlich und zahnärztlich untersucht werden, der Impfstatus überprüft und eine Schließung von Impflücken angeboten wird.<br><br>Diese Vorsorgemaßnahmen sollen grundsätzlich in der Kindertagesstätte durchgeführt werden                             |
| <b>Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder</b><br>(Frühförderungsverordnung – FrühV)            | § 8 Erbringung der Komplexleistung | Interdisziplinäre Frühförderstellen arbeiten neben den sozialpädiatrischen Zentren auch mit Ärzten, Leistungserbringern von Heilmitteln und anderen an der Früherkennung und Frühförderung beteiligten Stellen wie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zusammen.  |

Die einzelnen Gesetze und Verordnungen können über [www.bravors.brandenburg.de](http://www.bravors.brandenburg.de) eingesehen werden.

### 3. Informationen und Empfehlungen zu den Untersuchungen des KJGD

Die Durchführung der Untersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD) liegt in der kommunalen Selbstverantwortung bei den Landkreisen und kreisfreien Städten. Die folgenden Ausführungen zur Organisation sind als Empfehlungen zu verstehen.

#### 3.1 KITA-Untersuchungen

Ergänzend zu den Vorsorgeangeboten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wird von den Gesundheitsämtern der Landkreise und kreisfreien Städte die Untersuchung von Kindern im Alter von 30 bis 42 Monaten angeboten. Diese Untersuchung dient der Prävention, der Früherkennung von Krankheiten, Entwicklungsstörungen oder Behinderungen.

Kinder, die eine Kindertageseinrichtung oder eine Tagespflegestelle besuchen, werden in dieser Einrichtung untersucht. Der KJGD fordert Listen mit den zu untersuchenden Kindern bei den Kinderbetreuungseinrichtungen an und vereinbart die Untersuchungstermine. Durch die Kinderbetreuungseinrichtungen ist sicherzustellen, dass eine Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten zur Datenübermittlung an das Gesundheitsamt vorliegt. Hauskinder werden in das Gesundheitsamt eingeladen. Um Hauskinder zu identifizieren werden die übermittelten Daten der Meldeämter (Stichtag 1. Juni) mit den Daten der Kinderbetreuungseinrichtungen abgeglichen.

Die Sorgeberechtigten werden vorab über das Untersuchungsangebot nach dem Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz sowie über den Untersuchungstermin informiert, erhalten ein Merkblatt zur Datenverarbeitung (Kapitel IV - 5. Informationen für die Datenverarbeitung) und geben ihre Einverständniserklärung zur Untersuchung ab. Des Weiteren werden die Sorgeberechtigten gebeten den Anamnesebogen KITA (Kapitel IV - 1.2 Anamnesebogen Kitauntersuchung) auszufüllen und das Impfdokument, das gelbe Vorsorgeheft und ggf. vorhandene medizinische Befunde zur Einsicht zur Verfügung zu stellen. Einbezogen werden können auch die „Grenzsteine der Entwicklung“ (Beobachtungsinstrument der Erzieherinnen und Erzieher zur Entwicklung von Kindern), wenn die Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten vorliegt.

An der Untersuchung sollte eine sozialpädagogische Fachkraft der Kindertageseinrichtung teilnehmen. Dafür muss eine schriftliche Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten vorliegen. Selbstverständlich können auch die Sorgeberechtigten selbst an der Untersuchung teilnehmen.

Die Untersuchung beinhaltet standardisierte Tests zur Grob- und Feinmotorik, Sprache und Visuellen Wahrnehmung. Das Hören und Sehen wird überprüft und eine körperliche Untersuchung durchgeführt. Die Untersuchung dauert ca. 40 Minuten. Über das Untersuchungsergebnis werden die Sorgeberechtigten informiert und erhalten ggf. Empfehlungen zu weiteren Maßnahmen wie weitere Diagnostik, Therapie bzw. Fördermaßnahmen. Kinder mit auffälligen Befunden werden nach Ermessen der Ärztin/ des Arztes in das Betreuungscontrolling aufgenommen (siehe 3.7).

#### 3.2 Schuleingangsuntersuchung

In Verbindung mit der Schulanmeldung schulpflichtiger Kinder wird eine schulärztliche Untersuchung im Gesundheitsamt durchgeführt. Schulpflichtig werden Kinder, die bis zum 30. September eines Jahres das sechste Lebensjahr vollenden bzw. Kinder, die zwischen dem 01.10. bis 31.12. das sechste Lebensjahr vollenden, auf Antrag der Sorgeberechtigten. Ziel ist die Einschätzung des Gesundheits- und Entwicklungszustandes, schulrelevanter Fähigkeiten sowie ggf. die Feststellung von Förderbedarfen. Untersucht werden die Kinder in der Regel zwischen November und April eines jeden Schuljahres.

Über die Schulen bekommen die Gesundheitsämter Listen der zu untersuchenden Kinder. Es erfolgt eine Einladung zur Untersuchung durch das Gesundheitsamt, die beispielsweise über die Schulen versandt werden können. In diesem Zusammenhang wird den Sorgeberechtigten der Anamnesebogen SEU (Kapitel IV - 1.2 Anamnesebogen Kitauntersuchung) zur Verfügung gestellt, welcher durch diese auszufüllen ist.

Die Untersuchung findet im Beisein der Sorgeberechtigten statt und dauert ca. 45 bis 60 Minuten. In der Regel erfolgt die Untersuchung in zwei Teilen: das Messen von Größe und Gewicht sowie einzelne Tests zur Einschätzung der allgemeinen

Entwicklung sowie schulischer Vorläuferfähigkeiten erfolgen durch geschultes nichtärztliches Personal und im Anschluss erfolgt die kinderärztliche Untersuchung inklusive einer Testung von Sprache und Motorik. Im Zusammenhang mit der Schuleingangsuntersuchung werden auch das gelbe Vorsorgeheft, Impfdokumente und ggf. vorhandene medizinische Befunde überprüft.

Im Ergebnis erhalten die Sorgeberechtigten eine schulärztliche Stellungnahme gemäß § 4 Abs. 5 der Grundschulverordnung (Kapitel IV - 4.6 Schulärztliche Stellungnahme – Anlage 2) für die Grundschule sowie schriftliche Informationen zu auffälligen Befunden mit entsprechenden Empfehlungen zur weiteren Diagnostik und Therapie bzw. Fördermaßnahmen. Die schulärztliche Stellungnahme umfasst auch eine Empfehlung zur Einschulung oder zur Rückstellung vom Schulbesuch, welche durch die Schulleiterin oder den Schulleiter der zuständigen Schule zu berücksichtigen sind.

### 3.3 Schulquereinsteigende

Kinder und Jugendliche, deren Schulbesuch ab der zweiten Jahrgangsstufe erfolgen soll und die bisher keine Schule in öffentlicher oder freier Trägerschaft in der Bundesrepublik Deutschland besucht haben, sind nach § 37 des Brandenburgischen Schulgesetzes (BbgSchulG) verpflichtet, an einer schulärztlichen Untersuchung sowie einer Sprachstandsfeststellung teilzunehmen. Bei der Terminvereinbarung mit dem Gesundheitsamt sollten die Sorgeberechtigten ggf. durch die Schulen oder durch Gemeinschaftsunterkünfte unterstützt werden. Die Sorgeberechtigten werden auch hier im Vorfeld gebeten, einen Anamnesebogen (Kapitel IV - 0) auszufüllen. Dieser ist zusammen mit ggf. vorhandenen Impfdokumenten zur Untersuchung mitzubringen. Im Rahmen der Untersuchung werden die Impfdokumente geprüft, Seh- und Hörtests durchgeführt sowie auf Basis der körperlichen Untersuchung eine Beurteilung des Entwicklungs- und Gesundheitszustandes vorgenommen.

### 3.4 Schulreihenuntersuchungen Klasse 6

Neben der pflichtigen Schuleingangsuntersuchung für alle Kinder vor dem Schulbeginn können die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste auf Basis der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst-Verordnung (KJGDV) in der Jahrgangsstufe 6 Untersuchungen von Schülerinnen und Schülern anbieten.

Für diese Untersuchung werden die Sorgeberechtigten vorab gebeten den Anamnesebogen SRU (Kapitel IV - 1.5 Anamnesebogen Schulreihenuntersuchung) auszufüllen. Dieser ist zur Untersuchung zusammen mit Impfdokumenten sowie ggf. verschriebenen Hilfsmitteln wie Brillen oder Hörgeräten und weiteren Bescheinigungen (z. B. Allergiepass oder Schwerbehindertenausweis) mitzubringen.

### 3.5 Schulabgangsuntersuchung

Die Untersuchung der Schulabgänger inklusive der Erstuntersuchung nach § 32 des Jugendarbeitsschutzgesetzes (JArbSchG) soll neben der Einschätzung des Gesundheits- und Entwicklungszustandes auch eine Einschätzung der körperlichen Belastbarkeit und beruflichen Tauglichkeit von Jugendlichen unter 18 Jahren ermöglichen. Erreicht werden hier vorrangig Jugendliche der 10. oder auch niederen Klassen. Für das Land Brandenburg besteht die Besonderheit, dass die Erstuntersuchung ausschließlich durch die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Gesundheitsämter durchgeführt werden. Der Untersuchungstermin wird durch das Gesundheitsamt in Zusammenarbeit mit der Schule vereinbart.

Zu dieser Untersuchung werden unter anderem der Erhebungsbogen nach JArbSchG (Kapitel IV - 1.6 Erhebungsbogen Schulabgangsuntersuchung), Impfdokumente und ggf. vorhandene Hilfsmittel wie Brille oder auch Dokumente wie z. B. der Schwerbehindertenausweis benötigt. Durchgeführt werden diese Untersuchungen in der entsprechenden Schule oder im Gesundheitsamt. Die körperliche Untersuchung umfasst auch eine Überprüfung des Seh- und Hörvermögens sowie einen Urintest. Die Untersuchung dauert ca. 30 Minuten. Falls notwendig wird eine Überweisung zur Fachärztin/zum Facharzt ausgestellt. Weiterhin erfolgt eine ärztliche Mitteilung an die Sorgeberechtigten und die Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung für den zukünftigen Arbeitgeber (Kapitel IV - 4.9 Ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber).

Diese behält für einen Zeitraum von 14 Monaten ihre Gültigkeit. Es ist eine Bescheinigung über die gesundheitlich bedingten Einschränkungen entsprechend der Einschränkung der Funktionalität auszustellen und durch die Jugendliche bzw. den Jugendlichen dem zukünftigen Arbeitgeber vorzulegen.

### 3.6 Schulreihenuntersuchungen Klasse 10

Für Jugendliche der Klassenstufe 10, die von der Untersuchung nach § 32 JArbSchG nicht erreicht werden, kann zusätzlich eine Schulreihenuntersuchung angeboten werden. Dies trifft beispielsweise für Jugendliche an Gymnasien oder Gesamtschulen zu, sofern sie das Abitur anstreben und die Schule nicht mit einem Abschluss der zehnten Klasse verlassen. Die Untersuchungen werden in Zusammenarbeit mit den Schulen organisiert. Für diese Jugendlichen ist der Anamnesebogen SRU (Kapitel IV - 1.5 Anamnesebogen Schulreihenuntersuchung) zu verwenden. Auch für diese Untersuchung werden Impfdokumente, eventuell verschriebene Hilfsmittel wie Brillen, Hörgeräte sowie Bescheinigungen (z.B. Allergiepass oder Schwerbehindertenausweis) benötigt.

### 3.7 Betreuungscontrolling für Kinder bis zur Einschulung

In § 2 der KJGDV ist geregelt, dass bei Kindern mit auffälligen Befunden ein Betreuungscontrolling durch den KJGD durchzuführen ist. Ziel ist, dass die Kinder die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erhalten und wenn notwendig frühzeitig gefördert werden.

Maßnahmen des Betreuungscontrollings sind die Kontrolle der Kindesentwicklung (ggf. durch eine weitere Untersuchung durch den KJGD) sowie das Überprüfen, ob die empfohlenen Maßnahmen umgesetzt wurden.

Mit der Mitteilung über auffällige Befunde nach der KITA- oder Schuleingangsuntersuchung werden die Sorgeberechtigten zu einer erneuten Vorstellung des Kindes nach einem bestimmten Zeitpunkt gebeten bzw. darüber informiert, dass das Kind zu einem bestimmten Zeitpunkt erneut in der Kinderbetreuungseinrichtung untersucht wird.

Wurden Empfehlungen zur weiteren Diagnostik, Therapie oder Fördermaßnahmen ausgesprochen, ist zu überprüfen, ob diese Maßnahmen umgesetzt wurden. Hierfür ist die Rückmeldung der entsprechenden Ärzte bzw. der Fördereinrichtung maßgeblich.

Bei fehlenden Rückmeldungen werden folgende Maßnahmen genutzt:

- Nachfrage bei Kinder- und Jugendärztin/-arzt bzw. Fachärztin/-arzt oder bei der entsprechenden Fördereinrichtung (Einverständnis der Sorgeberechtigten erforderlich),
- Nachfrage bei der interdisziplinären Frühförder- und Beratungsstelle/regionale Arbeitsgemeinschaft, ob ein Antrag zur Kostenübernahme vorliegt (Einverständnis der Sorgeberechtigten erforderlich),
- Telefonische oder schriftliche Kontaktaufnahme mit den Sorgeberechtigten des Kindes um diese zu motivieren, die/den Kinder- und Jugendärztin/-arzt bzw. Fachärztin/-arzt bzw. die Fördereinrichtung zu konsultieren,
- Sorgeberechtigte mit dem Kind in das Gesundheitsamt einladen,
- Hausbesuch ankündigen und Familie aufsuchen,
- Kontakt mit dem Jugendamt, soweit aufgrund der bisherigen Erkenntnisse ein Verdacht auf Kindeswohlgefährdung besteht.

## II Funktionsdiagnostische Befunde - Befundkapitel

### Das Diagnostiksystem

Das Diagnostiksystem der kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Land Brandenburg umfasst sogenannte Funktionsbefunde, welche auf dem Konzept der funktionalen Gesundheit im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (ICF)<sup>2</sup> beruhen. Die Funktionsbefunde gleichen nur vereinzelt medizinischen Diagnosen, welche bspw. nach der ICD-10 gestellt werden. Die ICF ermöglicht die Erfassung bio-psycho-sozialer Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung verschiedener Kontextfaktoren. Es werden Funktionsstörungen und Strukturschäden sowie mögliche Beeinträchtigungen der Teilhabe in Wechselwirkung zu Person und Umweltfaktoren berücksichtigt.<sup>3</sup> Auf dieser Basis können Barrieren, welche Leistung im Sinne von Aktivität oder Teilhabe einschränken, aber auch förderliche Faktoren, welche Leistung und Teilhabe unterstützen, beschrieben werden.

Die funktionsdiagnostischen Befunde, welche in diesem Kapitel beschrieben werden, dienen der Bestimmung funktioneller Beeinträchtigungen und gesundheitlicher Risiken von Kindern und Jugendlichen, welche Auswirkungen auf den Alltag des Kindes (z. B. in Familie, Kita oder Schule) haben können. Sie dienen andererseits aber auch als Indikator für mögliche zukünftige Funktionseinschränkungen. Der sozialmedizinische Hintergrund der Funktionsbefunde ist dabei besonders für die Identifikation von Förderbedarfen von Bedeutung.

Die Auswahl der zu berücksichtigenden Befunde bei den Untersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste erfolgte nach den folgenden Kriterien:

- Befunde, die nach epidemiologischen Studien mit einer Häufigkeit von mindestens 0,5 % in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen vorkommen,
- Befunde mit Krankheitswert, die eine therapeutische Intervention notwendig machen,
- Befunde, die einen sozialkompensatorischen Handlungsauftrag generieren.

Um das Ausmaß der Funktionseinschränkung genauer zu beschreiben, stehen die Funktionsgruppen zur Verfügung (siehe Tabelle 1). Das Untersuchungsverfahren sowie die Einordnung in die Funktionsgruppen sind im jeweiligen Befundkapitel beschrieben und wenn nötig unter Berücksichtigung ihrer Abhängigkeit vom Alter differenziert.

*Tabelle 1 Bewertung des Befundes nach dem Ausmaß der Funktionseinschränkung*

|                            | Funktionsgruppen                   |  |   |
|----------------------------|------------------------------------|--|---|
|                            | FG 1                               | FG 2                                       | FG 3  |
| Funktionelle Einschränkung | leichte Funktionseinschränkung     | mittelgradige Funktionseinschränkung       | hochgradige Funktionseinschränkung  |
| Kompensierung              | gut kompensiert bzw. kompensierbar | ausreichend kompensiert bzw. kompensierbar | trotz eines hohen Einsatzes von Behandlungen oder Förderungen nicht oder unzureichend kompensierbar |
| Teilhabe                   | ohne Einschränkung der Teilhabe    | mit Einschränkung der Teilhabe             | mit starker Einschränkung der Teilhabe  |

<sup>2</sup> International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization. 22 July 2016.

<sup>3</sup> Schuntermann, M F. (2005) *Einführung in die ICF: Grundkurs, Übungen, offene Fragen*. Landsberg/Lech: ecomed Medizin.



## Übersicht der Funktionsdiagnostischen Befunde


| Übersicht der Funktionsdiagnostischen Befunde |                               |     |       |        |     |                  |   |  |   |
|---|-------------------------------|-----|-------|--------|-----|------------------|---|--|---|
| Befund  | Untersuchung                  |     |       |        |     | Funktionsgruppen |   |  |   |
|   | KITA                          | SEU | SRU 6 | SRU 10 | SAU | FG 1             | FG 2  | FG 3   |   |
| <b>1 Haut</b>                                 |                               |     |       |        |     |                  |   |  |   |
| 1.1   | Allergische Kontaktdermatitis |     |       | ✓      | ✓   | ✓                | früher und heute allergische Kontaktdermatitis  |  |   |
| 1.2   | Acne juvenilis                |     |       | ✓      | ✓   | ✓                | Acne <b>ohne</b> psychische Beeinträchtigung  | Acne <b>mit</b> psychischer Beeinträchtigung   |   |
| 1.3   | Nävi                          | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   | ✓                | Kontrollbedürftige Nävi   |  |   |
| <b>2 Nerven und Psyche</b>                    |                               |     |       |        |     |                  |   |  |   |
| 2.1   | Epilepsie                     | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   | ✓                | bekannte Epilepsie ohne Einschränkung der Teilhabe  | bekannte Epilepsie mit zeitweiser Einschränkung der Teilhabe (z.B. durch Anfälle)  | bekannte Epilepsie mit Einschränkung der Teilhabe durch Anfälle und notwendige Assistenz im Alltag  |
| 2.2   | ADS/ADHS                      |     | ✓     | ✓      | ✓   | ✓                | auffällig in Anamnese <b>und</b> in der Untersuchungssituation  | bestätigtes ADS/ADHS und ausreichende Integration in Familie und Kita bzw. Schule  | bestätigtes ADS/ADHS und <b>nicht</b> ausreichende Integration in Familie und Kita bzw. Schule  |
| 2.3   | Intelligenzminderung          | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   | ✓                |   | Intelligenzminderung mit geeigneter Testdiagnostik festgestellt oder bekannte Diagnose   | Intelligenzminderung mit geeigneter Testdiagnostik festgestellt oder bekannte Diagnose <b>und</b> Einschränkung der Teilhabe (Assistenz im Alltag notwendig)  |
| 2.4   | Emotionale/ soziale Störung   | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   | ✓                | Emotionale/soziale Störungen, die sich auf die Familie beschränken  | Emotionale/soziale Störungen, mit Auswirkungen auf Familie <b>sowie</b> Kita bzw. Schule   | Emotionale/soziale Störungen, mit Auswirkungen auf Familie <b>sowie erhebliche</b> Auswirkungen auf Kita bzw. Schule  |
| 2.5   | Sprach- und Sprechstörung     | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   | ✓                | KITA:<br>a) im expressiven <b>und</b> rezeptiven Sprachbereich <b>je ein Test</b> nicht gelöst<br>b) im expressiven <b>oder</b> rezeptiven Sprachbereich <b>je zwei Tests</b> nicht gelöst<br>c) bereits gestellte ärztliche Diagnose Sprach- und Sprechstörung | bereits gestellte ärztliche Diagnose Sprach- und Sprechstörung und/oder beeinträchtigte sprachliche Kommunikation, einschließlich Stottern oder einer phonetisch/phonologischen Störung in mehr als zwei Lautbereichen | bereits gestellte ärztliche Diagnose Sprach- und Sprechstörung und/oder stark beeinträchtigte sprachliche Kommunikation (schwerverständlich), einschließlich schwerem Stottern oder einer komplexen phonetisch/phonologischen Störung |

Übersicht der Funktionsdiagnostischen Befunde

| Befund                              | Untersuchung |     |       |        |     | Funktionsgruppen   |   |   |
|-------------------------------------|--------------|-----|-------|--------|-----|--|---|---|
|                                     | KITA         | SEU | SRU 6 | SRU 10 | SAU | FG 1   | FG 2  | FG 3  |
| <b>2 Nerven und Psyche</b>          |              |     |       |        |     |  |   |   |
| 2.5 Sprach- und Sprechstörung       | ✓            | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   | SEU:<br>a) auffällig im expressiven Sprach-bereich<br>[redacted] oder<br>[redacted] auffällig im rezeptiven Sprachbereich<br>[redacted]<br>b) bereits gestellte ärztliche Diagnose Sprach- und Sprechstörung<br><br>SRU, SAU<br>bereits gestellte ärztliche Diagnose Sprach- und Sprechstörung | bereits gestellte ärztliche Diagnose Sprach- und Sprechstörung und/oder beeinträchtigte sprachliche Kommunikation, einschließlich Stottern oder einer phonetisch/phonologischen Störung in mehr als zwei Lautbereichen  | bereits gestellte ärztliche Diagnose Sprach- und Sprechstörung und/oder stark beeinträchtigte sprachliche Kommunikation (schwerverständlich), einschließlich schwerem Stottern oder einer komplexen phonetisch/phonologischen Störung |
| 2.6 Visuelle Wahrnehmungsstörung    | ✓            | ✓   |       |        |     | KITA:<br>zwei der jeweils drei Aufgaben nicht gelöst<br><br>SEU:<br>[redacted]   |   |   |
| 2.7 Allgemeine Entwicklungsstörung  | ✓            | ✓   |       |        |     | auffällige Befunde 2.5 Sprach- und Sprechstörung <b>und</b> 2.6 Visuelle Wahrnehmungsstörung - <b>erstmalige Feststellung</b>  | auffällige Befunde 2.5 Sprach- und Sprechstörung <b>und</b> 2.6 Visuelle Wahrnehmungsstörung – <b>mit ausreichender Förderung und Integration in der Kita</b>   | auffällige Befunde 2.5 Sprach- und Sprechstörung <b>und</b> 2.6 Visuelle Wahrnehmungsstörung – <b>ohne ausreichende Integration und Förderung</b> , trotz laufender Fördermaßnahmen   |
| 2.8 Schulische Vorläuferfähigkeiten |              | ✓   |       |        |     | auffällig im Test<br>[redacted]<br>[redacted]<br>[redacted]  |   |   |
| 2.9 Harninkontinenz                 |              | ✓   | ✓     |        |     |  | SEU:<br>5 bis unter 7 Jahre: in den letzten drei Monaten nachts mehr als 2-mal pro Monat eingenässt<br>7 Jahre und älter: in den letzten drei Monaten nachts mehr als 1-mal pro Monat eingenässt<br><br>SRU 6:<br>in den letzten 3 Monaten nachts mehr als 1-mal pro Monat eingenässt |   |

| Befund                                   | Untersuchung |     |       |        |     | Funktionsgruppen   |  |  |
|--|--------------|-----|-------|--------|-----|--|--|--|
|  | KITA         | SEU | SRU 6 | SRU 10 | SAU | FG 1   | FG 2   | FG 3   |
| <b>3 Sinnesorgane</b>                    |              |     |       |        |     |  |  |  |
| 3.1 Sehfehler                            | ✓            | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   | KITA:<br>a) Lang I (Stereosehtest) auffällig<br>b) Verdacht auf Sehfehler<br><br>SEU, SRU 6, SRU 10, SAU:<br>a) auffällig im Sehscreeing: Fernvisus mind. auf einem Auge weniger als 0,8, aber nicht geringer/gleich 0,5<br>b) auffällig in einem der Untersuchungstests<br><br>Hinweis: Kinder, deren Sehvermögen mit Sehhilfen voll kompensiert (Fernvisus ab 0,8) erhalten keine FG | KITA:<br>augenärztliche Diagnose Sehfehler<br><br>SEU, SRU, SAU:<br>auffällig im Sehscreeing mit Fernvisus auf mindestens einem Auge kleiner gleich 0,5, aber nicht kleiner 0,2                        | KITA:<br>Sehvermögen stark eingeschränkt und mit Sehhilfen nicht mehr kompensierbar<br><br>SEU, SRU, SAU:<br>a) auffällig im Sehscreeing mit Fernvisus auf mindestens einem Auge kleiner gleich 0,2<br>b) Sehvermögen stark eingeschränkt und mit Sehhilfen nicht mehr kompensierbar |
| 3.2 Hörstörung                           | ✓            | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   | KITA:<br>Verdacht auf Hörstörung<br><br>SEU, SRU, SAU:<br>einseitige Hörstörung bei mindestens einer Frequenz von größer gleich 30 dB  | KITA:<br>bereits gestellte ärztliche Diagnose Hörstörung<br><br>SEU, SRU, SAU:<br>beidseitige Hörstörung bei jeweils mind. einer Frequenz von größer gleich 30 dB                                      | apparative Versorgung einer bereits bekannten Schwerhörigkeit  |
| <b>4 Allergische Erkrankungen</b>        |              |     |       |        |     |  |  |  |
| 4.1 Allergische Rhinitis/ Konjunktivitis | ✓            | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   | a) anamnestischer und/oder klinischer Verdacht<br>b) bereits gestellte ärztliche Diagnose allergische Allergische Rhinitis/Konjunktivitis  | bereits gestellte ärztliche Diagnose Allergische Rhinitis/Konjunktivitis <b>oder</b> wie FG1 <b>mit</b> erheblichen Beschwerden im Alltag  |  |
| 4.2 Asthma bronchiale                    | ✓            | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   | a) anamnestischer und/oder klinischer Verdacht<br>b) bereits gestellte ärztliche Diagnose Asthma bronchiale  | bereits gestellte ärztliche Diagnose Asthma bronchiale <b>oder</b> wie FG1 <b>mit</b> Hinweisen auf nur teilweise kontrolliertes bzw. unkontrolliertes Asthma bronchiale                               |  |
| 4.3 Atopische Dermatitis                 | ✓            | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   | a) anamnestischer und/oder klinischer Verdacht<br>b) bereits gestellte ärztliche Diagnose Atopische Dermatitis   | bereits gestellte ärztliche Diagnose Atopische Dermatitis <b>oder</b> wie FG 1 <b>und</b> starker Juckreiz mit Schlafstörung oder starken Hautveränderungen und/oder psychosozialen Beeinträchtigungen |  |

| Befund   | Untersuchung |     |       |        |     | Funktionsgruppen  |   |   |
|--|--------------|-----|-------|--------|-----|---|---|---|
|  | KITA         | SEU | SRU 6 | SRU 10 | SAU | FG 1  | FG 2  | FG 3  |
| <b>4 Allergische Erkrankungen</b>                |              |     |       |        |     |   |   |   |
| 4.4 Nahrungsmittel-unverträglichkeit             | ✓            | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   | a) anamnestischer Verdacht auf eine Nahrungsmittelallergie/-unverträglichkeit<br>b) bereits gestellte ärztliche Diagnose Nahrungsmittelallergie/-unverträglichkeit              | bereits gestellte ärztliche Diagnose Nahrungsmittelallergie/-unverträglichkeit <b>mit</b> Auswirkungen auf den Lebensalltag                                   |   |
| <b>5 Herz-Kreislauf</b>                          |              |     |       |        |     |   |   |   |
| 5.1 Blutdruck                                    |              |     | ✓     | ✓      | ✓   | kontrollbedürftiger Blutdruck - Blutdruck über der 95. Perzentile nach KiGGS-Referenzperzentilen <b>oder</b> RR über 140 mmHg systolisch oder über 90 mmHg diastolisch          |   |   |
| <b>6 Urogenitales System</b>                     |              |     |       |        |     |   |   |   |
| 6.1 Erkrankung der Nieren und Harnwege           | ✓            | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   | rezidivierende Harnblasen- bzw. Nierenerkrankungen  |   | Nierenerkrankungen mit chronischen Beschwerden  |
| 6.2 Lageanomalie der Hoden                       | ✓            |     |       |        |     | Lageanomalien des Hodens  |   |   |
| <b>7 Stütz- und Bewegungsapparat</b>             |              |     |       |        |     |   |   |   |
| 7.1 Fehlstellung der Wirbelsäule                 |              | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   | Fehlstellungen der Wirbelsäule <b>ohne</b> Funktionseinschränkungen   | Fehlstellungen der Wirbelsäule <b>mit</b> Funktionseinschränkungen  |   |
| 7.2 Beinlängendifferenz                          |              | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   |   | Beinlängendifferenz größer gleich 1 cm  |   |
| 7.3 Störung der Funktion des Knies               |              |     |       | ✓      | ✓   |   | Störung der Funktion des Knies  |   |
| 7.4 Störung der Fußstatik                        |              | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   |   | Störung der Funktion des Fußes  |   |
| 7.5 Bewegungsstörungen/ grobmotorische Störungen | ✓            | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   | KITA, SEU: zwei der drei Tests nicht bestanden <b>ohne</b> Auswirkungen in Familie/Kita<br>SRU, SAU: bekannte ärztliche Diagnose <b>ohne</b> Beeinträchtigung des Schulalltages | KITA, SEU: wie F 1 aber <b>mit</b> Auswirkung in Familie/Kita<br>SRU, SAU: bereits gestellte ärztliche Diagnose <b>mit</b> Beeinträchtigung des Schulalltages | erhebliche Bewegungsstörungen und dauerhaft auf Förderung oder Hilfsmittel angewiesen |

| Befund                                 | Untersuchung |     |       |        |     | Funktionsgruppen  |  |  |
|--|--------------|-----|-------|--------|-----|---|--|--|
|  | KITA         | SEU | SRU 6 | SRU 10 | SAU | FG 1  | FG 2   | FG 3   |
| <b>7 Stütz- und Bewegungsapparat</b>   |              |     |       |        |     |   |  |  |
| 7.6 Störung der Fein- und Visuomotorik | ✓            | ✓   |       |        |     | KITA:<br>auffällig in zwei der drei Tests<br><br>SEU:<br>  |  |  |
| <b>8 Endokrines System</b>             |              |     |       |        |     |   |  |  |
| 8.1 Schilddrüsenfunktionsstörungen     |              | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   | Struma bei der körperlichen Untersuchung beobachtet oder ertastet   | ärztlich diagnostizierte Schilddrüsenfunktionsstörung  |  |
| 8.2 Kleinwuchs                         | ✓            | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   | Körpergröße unterhalb 3. Perzentile nach KiGGS-Referenzperzentilen  |  |  |
| 8.3 Hochwuchs                          | ✓            | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   | Körpergröße oberhalb 97. Perzentile nach KiGGS-Referenzperzentilen  |  |  |
| <b>9 Organübergreifende Befunde</b>    |              |     |       |        |     |   |  |  |
| 9.1 Übergewicht/ Adipositas            | ✓            | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   | BMI oberhalb der 90. Perzentile nach dem Referenzsystem nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)   | BMI oberhalb der 97. Perzentile nach dem Referenzsystem nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)  |  |
| 9.2 Untergewicht/ starkes Untergewicht | ✓            | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   | BMI unterhalb der 10. Perzentile nach dem Referenzsystem nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)  | BMI unterhalb der 3. Perzentile nach dem Referenzsystem nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)  |  |
| <b>10 Weitere Erkrankungen</b>         |              |     |       |        |     |   |  |  |
| 10.1 ICD-10                            | ✓            | ✓   | ✓     | ✓      | ✓   | Erkrankung mit leichter Funktionseinschränkung und gut kompensiert, keine Auswirkungen auf den Alltag des Kindes/Jugendlichen in Familie und KITA/Schule: <b>ohne Teilhabeeinschränkung</b> | Erkrankung mit mittelgradiger Funktionseinschränkung, jedoch ausreichend kompensiert, nur geringe Auswirkung auf den Alltag des Kindes/Jugendlichen in Familie und KITA/Schule; <b>Teilhabeeinschränkung durch Unterstützung kompensiert</b> | Erkrankung mit hochgradiger Funktionseinschränkung und trotz hoher gesundheitlicher Unterstützung nicht oder nur unzureichend kompensiert; mit erheblicher Auswirkung auf den Alltag des Kindes/Jugendlichen in Familie und KITA/Schule; <b>erhebliche Teilhabeeinschränkung</b> |

# 1. Haut

## 1.1 Allergische Kontaktdermatitis

Ein Kontaktekzem ist eine durch ein nach- und nebeneinander von Erythem, Bläschen, Exsudat, Papeln und Schuppen charakterisierte entzündliche Intoleranzreaktion der Haut. Für das allergische Kontaktekzem ist eine allergenspezifische (Kontakt-) Sensibilisierung eine notwendige Voraussetzung. Als Auslöser kommen vor allem solche Gegenstände in Frage, die dauernd am Körper getragen werden (Nickel in Ohrringen und sonstigem Schmuck, Metallverschlüsse an der Kleidung) und Lokalthérapeutika (Anästhesie, Neomycin). In späteren Jahren sind in erster Linie Berufsstoffe verantwortlich, Kosmetika seltener. Die Häufigkeit liegt altersbezogen bei 6 % im Jugendalter bis 15-20 % im Erwachsenenalter.

### Befunderhebung: SRU, SAU

Hinweise aus dem Anamnesebogen (SRU):

- Frage 1: Allergische Hauterkrankung, Allergischer Schnupfen/Augenentzündung
- Frage 5: Kinderärztin/-arzt oder Hausärztin/-arzt, Hautärztin/-arzt, Allergologin/Allergologe
- Frage 8: Antiallergika

Hinweise aus dem Erhebungsbogen nach JArbSchG (SAU):

- Frage 1: Allergie, Hautkrankheiten
- Frage 2.1: Allergie, Hautkrankheiten
- Frage 2.5: Allergische Reaktionen, Hautausschläge

Anamnese am Untersuchungstag:

- Wird ein Zusammenhang zwischen Ekzementwicklung und Allergendisposition gesehen?
- Wurde bereits eine entsprechende Diagnostik durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Körperliche Untersuchung:

- Inspektion der Haut des gesamten Körpers
  - Erythem am Ort der Einwirkung der Noxe, Juckreiz
  - Papulovesikel, Blasen, Spannungsgefühl, Schmerzen

### Funktionsgruppen

**FG2 SRU, SAU** Früher und heute allergische Kontaktdermatitis

### Maßnahmen

**SRU, SAU**

- Ausschalten der exogenen Noxe,
- Hinweis auf Schutz- und Pflegemaßnahmen sowie Behandlungsmöglichkeiten durch Dermatologen.

**Zusätzlich SAU**

- Jugendliche, die eine allergische Kontaktdermatitis haben, hatten oder dazu neigen, sollten hautbelastenden Berufen meiden oder sich gut schützen.
- Hautbelastende Berufe: z. B. bei Friseur\*in, Heil- und Pflegeberufe, Kfz-Mechaniker\*in

Verweis Leitlinie:

- S1-Leitlinie: Kontaktekzem, 2021, AWMF-Register-Nr.: 013-055
- S3-Leitlinie: Allergieprävention, 2014, AWMF-Register-Nr.: 061-016

Bearbeiterinnen: Dr. Birgit Sonntag, Fauzia Sherzada

## 1.2 Acne juvenilis

Die in der Pubertät häufig beginnende Acne vulgaris entsteht durch eine hormonell mit beeinflusste Verhornungsstörung im Haarfollikel, die zunehmende Aktivität der Talgdrüsen sowie unter Mitwirkung von Propionibacterium acnes in den Follikeln. Betroffen sind das Gesicht und daneben oft Schultern, Brust und Rücken. Kleine Hornzysten werden als Mitesser (Komedone) bezeichnet, aus denen sich entzündliche Papulopusteln entwickeln (Acne comedonica, Acne papulopustulosa). Die schwerste Form der Acne vulgaris ist die keloidartige vernarbende Acne conglobata.

### Befunderhebung: SRU, SAU

Hinweise aus dem Anamnesebogen (SRU):

- Frage 1: Acne, andere ähnliche Hauterkrankungen
- Frage 5: Kinderärztin/-arzt oder Hausärztin/-arzt, Hautärztin/-arzt

Hinweise aus dem Erhebungsbogen nach JArbSchG (SAU):

- Frage 1: Hautkrankheiten
- Frage 2.1: Hautkrankheiten
- Frage 2.5: Hautausschläge

Anamnese am Untersuchungstag:

- Frage nach psychischen Beeinträchtigungen
  - Gefühl der Stigmatisierung
  - sozialer Rückzug

Körperliche Untersuchung:

- Inspektion der Haut vor allem im Bereich des Kopfes, des Halses und der Schultern
  - Beurteilung der entzündlichen Hautveränderungen
  - Mitesser, Papeln, Pusteln, eitergefüllte Erhebungen

### Funktionsgruppen

FG1    **SRU, SAU**    Acne juvenilis **ohne** psychische Beeinträchtigung

FG2    **SRU, SAU**    Acne juvenilis **mit** psychischer Beeinträchtigung

### Maßnahmen des KJGD

Beratung des Kindes/Jugendlichen:

- Hinweis auf Körperhygiene und Behandlungsmöglichkeiten durch eine Dermatologin/einen Dermatologen,
- Vermeiden fetthaltiger Kosmetik und Sonnenschutzöle,
- bei schwersten Fällen individuelle Berufsberatung – Vermeidung von Hautverschmutzungen.

Verweis Leitlinie:

- S2k – Leitlinie zur Therapie Akne - Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V. (DDG)

Bearbeiterinnen: Dr. Birgit Sonntag, Fauzia Sherzada

## 1.3 Nävi

Unter Nävi versteht man seit der Geburt bestehende oder erst später sich entwickelnde Fehlbildungen der Haut.

Nävi können eingeteilt werden in:

- melanozytäre Nävi (durch Vermehrung von Melanozyten, oft auch mit deren verstärkte Pigmentproduktion),
- Nävuszellnävi (Vermehrung von Nävuszellen, die eng mit den Melanozyten verwandt sind),
- Gefäßnävi (Vermehrung und Erweiterung von Blutgefäßen),
- Organoide Nävi (Vermehrung von Zellen bestimmter Gewebe oder Hautadnexen).

Bei der Untersuchung der Kinder und Jugendlichen werden vorrangig melanozytäre Nävi, atypische und kongenitale Nävi beurteilt und dokumentiert. Ziel ist es durch ein sorgfältiges Screening Melanome frühzeitig erkennen zu können.

### Befunderhebung: KITA, SEU, SRU, SAU

Körperliche Untersuchung

Inspektion der Haut des gesamten Körpers:

- Dokumentation bei den folgenden Kriterien
  - Gesamtzahl der Nävi > 50
  - atypische Zellnävi (eher rötlicher Farbton) oder große kongenitale Nävi (Tierfellnävi 2 cm und größer)
  - Zutreffen mindestens eines Merkmals der ABCD Regel
    - A) Asymmetrie
    - B) Begrenzung unscharf
    - C) Colour (unterschiedliche Farbpigmentierung)
    - D) Durchmesser > 0,5 cm

### Funktionsgruppen

**FG1 KITA, SEU, SRU, SAU** kontrollbedürftige Nävi

### Maßnahmen des KJGD

Beratung des Kindes/Jugendlichen/der Sorgeberechtigten

- Empfehlung einer dermatologischen Vorstellung bei kontrollbedürftigen Nävi

Verweis Leitlinie:

- S3-Leitlinie Prävention von Hautkrebs, 2021, AWMF-Register-Nr.: 032/052OL

Bearbeiterinnen: Dr. Birgit Sonntag, Fauzia Sherzada



## 2. Nerven und Psyche

### 2.1 Epilepsie

Epilepsien sind eine heterogene Gruppe von chronischen Erkrankungen, deren gemeinsames Merkmal das Auftreten von nicht-provozierten cerebralen Anfällen infolge von neuronalen Fehlfunktionen ist. Ursachen für cerebrale Anfälle können akute Erkrankungen des ZNS, wie Infektionen, Verletzungen oder Tumoren sein aber auch cerebrale Fehlbildungen, Migrationsstörungen, syndromale Erkrankungen (z. B. Trisomie 21, West-Syndrom, Dravet-Syndrom) oder Ionenkanal- und Stoffwechselstörungen.

Epilepsien können in jedem Lebensalter auftreten; eine Häufung der Neuerkrankungen (Inzidenz) zeigt sich im frühen Kindesalter und nach dem 70. Lebensjahr. Die Inzidenz kindlicher Anfälle liegt bei 60-90/100.000. Krankheitsverlauf und Prognose sind abhängig von der zugrundeliegenden Ursache, dem Ansprechen auf die Therapie mit Antikonvulsiva und der Patientenadhärenz.

Epilepsien und deren zu Grunde liegende Mechanismus sollte frühzeitig diagnostiziert und behandelt werden, um mögliche Beeinträchtigungen der Entwicklung der Kinder vorzubeugen. Wichtig ist einer Stigmatisierung durch Therapie und Beratung entgegenzuwirken.

#### Befunderhebung: KITA, SEU, SRU, SAU

Hinweise aus dem Anamnesebogen:

- KITA, SEU, SRU
  - Frage 1: Epilepsie
  - Frage 3: cerebraler Krampfanfall
  - Frage 4 und 6: Hinweise auf Einschränkung der Teilhabe
  - Frage 5: Neurologin/Neurologe
  - Frage 8 und 9: akute bzw. präventive medikamentöse Therapie
- SAU
  - Frage 1 und 2.1 Anfallsleiden
  - Frage 2.5 Ohnmacht, Kopfschmerzen

Anamnese am Untersuchungstag:

- Bei Angabe einer bekannten Epilepsie bzw. bei entsprechendem Verdacht aus dem Anamnesebogen:
  - Wurde bereits eine entsprechende Diagnostik durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?
  - Wie häufig treten entsprechende Anfälle auf? Wann war der letzte?
  - Denkst du/denken Sie, dass du/Ihr Kind medikamentös gut eingestellt bist/ist? Wann warst du/war Ihr Kind zuletzt bei der entsprechenden Fachärztin/dem entsprechenden Facharzt?
  - Bist du/ist Ihr Kind durch die Erkrankung in deinem/seinen Aktivitäten eingeschränkt? Wenn ja, inwiefern?
  - Benötigst du/benötigt Ihr Kind Assistenz im Alltag?

#### Funktionsgruppen

- FG1 KITA, SEU, SRU, SAU**  
Bekannte Epilepsie ohne Einschränkung der Teilhabe
- FG2 KITA, SEU, SRU, SAU**  
Bekannte Epilepsie mit zeitweiser Einschränkung der Teilhabe (z. B. durch Anfälle)
- FG3 KITA, SEU, SRU, SAU**  
Bekannte Epilepsie mit Einschränkung der Teilhabe durch Anfälle und notwendige Assistenz im Alltag

## Maßnahmen des KJGD

### KITA, SEU, SRU

- Beratung zum richtigen Umgang bei Anfällen für Bezugspersonen: Kenntnis der Telefonnummer der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes und des Notrufs; Handhabung der Notfallmedikation,
- Hinweis auf Epilepsieschulungen an Epilepsieambulanzen oder Epilepsiezentren und Sozialpädiatrischen Zentren sowie Selbsthilfegruppen,
- Beratung zu einem evtl. schulischen Förderbedarf und ggf. Empfehlung zur sonderpädagogischen Unterstützung,
- Teilsportbefreiungen sind individuell in Abhängigkeit von Anfallshäufigkeit und Anfallsart zu besprechen.

### SAU

- Beratung über eine Gefährdung durch Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr, Verletzungsgefahr durch ungesicherte rotierende oder schneidende Maschinen, Arbeiten mit besonderer Einwirkung von Schwingungen auf den ganzen Körper. Nachtarbeit ist ggf. ungünstig.
- Empfehlung einer Zusammenarbeit von Berufsberatung und behandelnder Ärztin/behandelndem Arzt zur individuellen Gefährdungseinschätzung.

Verweis Leitlinie:

- S1-Leitlinie: Diagnostische Prinzipien bei Epilepsien des Kindesalters, 2017, AWMF-Register-Nr.: 022-007, Bearbeiter\*innen: Dr. Thomas Mandel, Dr. Gabriele Ellsäßer, Dr. Sascha Jatzkowski

## 2.2 Aufmerksamkeitsdefizitstörungen und Hyperaktivitätsstörung (ADS/ADHS)

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ist laut der entsprechenden S3-Leitlinie eine der häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter; sie ist gekennzeichnet durch die drei Kernsymptome Aufmerksamkeitsstörung und/oder Impulsivität und Hyperaktivität. Diese Symptome liegen in einem abnormen Ausmaß vor, treten situationsübergreifend auf und verursachen deutliches Leiden und/oder Einschränkungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit.

ADHS ist mit zahlreichen funktionellen Beeinträchtigungen assoziiert, die bedeutsame Risikofaktoren im weiteren Verlauf darstellen. Zu den funktionellen Beeinträchtigungen gehören u. a. Probleme im Bereich von Schule, Ausbildung und Beruf aber auch soziale Schwierigkeiten in der Familie, im Kontakt mit Gleichaltrigen und Beziehungspartnern. Längsschnittstudien haben gezeigt, dass von ADHS betroffene Erwachsene einen niedrigeren Ausbildungsstand erreichen, ein geringeres Einkommen und einen niedrigeren sozioökonomischen Status haben, ein erhöhtes Risikoverhalten zeigen, häufiger in Verkehrsunfälle verwickelt sind und häufiger Gesetzesübertretungen begehen.

Die Lebensqualität der Betroffenen ist erniedrigt. Daher sind eine frühzeitige Diagnose und Behandlung essentiell.

### Befunderhebung: SEU, SRU, SAU

Hinweise aus dem Anamnesebogen (SEU, SRU):

- Frage 1: ADS/ADHS
- Frage 4: Konzentrationsstörung, Aggressivität, motorische Unruhe/Hyperaktivität, Unüberlegte/riskante Handlungen
- Frage 5: Kinder- und Jugendpsychiater
- Frage 6: psychologische Behandlung
- Frage 8: Medikation in Zusammenhang mit ADS/ADHS

Hinweise aus dem Erhebungsbogen nach JArbSchG (SAU):

- Frage 2.7: ärztliche Behandlung aufgrund von ADS/ADHS
- Frage 2.8: Medikamenteneinnahme aufgrund von ADS/ADHS

Anamnese am Untersuchungstag:

- ggf. weitere Fragen nach Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität
- Wurde bereits eine entsprechende Diagnostik durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?
- Ist Ihr Kind/fühlst du dich in den Klassenverband gut integriert?
- Musste aufgrund der Störung bereits die Kita-/Schule gewechselt oder eine Klassenstufe wiederholt werden?

Hinweise in der Untersuchungssituation

- Unaufmerksamkeit, Konzentrationsprobleme, Hyperaktivität und Impulsivität

### Funktionsgruppen

#### FG1 SEU, SRU

Auffällig in Anamnese **und** Untersuchungssituation

#### FG2 SEU, SRU

Bestätigtes ADS/ADHS und ausreichende Integration in Familie und Kita bzw. Schule

#### FG3 SEU, SRU

Bestätigtes ADS/ADHS und **nicht** ausreichende Integration in Familie und Kita bzw. Schule

## Maßnahmen des KJGD

### FG1

- Empfehlung der fachärztlichen Vorstellung und Diagnostik

### FG3

- Empfehlung Intensivierung der Behandlung
- Diese sollte ggf. folgende Aspekte enthalten
  - Psychoedukation der Sorgeberechtigten, des Kindes/Jugendlichen sowie weiterer Bezugspersonen,
  - Verhaltenstherapeutische Interventionen bezogen auf Familien (Sorgeberechtigtentraining) bzw. Kita oder Schule bei leichten und mittleren Schweregraden,
  - Pharmakotherapie mit Stimulanzien (ab dem Alter von 6 Jahren).

Verweis Leitlinie:

- S3-Leitlinie: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend-, und Erwachsenenalter, 2017, AWMF-Register-Nr.: 028-045

Bearbeiter\*innen: Dr. Gabriele Ellsäßer, Prof. Dr. Günter Esser, Dr. Wolfgang Ihle, Dr. Sascha Jatzkowski

## 2.3 Intelligenzminderung

Bei einer Intelligenzminderung handelt es sich um ein zeitstabiles persönlichkeitsimmanentes Merkmal, wobei die individuellen Beeinträchtigungen von Fertigkeiten abhängig vom Alter und den damit verbundenen Entwicklungsaufgaben zu unterschiedlichen Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag führen. Diese werden in drei Domänen eingeteilt werden:

- konzeptionelle Domäne: Sprache, Lesen, Schreiben, Mathematik, Urteilen, Denken, Wissen,
- soziale Domäne: Empathie, soziales Urteilsvermögen, Kommunikation und Beziehungsaufnahme,
- praktische Domäne: Selbstmanagement, Hygiene, Schulbesuch, berufliche Verantwortung, Geldumgang, Freizeitverhalten.

Man unterscheidet zwischen endogenen (in der Regel genetischen) sowie exogenen Ursachen. Exogene Faktoren können intrauterine Infektionen (Röteln, Zytomegalie), intrauterine Noxen (Alkohol, Drogen, Phenylalanin, Radioaktivität u. a.), Stoffwechseldefekte (Hypothyreose u. a.), peripartale Hypoxie und postpartale Risiken (Frühgeburt, Beatmung, Hirnblutung u. a.) sein.

Generell sollte bei Kindern wegen der therapeutischen Möglichkeiten versucht werden, eine Entwicklungsverzögerung, die später dann als Intelligenzminderung imponieren wird, früh zu diagnostizieren.

### Befunderhebung: KITA, SEU, SRU, SAU

Hinweise aus dem Anamnesebogen:

- Frage 6: Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), Integrationskita, Einzelintegration, Sprachförderung Frühförderung

Anamnese am Untersuchungstag:

- Wurde bereits eine entsprechende Diagnostik durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?
- Ggf. ist eine Assistenz im Alltag notwendig? Welche Maßnahmen wurden und werden durchgeführt?

### Funktionsgruppen

#### FG2 KITA, SEU, SRU, SAU

Intelligenzminderung mit geeigneter Testdiagnostik festgestellt oder bekannter Diagnose

#### FG3 KITA, SEU, SRU, SAU

Intelligenzminderung mit geeigneter Testdiagnostik festgestellt oder bekannter Diagnose **und** Einschränkung der Teilhabe (Assistenz im Alltag notwendig)

### Maßnahmen des KJGD

#### KITA, SEU, SRU

- Bei Verdacht auf eine Intelligenzminderung und noch nicht gestellter Diagnose → Empfehlung zur weiteren Diagnostik bei der behandelnden Kinder- und Jugendärztin/beim behandelnden Kinder- und Jugendarzt,
- ggf. Initiierung einer interdisziplinären Zusammenarbeit, z. B. mit Sozialpädiatrischen Zentren, Kinder- und Jugendpsychiater\*innen, Schulen und Fachdiensten.

#### SAU

- Abhängig vom Ausmaß der Beeinträchtigung → Einschränkung für Arbeiten mit erhöhten psychischen Belastungen
- ggf. Empfehlungen zu berufsvorbereitenden Maßnahmen oder geschützten Werkstätten
- Hinweis auf Beratungsangebote bei Arbeitsämtern und auf Begutachtungen zu Betreuungsfragen

Verweis Leitlinie:

- S2k Praxisleitlinie „Intelligenzminderung“, 2021, AWMF-Register-Nr.: 028-042

Bearbeiter\*innen: Dr. Gabriele Ellsäßer, Dr. Thomas Mandel, Dr. Sascha Jatzkowski

## 2.4 Emotionale/soziale Störungen

Die wichtigsten emotionalen Störungen des Kindes- und Jugendalters sind: Angststörungen, Phobien, depressive Störungen und Zwangsstörungen. Diese Störungen manifestieren sich oft altersspezifisch: Säuglings- und Kleinkindalter → Trennungsangst; Vorschulalter, mittlere Kindheit → Tierphobie, Dunkelangst; mittlere Kindheit, frühe Adoleszenz → Schulphobie (Trennungsangst) und Schulangst, Sozialphobie; Adoleszenz → generalisierte Angststörung, Panikstörung, Agoraphobie.

Früh beginnende emotionale Störungen sowie Störungen des Sozialverhalten (SSV) sind mit einem ungünstigen Verlauf verbunden, schlechtem schulischen und beruflichem Erfolg, sozialer Isolierung und in der Adoleszenz mit Substanzmissbrauch und vermehrtem Kontakt mit dem Strafvollzugssystem. Es besteht ein hohes Risiko für die Chronifizierung psychischer, aber auch gesundheitlicher Probleme bis ins Erwachsenenalter. Daher ist eine frühe Diagnostik und Behandlung wichtig für die weitere Entwicklung des Kindes.

### Befunderhebung: KITA, SEU, SRU, SAU

Hinweise aus dem Anamnesebogen:

- KITA, SEU, SRU:
  - Frage 4: alle Verhaltensauffälligkeiten
  - Frage 5: Kinder- und Jugendpsychiater
  - Frage 6: Psychologische Behandlung/Psychotherapie, Psychiatrische Institutionsambulanz, Sozialpädiatrisches Zentrum
  - Frage 8: Einnahme von Psychopharmaka
- SAU:
  - Frage 2.5: Ohnmacht, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Schlafstörungen
  - Frage 2.8: Einnahme von Psychopharmaka
  - Frage 2.9: Alkoholkonsum

Fragen am Untersuchungstag:

- KITA, SEU:
  - Kann sich Ihr Kind/das Kind nur schwer von der Mutter oder dem Vater trennen?
  - Ist Ihr Kind/das Kind häufig ungehorsam oder hat Wutausbrüche?
  - Zerstört Ihr Kind/das Kind oft mutwillig Gegenstände oder Spiele?
  - Übt Ihr Kind/das Kind oft Gewalt gegen andere Kinder aus?
  - Wird Ihr Kind/das Kind häufig von anderen Kindern gehänselt?
  - Hat Ihr Kind/das Kind Angst vor anderen Kindern?
- SRU, SAU
  - Hast du oft Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit?
  - Bist du häufig bedrückt, unglücklich oder niedergeschlagen?
  - Bist du oft ängstlich?
  - Hast du Angst davor in die Schule zu gehen?
  - Schwänzt du manchmal die Schule?
  - Hast du Freunde?

### Funktionsgruppen

#### FG1 KITA, SEU, SRU, SAU

- emotionale/soziale Störung, die sich auf die Familie beschränken

#### FG2 KITA, SEU, SRU, SAU

- emotionale/soziale Störung, mit Auswirkungen auf die Familie **sowie** Kita bzw. Schule

#### FG3 KITA, SEU, SRU, SAU

- emotionale/soziale Störung, mit Auswirkungen auf die Familie **sowie erhebliche** Auswirkungen auf Kita bzw. Schule

## Maßnahmen des KJGD

- Bei Verdacht auf eine emotionale/soziale Störung und noch nicht gestellter Diagnose → Empfehlung zur kinder- und jugendpsychiatrischen Vorstellung und Diagnostik
- Wichtig für eine erfolgreiche Behandlung ist ein familienzentriertes Vorgehen. Bei einem problematischen familiären oder psychosozialen Umfeld ist der Einsatz von Sozialarbeit und Pädagogik zu empfehlen. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, den Erziehungsberatungsstellen bzw. Schulpsychologen ist notwendig.

Verweis Leitlinie:

- S3-Leitlinie: Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung, 2016, AWMF- Register-Nr.: 028-020

Bearbeiter\*innen: Dr. Gabriele Ellsäßer, Dr. Dr. Ulrich Preuß, Dr. Sascha Jatzkowski

## 2.5 Sprach- und Sprechstörungen

Sprach- und Sprechstörungen gehören häufig zu den umschriebenen Entwicklungsstörungen, können jedoch auch imponierend im Rahmen einer allgemeinen Entwicklungsstörung auftreten. Wegen der speziellen Fördermaßnahmen wird der Befund jedoch stets eigenständig festgehalten. Die Sprach- und Sprechstörungen beziehen sich einerseits auf die Sprachfunktion (gesprochene Sprache, Sprachverständnis, Zeichen und Gesten) und andererseits auf Störungen des Sprechens (Artikulationsstörungen, Störungen des Redeflusses). Die Prävalenz von Sprach- und Sprechstörung liegt in Brandenburg bei ca. 20 %.

Da Sprache und Sprechen mit der Entwicklung aller Wahrnehmungsfunktionen, der Motorik sowie der kognitiven und sozialen Entwicklung eng verbunden sind, beträgt die Spannweite von Sprachleistungen bereits am Ende des 2. Lebensjahres bis zu 12 Monate. Daher haben sogenannte „Sprach-Meilensteine“ nur eine begrenzte Aussagekraft. Dies erklärt auch die bisherigen wissenschaftlichen Ergebnisse zur prognostischen Validität von Sprachentwicklungsstörungen im frühen Vorschulalter, nach denen etwa 50 % der zuvor auffälligen Kinder im folgenden Jahr wieder Normwerte erreichen. Demgegenüber haben Kinder mit spätem expressivem Spracherwerb ein erhöhtes Risiko, eine Sprachentwicklungsstörung zu entwickeln.

Die Anamnese zu Sprach- und Sprechstörungen ist bei der Befunderhebung ebenso wichtig wie das aktuelle Untersuchungsergebnis. Weiterhin spielt es eine wichtige Rolle, ob neben den Sprach- und Sprechstörungen weitere Funktionsauffälligkeiten vorhanden sind (wie Hören, Wahrnehmung, Mundmotorik und Intelligenz). Dies ist bei der Befunderhebung zu berücksichtigen. Bei Sprachentwicklungsstörungen ist immer eine Hörstörung auszuschließen. Bei der Untersuchung von Kindern, die in den ersten vier Lebensjahren überwiegend eine andere Sprache als Deutsch gesprochen haben, kann sich die Unterscheidung zwischen Sprach-/Sprechstörung und lediglich geringer Deutschkenntnisse als besondere Herausforderung gestalten. Das SOPESS- Manual (Seite 27) gibt orientierende Empfehlungen zum Umgang mit verschiedenen Deutschkenntnissen.

### Befunderhebung: KITA, SEU, SRU, SAU

Hinweise aus dem Anamnesebogen:

- Frage 1: Sprachauffälligkeit
- Frage 3: Häufige Infekte oder Mittelohrentzündungen (besonders in den ersten zwei Lebensjahren)
- Frage 6: Logopädie, Integrationskita, Einzelintegration, Sprachförderung in der Kita, Frühförderung

Anamnese am Untersuchungstag:

- Wurde bereits eine entsprechende Diagnose gestellt? Befindet sich das Kind in Förderung?

Durchzuführende Tests:

- **KITA 30 bis 36 Monate** – siehe Kapitel III - 1.3 Sprache und Sprechen
  - Expressive Sprache: [REDACTED]
  - Rezeptive Sprache: [REDACTED]
- **KITA 37 bis 42 Monate** – siehe Kapitel III - 1.3 Sprache und Sprechen
  - Expressive Sprache: [REDACTED]
  - Rezeptive Sprache: [REDACTED]
- **KITA 43 bis 48 Monate** – siehe Kapitel III - 1.3 Sprache und Sprechen
  - Expressive Sprache: [REDACTED]
  - Rezeptive Sprache: [REDACTED]
- **SEU** – siehe Kapitel III - 3.1 Sprache und Sprechen
  - Expressive Sprache: [REDACTED]
  - Rezeptive Sprache: [REDACTED]

Kommunikation während der Untersuchungssituation:

- Komplexe phonetisch/phonologische Störung, Störung des Redeflusses



## Funktionsgruppen

### FG1 KITA

- a) im expressiven **und** rezeptiven Sprachbereich **je 1 Test** nicht gelöst
- b) im expressiven **oder** rezeptiven Sprachbereich **je 2 Tests** nicht gelöst
- c) bereits gestellte ärztliche Diagnose Sprach- und Sprechstörung

### SEU

- a) auffällig im expressiven Sprachbereich [REDACTED] **oder** auffällig im rezeptiven Sprachbereich [REDACTED]
- b) bereits gestellte ärztliche Diagnose Sprach- und Sprechstörung

### SRU, SAU

bereits gestellte ärztliche Diagnose Sprach- und Sprechstörung

### FG2 KITA, SEU, SRU, SAU

bereits gestellte ärztliche Diagnose Sprach- und Sprechstörung **und/oder** beeinträchtigte sprachliche Kommunikation, einschließlich Stottern oder einer phonetisch/phonologischen Störung in mehr als zwei Lautbereichen

### FG3 KITA, SEU, SRU, SAU

bereits gestellte ärztliche Diagnose Sprach- und Sprechstörung **und/oder stark** beeinträchtigte sprachliche Kommunikation (schwerverständlich), einschließlich **schwerem** Stottern oder einer komplexen phonetisch/phonologischen Störung

## Maßnahmen des KJGD

### KITA

- Empfehlung einer weiterführenden Diagnostik durch Kinder- und Jugendärztin/Kinder- und Jugendarzt,
- Aufnahme in das Betreuungscontrolling, ggf. Übermittlung an die Frühförder- und Beratungsstelle,
- Neben einer gezielten Intervention bei Kita-Kindern mit Sprach- und Sprechstörungen ist eine alltagsintegrierte und anregende Sprachförderung durch Lieder, Reime oder Rollenspiele in der Häuslichkeit und in der Kita – wie für alle Kinder – zu empfehlen.

### SEU

- Empfehlung einer vertiefenden Sprachentwicklungs- und Hördiagnostik durch Kinder- und Jugendärztin/Kinder- und Jugendarzt
- Beratung zum schulischen Förderbedarf und ggf. Empfehlung zur sonderpädagogischen Unterstützung, bei Schulrückstellung Beratung und Einleitung sprachfördernder Maßnahmen,
- Neben einer gezielten Intervention bei Kita-Kindern mit Sprach- und Sprechstörungen ist eine alltagsintegrierte und anregende Sprachförderung durch Lieder, Reime oder Rollenspiele in der Häuslichkeit und in der Kita – wie für alle Kinder – zu empfehlen.

### SRU

- Beratung zum schulischen Förderbedarf und ggf. Empfehlung zur sonderpädagogischen Unterstützung,
- Bei gleichzeitigem Vorliegen von weiteren Störungen ist ggf. eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik/Betreuung notwendig.

### SAU

- Beratung der/des Jugendlichen zu Einschränkungen bei der Ausübung bestimmter Berufe

Verweis Leitlinie:

- S2k-Leitlinie: Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES) unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES), 2011, AWMF-Register-Nr.: 049-006

Bearbeiterinnen: Dr. Kirsten Berg, Dr. Heike Greese

## 2.6 Visuelle Wahrnehmungsstörungen

Unter visueller Wahrnehmung versteht man nicht primär nur die Aufnahme von Sinnesreizen über den Augenapparat, sondern vor allem die kognitive Verarbeitung dieser Reize. Sie beschreibt einen Erkenntnisprozess von sowohl einzelnen Reizkonfigurationen (z. B. Form, Farbe, Ausdehnung, Bewegung), als auch komplexen Reizgefügen (Position im Raum, räumliche Anordnung von Objekten und Mustern, Erkennen von Objekten, Mustern und Gesichtern).

Störungen der visuellen Wahrnehmung und Verarbeitung können gravierende Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern haben. Je nach Ausprägungsgrad der Störung können die motorische Entwicklung, der Wortschatzerwerb, die kognitive Entwicklung (Gedächtnis, Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen) und im weiteren Verlauf auch die akademischen Fertigkeiten (Lesen, Schreiben, Rechnen) beeinträchtigt werden.

Die Untersuchung der visuellen Wahrnehmung ist Teil des Entwicklungsscreenings von Kindern im Alter von 30 bis 48 Lebensmonaten und von Einschülern. Die vielfältigen Wahrnehmungsfunktionen müssen bei den Untersuchungen aus untersuchungsökonomischen Gründen auf die am besten analysierten visuellen Perzeptionsstörungen begrenzt werden.

### Befunderhebung: KITA, SEU

#### KITA 30 bis 38 Monate

- Tests zur visuellen Wahrnehmung: [REDACTED] – siehe Kapitel III - 1.4. Visuelle Wahrnehmung

#### KITA 39 bis 48 Monate

- Tests zur visuellen Wahrnehmung: [REDACTED] - siehe Kapitel III - 1.4. Visuelle Wahrnehmung

#### SEU

- [REDACTED] – siehe Kapitel III – 3.3. Visuelle Wahrnehmung

### Funktionsgruppen

#### FG1 KITA

2 der 3 Tests wurden nicht bestanden

#### SEU

[REDACTED] auffällig

### Maßnahmen des KJGD

#### KITA

- Empfehlung zur weiterführenden kinder- und jugendärztlichen Diagnostik
- Empfehlung einer augenärztlichen Diagnostik
- Aufnahme in das Betreuungscontrolling

#### SEU

- Empfehlung zur weiterführenden Diagnostik durch Kinder- und Jugendärztin/Kinder- und Jugendarzt oder Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
- Empfehlung einer augenärztlichen Diagnostik

Verweis Leitlinie:

- S2k-Leitlinie: Visuelle Wahrnehmungsstörungen, 2017, AWMF-Register-Nr.: 022-020

Bearbeiterinnen: Dr. Kirsten Berg, Dr. Heike Greese

## 2.7 Allgemeine Entwicklungsstörung

Eine **Entwicklungsstörung** liegt vor, wenn die Entwicklung eines Kindes in einem oder mehreren Bereichen deutlich, d. h. in der Regel unterhalb von 2 Standardabweichungen eines Normalkollektivs liegt. Wesentliche Entwicklungsbereiche sind die Motorik, die Sprache, das Sozialverhalten und die Intelligenz. Neben unterschiedlichen Schweregraden können **globale (allgemeine)**, d. h. mehrere Entwicklungsbereiche umfassende und **umschriebene Entwicklungsstörungen** der Sprache, des Sprechens und der schulischen Fähigkeiten unterschieden werden.

Im Gegensatz zu einer Entwicklungsauffälligkeit ist eine Entwicklungsstörung eine definierte, langdauernde Beeinträchtigung. Viele Entwicklungsstörungen bleiben lebenslang bestehen, einige können sich zurückbilden, andere können in ihren Auswirkungen ausgeglichen werden. Besteht die potenzielle Möglichkeit einer normalen Entwicklung, kann man von einer **Entwicklungsverzögerung** bzw. Retardierung sprechen.

Bei einer allgemeinen (globalen) Entwicklungsstörung sind neben der Intelligenz, meist auch die Sprache und nicht selten auch die Motorik betroffen.

Entwicklungsstörungen verursachen durch chronische Überforderung sowie das Gefühl nicht mithalten zu können bzw. am Leben der anderen nicht teilhaben zu können, oft sekundäre psychische Störungen.

### Befunderhebung: KITA, SEU

Auffällige Befunde in den Untersuchungen

- 2.5 Sprach- und Sprechstörung
- 2.6 Visuelle Wahrnehmungsstörung

Hinweise aus dem Anamnesebogen zur bereits stattfindenden Förderung:

- Frage 6: jede der genannten Möglichkeiten der Förderung

Anamnese am Untersuchungstag:

- Wurde bereits eine entsprechende Diagnose gestellt?
- Laufen bereits Fördermaßnahmen? Wenn ja, welche?
- Wie ist das Kind in der Einrichtung integriert?

### Funktionsgruppen

#### FG1 KITA, SEU

Auffällige Befunde 2.5 Sprach- und Sprechstörung **und** 2.6 Visuelle Wahrnehmungsstörung – **erstmalige Feststellung**

#### FG2 KITA, SEU

Auffällige Befunde 2.5 Sprach- und Sprechstörung **und** 2.6 Visuelle Wahrnehmungsstörung – **mit ausreichender Förderung und Integration in der Kita**

#### FG3 KITA, SEU

Auffällige Befunde 2.5 Sprach- und Sprechstörung **und** 2.6 Visuelle Wahrnehmungsstörung – **ohne ausreichende Integration und Förderung**, trotz laufender Fördermaßnahmen

### Maßnahmen des KJGD

#### KITA

- FG1: Empfehlung zur weiterführenden kinder- und jugendärztlichen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik oder Sozialpädiatrisches Zentrum
- FG1: Aufnahme in das Betreuungscontrolling
- FG1: Einleitung von Fördermaßnahmen wie z. B. einer mobilen Frühförderung, eines pädagogischen Mehrbedarfes in der Kita
- FG3: ggf. Intensivierung der Förderung

## SEU

- Beratung der Sorgeberechtigten zum schulischen Förderbedarf
- FG1: Empfehlung zur weiterführenden kinder- und jugendärztlichen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik oder Sozialpädiatrisches Zentrum
- FG1: Hinweise an die Pädagogen und Empfehlung zur sonderpädagogischen Unterstützung (z. B. Einleitung eines Förderausschussverfahrens zur Festlegung des Bildungsganges)
- Bei Zurückstellung vom Schulbesuch: Einleitung von Fördermaßnahmen wie z.B. einer mobilen Frühförderung, eines pädagogischen Mehrbedarfes in der Kita o.ä.
- FG3: ggf. Intensivierung der Förderung

### Verweis Leitlinie:

- S2k-Leitlinie: Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES) unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES), 2011, AWMF-Register-Nr.: 049-006
- S2k-Leitlinie: Visuelle Wahrnehmungsstörungen, 2017, AWMF-Register-Nr.: 022-020

### Quellen:

- Manual zur BUEVA III, Günter Esser

Bearbeiterinnen: Dr. Kirsten Berg, Dr. Heike Greese

## 2.8 Schulische Vorläuferfähigkeiten

Die schulischen Vorläuferfähigkeiten gehören zu den umschriebenen Entwicklungsstörungen. Diese haben eine insgesamt hohe Prävalenz von 17 %. Sie beeinflussen maßgeblich den schulischen Erfolg und zeigen deutliche Auswirkungen auf die sozial-emotionale Entwicklung eines Kindes bzw. Jugendlichen

Die durch SOPESS erfassten Teilbereiche lassen spezifische Schwächen erkennen, wie sie für den Lernprozess benötigt werden. Aus der [REDACTED] und dem [REDACTED] ergeben sich Hinweise auf ein (noch) nicht entwickeltes Mengenverständnis. Durch die Anforderungen der selektiven Aufmerksamkeit lassen sich sowohl die Bereiche Aufmerksamkeit, Leistungsbereitschaft als auch serielle Fähigkeiten beurteilen

Bei Schwierigkeiten in den schulischen Vorläuferfähigkeiten lassen sich zumindest Hinweise auf mögliche Probleme im späteren Schulalltag ableiten, wie z. B. ein verlangsamtes Arbeitstempo, einem größeren Aufwand zur Durchführung einer Aufgabe, höhere Anforderungen an die Anstrengungsbereitschaft und zahlreiche Frustrationserlebnisse.

Ein Ziel der Schuleingangsuntersuchung ist die frühzeitige Erfassung möglicher umschriebener Entwicklungsstörungen.

### Befunderhebung: SEU

SOPESS – siehe Kapitel III - 3.4 Schulische Vorläuferfähigkeiten

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

### Funktionsgruppen

FG1 SEU

Auffällig im Test [REDACTED] oder [REDACTED] oder [REDACTED]

### Maßnahmen des KJGD

- Beratung der Sorgeberechtigten zu Alltagsförderung, z. B. durch Spiele oder entsprechende Hilfe im Haushalt,
- spezifische Beratung der Lehrerinnen und Lehrer zu besonderen Fördermotwendigkeiten, aber auch zu möglichen – kompensatorisch nutzbaren – Stärken,
- ggf. Empfehlung der Zurückstellung.

Verweis Leitlinie:

- S3-Leitlinie: Diagnostik und Behandlung bei der Lese- und/oder Rechtschreibstörung, 2015, AWMF-Register-Nr.: 028-044 (in Überarbeitung)

Quellen:

- Daseking, M., Petermann, F, Simon, K. & Waldmann, H.-C. (2011). Vorhersage von schulischen Lernstörungen durch SOPESS. Gesundheitswesen, 73, 650-659.

Bearbeiterinnen: Dr. Kirsten Berg, Dr. Heike Greese

## 2.9 Harninkontinenz

Nicht organische (funktionelle) Harninkontinenz bezeichnet einen unwillkürlichen Harnverlust nach Ausschluss struktureller Anomalien des Harntrakts, epileptischer Anfälle, neurologischer oder anderer nicht psychiatrischer Erkrankungen bei einem Kind ab dem chronologischen Alter von 5 Jahren.

Eine kontinuierliche Harninkontinenz ist fast ausschließlich somatisch durch neurogene Blasendysfunktion oder angeborene Fehlbildungen bedingt. Eine intermittierende Harninkontinenz tritt entweder als Inkontinenz im Schlaf/Enuresis nocturna (inclusive Mittagsschlaf) aufgrund erschwelter Erweckbarkeit oder als nicht-organische funktionelle Harninkontinenz im Wachzustand bei überaktiver Blase, Harninkontinenz bei Miktionsaufschub oder Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination auf. Sie gilt als pathologisch, wenn mindestens 1 x im Monat über eine Dauer von 3 Monaten Einnässen aufgetreten ist.

Es treten häufig komorbide Störungen wie ADHS, Störungen des Sozialverhaltens, Harnwegsinfektionen und eine „Bladder und Bowel-Dysfunktion“ auf. Kinder und Jugendliche mit neurobiologischen Entwicklungsstörungen (Autismus-Spektrum-Störung, Intelligenzminderung, ADHS), mit Teilleistungsstörungen, Frühgeborene und Adipöse zählen zur Risikogruppe für Harninkontinenz.

Die Folgen sind eine beeinträchtigte Lebensqualität, erniedrigtes Selbstwertgefühl und eine hohe Belastung der Sorgeberechtigten.

### Befunderhebung: SEU, SRU (Klasse 6)

Hinweise aus dem Anamnesebogen:

- Frage 1: Nieren- und Harnwegserkrankung, Wirbelsäulenleiden, Tumor, Autismus-Spektrum-Störungen, ADS/ADHS, Epilepsie, Sprachauffälligkeit
- Frage 2: Blasen- und Harnwegsentzündung
- Frage 4: Bettnässen, Einkoten
- Frage 5: Urologe
- Frage 8: entsprechende Medikamente

Anamnese am Untersuchungstag:

- Miktionsverhalten
- Häufigkeit und Tageszeit des Einnässens
- Fehlbildungen

### Funktionsgruppen

#### FG2 SEU

- 5 bis unter 7 Jahre: in den letzten 3 Monaten nachts mehr als 2-mal pro Monat eingenässt
- 7 Jahre und älter: in den letzten 3 Monaten nachts mehr als 1-mal pro Monat eingenässt

#### SRU (Klasse 6)

- in den letzten 3 Monaten nachts mehr als 1-mal pro Monat eingenässt

### Maßnahmen des KJGD

- Empfehlung zur Basisdiagnostik durch Kinder- und Jugendärztin/Kinder- und Jugendarzt

Verweis Leitlinie:

- S2k-Leitlinie: Enuresis und nicht-organische (funktionelle) Harninkontinenz bei Kindern und Jugendlichen, 2021, AWMF-Register-Nr.: 028-026

Bearbeiterin: Dr. Ingrid Seibt

## 3. Sinnesorgane

### 3.1 Sehfehler

Sehfehler können in jedem Lebensalter auftreten. Bei angeborenen Sehfehlern sind die Kinder diese gewohnt und äußern keine Beschwerden. Sie können durch Blinzeln, nahes Heranrücken an den Fernseher, Kopfschmerzen, Koordinations- und Konzentrationsstörungen auffallen.

Die **Hyperopie/Weitsichtigkeit** ist im Kleinkindalter häufig, bei welcher das Nahsehen beeinträchtigt ist. Sie ist durch ein zu kurzes Auge begründet. Da das Auge noch wächst, hebt sich diese Störung bei geringer Ausprägung oft auf. Festgestellt werden kann sie nur bei der Augenärztin/beim Augenarzt durch „Träufeln“ mit Lähmung des Ziliarmuskels. (Brillenpass z. B. + 1,5 Dioptrien)

Die **Myopie/Kurzsichtigkeit** entwickelt sich meist erst im Schulalter, da das Auge zu stark wächst und zu lang wird. Begünstigt wird dies durch ständiges Nahsehen, wie beim Lesen unter schlechten Lichtverhältnissen. (Brillenpass z. B. - 1,5 Dioptrien)

Beim Astigmatismus, der Zerr- oder Stabsichtigkeit liegt eine Hornhautverkrümmung in einem bestimmten Bereich vor, der mit einer Gradzahl angegeben wird. (Brillenpass z. B. +/-... **2,0 (bei) 180°**)

Die **Amblyopie** bezeichnet eine angeborene oder erworbene Schwachsichtigkeit des Auges ohne organischen Augenbefund z. B. beim Schielen durch Unterdrücken des schwachen Auges durch das Gehirn. Sie kann in der Regel bis zum 7. Lebensjahr durch Behandlung der Ursache behoben oder verringert werden.

**Schielen** kann divergent, konvergent, alternierend sein. Beim Schielen ist das Stereosehen beeinträchtigt. Unbehandelt kann Schielen zur Amblyopie s. o. führen. Die Amblyopie kann aber auch die Ursache des Schielens sein.

**Farbsinnstörungen** sind in der Regel angeboren (8 % aller Männer und 0,4 % aller Frauen) und treten am häufigsten als Rot-Grün-Schwäche auf. Bei geringer Farbstärke wird Rot/Grün als Grau gesehen. Farbtauglichkeit ist bei manchen Berufen Voraussetzung: Maler-Lackierer\*in, Friseur\*in, Designer\*in, Textilverkäufer\*in etc.

#### Befunderhebung: KITA, SEU, SRU, SAU

Hinweise aus dem Anamnesebogen (KITA, SEU, SRU):

- Frage 1: Sehstörungen
- Frage 5: Augenärztin/-arzt
- Frage 7: Sehhilfe

Hinweise aus dem Erhebungsbogen nach JArbSchG (SAU):

- Frage 2.1: Augenerkrankung

Durchzuführende Tests:

- KITA – siehe Kapitel III – 4.1. Sehtests
  - Lang I (Stereosehtest)
  - bei Auffälligkeit in Lang I: Cover- oder Motilitätstest
  - bei Bedarf Cover- oder Motilitätstest
- SEU – siehe Kapitel III - 4.1. Sehtests
  - monokularer Visustest (LEA-Test)
  - Lang II (Stereosehtest)
  - Farbsinntest
  - bei Bedarf Cover- oder Motilitätstest
- SRU – siehe Kapitel III - 4.1 Sehtests
  - monokularer Visustest (EDTRS Tafel)
  - Lang II (Stereosehtest)
  - Farbsinntest
  - bei Bedarf Cover- oder Motilitätstest

- SAU – siehe Kapitel III - 4.1 Sehtests
  - monokularer Visustest (EDTRS Tafel)
  - Lang II (Stereosehtest)
  - Farbsinntest
  - bei Bedarf Cover- oder Motilitätstest
  - Nahsehtafel (OCULUS)

Weitere Hinweise auf den Verdacht eines Sehfehlers während der Untersuchung

- fehlende Fixation bzw. Folgebewegungen der Augen
- Nystagmus
- Blendung bei hellem Licht
- Abwehr bei Abdecken des besseren Auges.

## Funktionsgruppen

### FG1 KITA

- b) Lang I (Stereosehtest) auffällig
- b) Verdacht Sehfehler

#### SEU, SRU, SAU

- a) auffällig im Sehscreening: Fernvisus mindestens auf einem Auge weniger als 0,8 aber nicht geringer, gleich als 0,5
- b) Auffällig in mind. einem der Untersuchungstests

**Hinweis:** Kinder, deren Sehvermögen mit Sehhilfen voll kompensiert ist (Fernvisus größer gleich 0,8), erhalten keine Funktionsgruppe

### FG2 KITA

augenärztliche Diagnose Sehfehler

#### SEU, SRU, SAU

auffällig im Sehscreening mit Fernvisus auf mindestens einem Auge kleiner gleich 0,5, aber nicht kleiner 0,2

### FG3 KITA

Sehvermögen stark eingeschränkt und mit Sehhilfen nicht mehr kompensierbar

#### SEU, SRU, SAU

- a) auffällig im Sehscreening mit Fernvisus auf mindestens einem Auge kleiner gleich 0,2
- b) Sehvermögen stark eingeschränkt und mit Sehhilfen nicht mehr kompensierbar

## Maßnahmen des KJGD

### KITA, SEU, SRU, SAU:

- Bei neu festgestellten Sehfehler sowie bei durch die Sehhilfe nicht kompensierten Sehfehlern → Kontrolle durch Kinder- und Jugendärztin/Kinder- und Jugendarzt oder Empfehlung der augenärztlichen Vorstellung,
- ggf. Empfehlung zur Brillenkontrolle bei der Optikerin/dem Optiker.

### Zusätzlich KITA

- „Sinnesspezifische Frühförderung Sehen“

### Zusätzlich SEU:

- Beantragung Förderausschussverfahren „Sehen“

### Zusätzlich SAU:

- Beratung der/des Jugendlichen zu Einschränkungen bei der Ausübung bestimmter Berufe

Verweis Leitlinie:

- S2k-Leitlinie: Visuelle Wahrnehmungsstörungen, 2017, AWMF-Register-Nr. 022-020

Bearbeiterin: Michaela Beck



## 3.2 Hörstörungen

Hörstörungen frühzeitig zu erkennen ist wichtig, da diese zu Störungen der Sprachentwicklung und des Wissenserwerbes führen können. Deshalb wird nach der Geburt das Neugeborenen-Hörscreening durchgeführt. Falls dies auffällig ist, können in speziellen Zentren Akustisch Evozierte Potentiale (AEP) abgeleitet werden. Dabei wird über ein EEG die Reaktion des Gehirns auf Töne gemessen. Das hat den Vorteil, dass das Kind nicht aktiv mitarbeiten muss.

Die durch die KJGD durchgeführte Audiometrie setzt die Mitarbeit sowie eine gewisse Auffassungsgabe des Kindes voraus. Daher wird diese in der Regel erst ab einem Alter von 4 Jahren durchgeführt. Falls diese Auffassungsgabe nicht gegeben ist, kann man auch die Flüsterprobe durchführen.

Die häufigsten Hörstörungen sind vorübergehend und entstehen im Kleinkindalter durch eine vergrößerte Rachenmandel, einen Paukenerguss oder Vernarbungen/Defekte im Trommelfell nach Mittelohrentzündung. Hinweise können eine behinderte Nasenatmung, nasale Sprache, Schnarchen, sehr lautes Sprechen und ein vermindertes Sprachverständnis sein. Sie bessern sich meist nach entsprechender Therapie. Seltener angeborene Hörstörungen werden meist mit einem Cochlea-Implantat versorgt. Bei bestimmten genetischen Erkrankungen kann es zu einer langsamen Ertaubung kommen. Bei Kinder mit behandlungsbedürftigen Sprachstörungen wird in der Regel vom HNO-Ärztin/-Arzt ein Hörtest durchgeführt.

### Befunderhebung: KITA, SEU, SRU, SAU

#### KITA

Hinweise aus dem Anamnesebogen:

- Frage 1: Hörstörung, Sprachauffälligkeit
- Frage 3: Mittelohrentzündung, Hals-/Mandelentzündung
- Frage 10: Paukenröhrchen Operation

Anamnese am Untersuchungstag:

- Kann sich das Kind beim Spielen oder Erzählen gut konzentrieren oder lässt die Aufmerksamkeit schnell nach?
- Kann sich das Kind mit seinen Spielkameraden sprachlich ausreichend verständigen oder ist es isoliert?
- Fragt das Kind häufig beim Erzählen oder Vorlesen nach?
- Stellt das Kind Radio, Fernseher, CD-Player oder andere elektronische Medien ungewöhnlich laut?
- Wurde bereits eine entsprechende Diagnostik durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Hinweise in der Untersuchungssituation

- Werden sprachliche Äußerungen insgesamt vom Kind sicher verstanden?
- Ist die Aussprache des Kindes deutlich?

#### SEU, SRU, SAU

Hinweise aus dem Anamnesebogen (SEU, SRU):

- Frage 1: Hörstörung, Sprachauffälligkeit
- Frage 3: Mittelohrentzündung, Hals-/Mandelentzündung
- Frage 10: Paukenröhrchen Operation

Hinweise aus dem Erhebungsbogen nach JArbSchG (SAU):

- Frage 2.1: Ohrenkrankheiten
- Frage 2.3. Operation (z. B. Paukenröhrchen)

Anamnese am Untersuchungstag:

- Wurde bereits eine entsprechende Diagnostik durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Hinweise in der Untersuchungssituation

- Werden sprachliche Äußerungen insgesamt sicher verstanden?
- Ist die Aussprache deutlich?

Tonschwellenaudiometrie

- Beschreibung der Durchführung in Kapitel III „Erläuterungen zu den durchzuführenden Tests“ – siehe Kapitel III - 4.2 Audiometrie

## Funktionsgruppen

### FG1 KITA

Verdacht auf Hörstörung

### SEU, SRU, SAU

einseitige Hörstörung bei mindestens einer Frequenz von größer gleich 30 dB

### FG2 KITA

bereits gestellte ärztliche Diagnose Hörstörung

### SEU, SRU, SAU

beidseitige Hörstörung bei jeweils mindestens einer Frequenz von größer gleich 30 dB

### FG3 KITA, SEU, SRU, SAU

apparative Versorgung einer bereits bekannten Schwerhörigkeit

## Maßnahmen des KJGD

### KITA

- Beratung der Sorgeberechtigten bzw. der/des Jugendlichen und Empfehlung der HNO- oder kinder- und jugendärztlichen Vorstellung
- Prüfung der Möglichkeit der „sinnesspezifischen Frühförderung Hören“ für dauerhaft hörgestörte Kinder

### SEU, SRU

- Beratung der Sorgeberechtigten bzw. der/des Jugendlichen und Empfehlung der HNO- oder kinder- und jugendärztlichen Vorstellung
- Beantragung eines Förderausschussverfahrens „Hören“ für dauerhaft hörgestörte Kinder

### SAU

- ggf. Empfehlung der HNO-ärztlichen Vorstellung
- Beratung der/des Jugendlichen bzgl. Einschränkungen der Berufswahl

Verweis Leitlinie:

- S2k-Leitlinie Periphere Hörstörungen im Kindesalter, 2013, AWMF-Register-Nr. 049-010

Bearbeiterin: Michaela Beck

## 4. Allergische Erkrankungen

### 4.1 Allergische Rhinitis/Konjunktivitis

Die allergische Rhinitis ist eine symptomatische Überempfindlichkeitsreaktion der Nasenschleimhaut, welche infolge von Allergenexposition durch eine IgE-vermittelte Entzündungsreaktion induziert wird. Das Leitsymptom ist der seröse Schnupfen, welcher mit Juckreiz und Niesattacken einhergeht. Sehr häufig wird sie durch eine allergische Bindehautentzündung begleitet (allergische Rhinokonjunktivitis). Die Erkrankung tritt entweder saisonal (Reaktion auf Pollen) oder auch ganzjährig (Reaktion auf Schimmelpilze, Hausstaubmilben, Tierhaare) auf, auch Mischformen sind möglich.

15-25 % der Gesamtbevölkerung leiden an einem allergischen Schnupfen, die Tendenz ist weiterhin steigend. Die Erkrankung beginnt häufig bereits im frühen Kindesalter und ist Teil des „atopischen Marsches“. Die allergische Rhinitis/Rhinokonjunktivitis kann deutliche Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen ausüben (Schlafstörungen, Lern- und Leistungseinschränkungen, Aktivitätseinschränkungen).

#### Befunderhebung: KITA, SEU, SRU, SAU

Hinweise aus dem Anamnesebogen (KITA, SEU, SRU):

- Frage 1: Allergischer Schnupfen/Augenentzündung, Asthma bronchiale
- Frage 5: Kinderärztin/-arzt oder Hausärztin/-arzt, HNO-Ärztin/-Arzt, Hautärztin/-arzt, Allergologin/Allergologe
- Frage 8: Antiallergika

Hinweise aus dem Erhebungsbogen nach JArbSchG (SAU):

- Frage 1: Allergie, Asthma, Hautkrankheiten
- Frage 2.1: Allergie, Asthma, Hautkrankheiten
- Frage 2.5: Husten/Auswurf, Atemnot, Kopfschmerzen, Allergische Reaktionen, Hautausschläge

Anamnese am Untersuchungstag:

- Kommt oder kam es bei Ihrem Kind/bei dir zu wiederholten Niesattacken in Verbindung mit laufender, verstopfter, juckender Nase und/oder tränenden, geröteten, juckenden Augen, obwohl Ihr Kind/du nicht erkältet war/warst?
- Wenn ja:
  - Wurde bereits eine entsprechende Diagnostik durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?
  - Wann treten oder traten diese Symptome auf (saisonal oder ganzjährig)? Und in welchen Situationen?
  - Bestehen bei Ihrem Kind/bei dir weitere allergische Erkrankungen wie z. B. Neurodermitis, Nahrungsmittelallergien, Asthma bronchiale?
  - Sind diese Erkrankungen oder ähnliche Symptome auch bei den Sorgeberechtigten und/oder Geschwistern des Kindes aufgetreten?
  - Bestehen Hinweise auf Schadstoffe/Allergene in der Umgebung (Schimmelbefall, Haustiere, Stäube, Rauchexposition)?
  - Führt die Erkrankung Ihres Kindes/deine Erkrankung bzw. die beschriebene Symptomatik zu Beeinträchtigungen im Alltag (Schlaf-, Konzentrations-, Schulprobleme, Verzicht auf bestimmte Aktivitäten)?

Klinische Untersuchung:

- Bei der Inspektion können im akuten Zustand seröse Rhinitis oder behinderte Nasenatmung, ekzematöse Hautveränderungen am Naseneingang, entzündete, tränende, manchmal auch geschwollene Bindehäute mit Umgebungsreaktion (Schwellung der Augenlider) festgestellt werden.

## Funktionsgruppen

- FG1** a) anamnestischer und/oder klinischer Verdacht auf das Vorliegen von allergischer Rhinitis/Konjunktivitis, ggf. zusätzlich unterstützt durch die bestehende allergische Vorbelastung und/oder familiäre Disposition  
b) bereits gestellte ärztliche Diagnose allergische Rhinitis/Konjunktivitis
- FG2** bereits gestellte ärztliche Diagnose allergische Rhinitis/Konjunktivitis **oder** in der FG1 beschriebener anamnestischer und/oder klinischer Verdacht **mit** erheblichen Beschwerden im Lebensalltag

## Maßnahmen des KJGD

### KITA, SEU, SRU, SAU

- FG1: Empfehlung einer allergologischen Diagnostik falls noch nicht ärztlich diagnostiziert
- FG2: Empfehlung einer intensivierten Diagnostik bzw. Behandlung

### Zusätzlich SAU

- Jugendlichen, die bereits vor Ausbildungsbeginn eine spezifische Sensibilisierung sowie Symptomatik gegenüber einem in bestimmten Berufen relevanten Allergen haben, sollte von diesem Beruf abgeraten bzw. über mögliche Schutzmaßnahmen beraten werden.
- Bei besonderen Fragestellungen kann auch der behandelnde Allergologe/Pulmologe konsultiert werden (Möglichkeit einer Ergänzungsuntersuchung).
- Eine Berufsberatung bei der Agentur für Arbeit kann bei der Suche nach geeigneten Ausbildungsmöglichkeiten unterstützen.

### Verweis Leitlinie:

- Leitlinie Allergische Rhinokonjunktivitis der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI), 2003;
- S3-Leitlinie: Allergieprävention, 2014, AWMF-Register-Nr.: 061-016

Bearbeiterin: Inna Sperling

## 4.2 Asthma bronchiale

Das Asthma bronchiale ist eine chronische, entzündliche Erkrankung der Atemwege, die durch das anfallsartige Auftreten in ihrer Intensität variierender Symptome wie Atemnot, Giemen, Husten, Auswurf, Thoraxenge gekennzeichnet ist. Ursächlich dafür ist eine bronchiale Hyperreagibilität, die als Reaktion auf verschiedene Reize (akute Atemwegserkrankungen, Allergien, körperliche Anstrengung, Umweltschadstoffe u. a.) zu einer Verengung der Bronchien führt. Vor allem das allergische Asthma bronchiale ist häufig mit anderen Erkrankungen des atopischen Formenkreises vergesellschaftet.

Das Asthma bronchiale ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters, die Jahresprävalenz beträgt 4-5 %, wobei Jungen mit 5-8 % etwas häufiger betroffen sind als Mädchen mit 3-5 %. Das Ziel der Asthma-Therapie (medikamentös und nicht-medikamentös) ist eine uneingeschränkte Teilnahme der betroffenen Kinder und Jugendlichen an Alltagsaktivitäten, auch körperliche Belastbarkeit spielt dabei eine große Rolle. Bei Hinweisen auf ein nur teilweise kontrolliertes bzw. unkontrolliertes Asthma bronchiale muss die Therapie neu überdacht und ggf. intensiviert werden.

### Befunderhebung: KITA, SEU, SRU, SAU

Hinweise aus dem Anamnesebogen (KITA, SEU, SRU):

- Frage 1: Asthma bronchiale
- Frage 5: Kinderärztin/-arzt oder Hausärztin/-arzt, HNO-Ärztin/-Arzt, Allergologin/Allergologe
- Frage 8: Antiasthmatica, Antiallergika
- Frage 9: z. B. Inhalator

Hinweise aus dem Erhebungsbogen nach JArbSchG (SAU):

- Frage 1: Allergie, Asthma
- Frage 2.1: Allergie, Asthma
- Frage 2.5: Husten/Auswurf, Atemnot, Allergische Reaktionen

Anamnese am Untersuchungstag:

- Wurde bereits eine entsprechende Diagnostik durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?
- Wenn Asthma bronchiale noch nicht diagnostiziert wurde:
  - Traten bei Ihrem Kind/bei dir Episoden mit erschwerter, pfeifender oder fiepender Atmung auf? Wenn ja, welche Therapie war dabei erforderlich?
  - Waren diese Episoden mit bestimmten auslösenden Faktoren wie Luftwegsinfekte, körperlicher Anstrengung oder allergischen Reaktionen verbunden?
  - Bestehen oder bestanden andere allergische Erkrankungen wie allergischer Schnupfen/Augenentzündung, Neurodermitis, Nahrungsmittelallergien? Sind diese Erkrankungen bei den (biologischen) Eltern und/oder bei Geschwistern des Kindes vorgekommen?
  - Bestehen Hinweise auf Schadstoffe/Allergene in der Umgebung (Schimmelbefall, Haustiere, Stäube, Rauchexposition)?
- Bei bereits bekanntem Asthma bronchiale ist die Frage nach Asthma-Kontrolle anhand der folgenden Symptomkriterien in den letzten 4 Wochen entscheidend:
  - Hatte Ihr Kind/hattest du Asthma-Symptome tagsüber?
  - Ist Ihr Kind/bist du nachts aufgrund von Asthma-Symptomen aufgewacht?
  - Musste Bedarfsmedikation eingesetzt werden?
  - War Ihr Kind/warst du durch seine/deine Asthma-Erkrankung in seinen/deinen Aktivitäten eingeschränkt?
  - Wenn 1-2 Kriterien erfüllt sind und die verstärkte Symptomatik nicht durch akute Atemwegserkrankungen erklärt werden kann, ist dies als ein Hinweis auf unzureichende therapeutische Asthma-Kontrolle zu werten.

Klinische Untersuchung:

- Thoraxinspektion
  - Bei schwerer Obstruktion können v.a. bei jüngeren Kindern Einziehungen und Tachypnoe sichtbar sein.
- Thoraxauskultation
  - Zeichen einer Atemwegsobstruktion: verlängertes Expirium, Giemen, Pfeifen, Brummen.
- Im beschwerdefreien Intervall fehlen typischerweise die beschriebenen Befunde, manchmal können bei forcierter Expiration trockene expiratorische Nebengeräusche auskultierbar sein.

## Funktionsgruppen

- FG1** a) anamnestischer und/oder klinischer Verdacht auf das Vorliegen von Asthma bronchiale, ggf. zusätzlich unterstützt durch die bestehende allergische Vorbelastung und/oder familiäre Disposition  
b) bereits gestellte ärztliche Diagnose Asthma bronchiale
- FG2** bereits gestellte ärztliche Diagnose Asthma bronchiale **oder** in der FG1 beschriebener anamnestischer und/oder klinischer Verdacht **mit** Hinweisen auf nur teilweise kontrolliertes bzw. unkontrolliertes Asthma bronchiale

## Maßnahmen des KJGD

**KITA, SEU, SRU, SAU:**

- FG1: Empfehlung einer allergologischen/pulmologischen Diagnostik falls noch nicht ärztlich diagnostiziert
- FG2: Empfehlung einer intensivierten Diagnostik bzw. Behandlung
- Sport: Je nach Schwere der Symptomatik ggf. Empfehlung für eine Teilsportbefreiung für Ausdauersportarten. Eine vollständige Sportbefreiung ist im Allgemeinen nicht notwendig. Die Teilnahme an sportlichen Aktivitäten verbessert die Lungenfunktion und kann erheblich zur Sicherung der Lebensqualität beitragen.

**Zusätzlich SAU:**

- Bei Jugendlichen mit einem bekannten Asthma bronchiale findet eine individuelle Risikoanalyse statt, die den Erkrankungsverlauf, die Erkrankungsintensität sowie die mögliche Allergen-Belastung bestimmter Berufsgruppen berücksichtigt.
- Insgesamt ist von Berufen mit einem hohen Vorkommen irritativer Noxen eher abzuraten, dazu gehören mehl- und holzverarbeitende Berufe, Berufe mit Reizstoff- und Duftstoffemissionen (Maler\*in, Lackierer\*in, Friseur\*in), Berufe mit bekannten Inhalationsallergenen wie Tierhaare, Pollen oder Schimmelpilze, sowie anderen Noxen wie Kälte oder hohe Luftfeuchtigkeit.
- Bei besonderen Fragestellungen können auch die behandelnde Allergologin/der behandelnde Allergologe oder die behandelnde Pulmologin/der behandelnde Pulmologe konsultiert werden (Möglichkeit einer Ergänzungsuntersuchung).
- Eine Berufsberatung bei der Agentur für Arbeit kann bei der Suche nach geeigneten Ausbildungsmöglichkeiten unterstützen.

Verweis Leitlinie:

- Nationale Versorgungsleitlinie Asthma 4. Auflage, S3, 2020, AWMF-Register-Nr.: nvl-002
- S3-Leitlinie: Allergieprävention, 2014, AWMF-Register-Nr.: 061-016

Bearbeiterin: Inna Sperling

### 4.3 Atopische Dermatitis

Die atopische Dermatitis ist eine chronische, in Schüben verlaufende entzündliche Hauterkrankung. Aufgrund der gestörten Barrierefunktion besteht eine hohe Vulnerabilität der Haut gegenüber vielfältigen Triggerfaktoren (u. a. Aero- und Nahrungsmittelallergene, mechanische und physikalische Reize, psychosoziale Umstände, hormoneller Einfluss). Neben den typischen Hauteffloreszenzen unterschiedlicher Intensität ist es vor allem der meist starke Juckreiz, der zu einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität bei Betroffenen führen kann.

Mit einem Auftreten bei 23 % der Säuglinge und Kleinkinder sowie bei 8 % der Schulkinder ist die atopische Dermatitis die häufigste chronische Erkrankung des Kindesalters. Die Morphologie und die Lokalisation der Hautbefunde ist altersabhängig. Bei etwa 60 % der Fälle manifestiert sich die Erkrankung im ersten Lebensjahr und besitzt eine hohe Komorbidität mit anderen Erkrankungen des atopischen Formenkreises.

#### Befunderhebung: KITA, SEU, SRU, SAU

Hinweise aus dem Anamnesebogen (KITA, SEU, SRU):

- Frage 1: Neurodermitis, Allergische Hauterkrankung
- Frage 5: Hautärztin/-arzt, Kinderärztin/-arzt oder Hausärztin/-arzt, Allergologin/Allergologe
- Frage 8: rückfettende Salben, kortisonhaltige Salben, immunsupprimierende Salben

Hinweise aus dem Erhebungsbogen nach JArbSchG (SAU):

- Frage 1: Hautkrankheiten, Allergie
- Frage 2.1: Hautkrankheiten, Allergie
- Frage 2.5: Hautausschläge

Anamnese am Untersuchungstag:

- Traten bei Ihrem Kind/bei dir Hautveränderungen (trockene, gerötete, entzündete, nässende, schuppene Hautstellen), die über einen längeren Zeitraum bestehen blieben oder in Schüben aufgetreten sind, auf?
- Wenn ja:
  - Wurde bereits eine entsprechende Diagnostik durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?
  - Welche Körperstellen waren oder sind dabei betroffen?
  - Sind diese Hautveränderungen mit Juckreiz verbunden?
  - Sind bei Ihrem Kind/bei dir oder bei den (biologischen) Eltern oder Geschwistern bereits andere allergische Erkrankungen diagnostiziert worden?
  - Haben Sie/hast du Zusammenhänge zwischen den Hauterscheinungen und dem Verzehr bestimmter Nahrungsmittel festgestellt?
  - Bestehen Hinweise auf Schadstoffe/Allergene in der Umgebung (Schimmelbefall, Haustiere, Stäube, Rauchexposition)?
  - Wie häufig treten diese Episoden auf oder ist es ein kontinuierlicher Verlauf?
  - Sind die Ihnen/dir zur Verfügung stehenden therapeutischen Möglichkeiten (medikamentöse und nichtmedikamentöse) ausreichend, um Ihrem Kind/dir die weitestgehend uneingeschränkte Teilnahme an Alltagsaktivitäten zu ermöglichen?
  - Leidet Ihr Kind/leidest du an Schlafstörungen aufgrund von starkem Juckreiz?
  - Leidet Ihr Kind/leidest du aufgrund des Hautbefundes und zieht/ziehst sich/dich von manchen Aktivitäten/Situationen zurück?

Klinische Untersuchung - Hautinspektion

- auch im beschwerdefreien Intervall häufig trockene, zum Teil auch schuppene Hautoberfläche sowie Kratzeffloreszenzen
- typischen Hautläsionen: nässende, entzündete, schuppene, juckende Hautstellen
- typische Lokalisation:
  - Säuglinge, Kleinkinder: Gesicht, Hals, Kopfhaut, Streckseiten der Extremitäten
  - Ältere Kinder, Jugendliche: Hals, Beugen der großen Gelenke (Ellenbogen, Kniegelenk), Hände, Füße
- auch Atopiestigmata wie palmoplantare Hyperlinearität, Keratosis pilaris, Ohrläppchenrhagaden, Dennie-Morgan-Falte, halonierte Augen und das Herthoge-Zeichen können wegweisend sein

## Funktionsgruppen

- FG1** a) anamnestischer und/oder klinischer Verdacht auf das Vorliegen von atopischer Dermatitis, ggf. zusätzlich unterstützt durch die bestehende allergische Vorbelastung und/oder familiäre Disposition  
b) bereits gestellte ärztliche Diagnose atopische Dermatitis
- FG2** bereits gestellte ärztliche Diagnose atopische Dermatitis **oder** in der FG1 beschriebener anamnestischer und/oder klinischer Verdacht **und** starker Juckreiz mit Schlafstörungen oder starken Hautveränderungen und/oder psychosozialen Beeinträchtigungen

## Maßnahmen des KJGD

### KITA, SEU, SRU, SAU:

- FG1: Empfehlung einer pädiatrischen/dermatologischen Diagnostik falls noch nicht ärztlich diagnostiziert
- FG2: Empfehlung einer intensivierten Diagnostik bzw. Behandlung
- Sport: Ggf. ist bei Verschlechterung des Hautbefundes als Reaktion auf starkes Schwitzen oder Schwimmunterricht eine entsprechende Teilfreistellung erforderlich.
- ggf. gesundheitliche Aufklärung des pädagogischen Personals oder der Gruppen/Klassen, wenn betroffene Kinder/Jugendliche aufgrund des ausgeprägten Hautbefundes oder des starken Juckreizes von Stigmatisierung und Ausgrenzung betroffen sind (mit Einverständnis der Sorgeberechtigten oder der/des Jugendlichen)

### Zusätzlich SAU:

- Jugendliche mit atopischer Dermatitis zeigen eine erhöhte Vulnerabilität der Haut gegenüber vielfältigen Noxen sowie eine beeinträchtigte Wärmeregulation. Abhängig vom Schweregrad und vom bisherigen Verlauf der Erkrankung sollte von Berufen, die mit starker Hautverschmutzung, hoher Feuchtigkeitsbelastung oder mit häufigem Kontakt zu hautreizenden Stoffen einhergehen sowie Berufe mit Hitzebelastung abgeraten bzw. auf besondere Schutzmaßnahmen hingewiesen werden. (Berufe im Gesundheitswesen, Floristik, Friseur, Maler, Lackierer, Metall-, Lederverarbeitung, Galvanotechnik u. a.). Eine Berufsberatung bei der Agentur für Arbeit kann bei der Suche nach geeigneten Ausbildungsmöglichkeiten unterstützen.

### Verweis Leitlinie:

- S2k-Leitlinie: Neurodermitis, 2015, AWMF-Register-Nr.: 013-027
- S3-Leitlinie: Allergieprävention, 2014, AWMF-Register-Nr.: 061-016

Bearbeiterin: Inna Sperling



## 4.4 Nahrungsmittelunverträglichkeit

Das Beschwerdebild der Nahrungsmittelunverträglichkeit kann vielfältige Ursachen haben. Eine immunologische Genese ist nur bei einem Teil der Betroffenen feststellbar, hierbei handelt es sich um eine T-Zell-abhängige Immunantwort mit Bildung spezifischer IgE-Antikörper auf Allergene tierischer oder pflanzlicher Herkunft. Zu den nicht immunologischen Formen gehören Nahrungsmittelintoleranzen (z. B. Lactoseintoleranz infolge von angeborenem oder erworbenem Enzymmangel) oder Pseudoallergien (nichtallergische Reaktionen auf Zusatzstoffe wie z. B. Histamin, Glutamat).

Die häufigsten Auslöser der Nahrungsmittelallergien sind im Kindesalter Kuhmilch, Hühnerei, Erdnuss, Weizen, Soja, Nüsse und Fisch. Der Schweregrad der allergischen Reaktionen kann sehr unterschiedlich sein und in sehr seltenen Fällen auch zum anaphylaktischen Schock führen. Die entsprechenden Symptome können als Sofortreaktion (innerhalb von 2 Stunden) oder als Spätreaktion (nach 4-6 Stunden) auftreten. Die höchste Prävalenz der Sensibilisierungen gegen Nahrungsmittel liegt mit ca. 6,6 % im Säuglingsalter und sinkt auf ca.

3,2 % im 5. Lebensjahr ab (Toleranzentwicklung).

### Befunderhebung: KITA, SEU, SRU, SAU

Hinweise aus dem Anamnesebogen (KITA, SEU, SRU):

- Frage 1: Nahrungsmittelallergie/-unverträglichkeit
- Frage 3: wiederholte Durchfälle, ggf. fehlinterpretiert als Magen-Darm-Infektionen
- Frage 5: Kinderärztin/-arzt oder Hausärztin/-arzt, Allergologin/Allergologe
- Frage 8: Antiallergika
- Frage 9: antiallergische Notfallmedikation (Adrenalin, Antihistaminika und Glukokortikoide)

Hinweise aus dem Erhebungsbogen nach JArbSchG (SAU):

- Frage 1: Allergie
- Frage 2.1: Allergie, Magen-Darm-Krankheit
- Frage 2.5: Husten/Auswurf, Atemnot, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, allergische Reaktionen, Hautausschläge

Anamnese am Untersuchungstag:

- Haben Sie bei Ihrem Kind/Hast du Symptome im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme festgestellt, z. B. Hautrötung, juckende Quaddeln oder Bläschen auf der Haut oder der Mundschleimhaut, Schwellungen, Husten, lautes Atemgeräusch oder Atemnot, Übelkeit, Erbrechen oder Stuhlunregelmäßigkeiten?
- Wenn ja:
  - Wurde bereits eine entsprechende Diagnostik durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?
  - Bei welchen Nahrungsmitteln sind diese Symptome aufgetreten?
  - Wie schnell sind diese Symptome nach der Nahrungsaufnahme aufgetreten und wie lange haben sie angehalten?
  - Wurde bei Ihrem Kind/bei dir oder bei den (biologischen) Eltern oder Geschwistern jemals eine andere allergische Erkrankung festgestellt oder zeigte/zeigtest Ihr Kind/du entsprechende Symptome?

### Funktionsgruppen

- FG1** a) anamnestischer Verdacht auf eine Nahrungsmittelallergie/-unverträglichkeit, ggf. zusätzlich unterstützt durch die bestehende allergische Vorbelastung und/oder familiäre Disposition  
b) bereits gestellte ärztliche Diagnose Nahrungsmittelallergie/-unverträglichkeit
- FG2** bereits gestellte ärztliche Diagnose Nahrungsmittelallergie/-unverträglichkeit **oder** in der FG1 beschriebener anamnestischer Verdacht darauf **mit** Auswirkungen auf den Lebensalltag

## Maßnahmen des KJGD

### KITA, SEU, SRU, SAU:

- bei anamnestischem Verdacht auf eine Nahrungsmittelallergie/-unverträglichkeit: Empfehlung einer allergologischen Diagnostik
- Bei Anaphylaxiegefahr und/oder multiplen Nahrungsmittelsensibilisierungen bestehen häufig große Unsicherheiten seitens des pädagogischen Personals der Kindertagesstätten/Schulen in Bezug auf den richtigen Umgang mit den möglichen Symptomen sowie mit dem ggf. erforderlichen Einleiten der medikamentösen Soforttherapie. Dabei kann der KJGD mit der fachlichen Aufklärung zum Krankheitsbild und mit der entsprechenden Anleitung (z. B. im Umgang mit Adrenalin-Autoinjektor) zum Abbau von Barrieren und Ängsten beitragen (mit Einverständnis der Sorgeberechtigten bzw. der/des Jugendlichen).

### Zusätzlich SAU:

- Zum Zeitpunkt der beruflichen Orientierung besitzen die allermeisten Jugendlichen bereits eine hohe Kompetenz im sicheren Umgang mit den eigenen Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten, sodass in aller Regel keine besonderen Einschränkungen notwendig sind. Allerdings sollte der Berufswunsch Koch/Köchin bei Vorhandensein von bestimmten oder sogar multiplen Nahrungsmittelallergien eher nicht empfohlen werden.

#### Verweis Leitlinie:

- Update Leitlinie zum Management IgE-vermittelter Nahrungsmittelallergien S2k, 2021, AWMF-Register-Nr.: 061-031
- S3-Leitlinie: Allergieprävention, 2014, AWMF-Register-Nr.: 061-016

Bearbeiterin: Inna Sperling

## 5. Herz und Kreislauf

### 5.1 Kontrollbedürftiger Blutdruck

Arterielle Hypertonie im Kindes- und Jugendalter hat einen hohen prädiktiven Stellenwert für einen Bluthochdruck und die entsprechenden Endorganschäden im Erwachsenenalter. Europäische Daten zeigen eine relevante Erhöhung des Blutdrucks bei knapp 13 % der Kinder- und Jugendlichen.

Während der Bluthochdruck im Kleinkindalter v. a. als sekundärer Hypertonus auftritt, ist es ab dem Schulalter die primäre, teilweise durch Adipositas bedingte Hypertonie, die an Bedeutung und Häufigkeit gewinnt. Als arterielle Hypertonie wird die dauerhafte Erhöhung der Blutdruckwerte über die 95. Perzentile der alters-, größen- und geschlechtsabhängigen Referenzwerte bezeichnet. Die hier genutzten Referenzwerte basieren auf den Daten der KiGGS-Studie aus den Jahren 2003-2006. Trotz der dort zum Teil höher angegebenen Werte bei Jugendlichen ist aber generell von einem Verdacht auf Hypertonie auszugehen, wenn der Blutdruckwert von 140/90 mmHg überschritten wird.

Die auskultatorische Messung nach Riva-Rocci ist weiterhin Goldstandard.

#### Befunderhebung: SRU, SAU

Messung Blutdruck

- Durchführung
  - auskultatorische Blutdruckmessung mit einer an den Armumfang angepassten Manschette
  - nach 5 Minuten Ruhe im Sitzen
  - bei auffälligen Werten: zweite und ggf. auch noch dritte Messung im Abstand von 1-2 Minuten
  - das Ergebnis der letzten Messung wird als Maß genommen
- Auswertung nach KiGGS-Referenzperzentile – siehe Kapitel III - 5.1 Blutdruckperzentile

#### Funktionsgruppen

**FG1 SRU, SAU**

kontrollbedürftiger Blutdruck – Blutdruck über der 95. Perzentile nach KiGGS-Referenzperzentile  
oder über 140/90 mmHg

#### Maßnahmen des KJGD

**SRU, SAU**

- FG1: Empfehlung zur Basisdiagnostik durch die Kinder- und Jugendärztin/den Kinder- und Jugendarzt

Verweis Leitlinie:

- S2k Leitlinie: Pädiatrische Kardiologie, Pädiatrische Nephrologie und Pädiatrie: Arterielle Hypertonie, 2015

Quellen Referenzperzentile:

- Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS), 2013, RKI

Bearbeiterin: Inna Sperling

## 6. Urogenitales System

### 6.1 Erkrankungen der Nieren und Harnwege

Nierenerkrankungen im Kindesalter können angeboren und hereditär auftreten. Ätiologisch kommen ferner infektiöse, immunologische, metabolische und maligne Prozesse in Betracht. Die Nierenfunktion kann ebenso im Rahmen systemischer Erkrankungen sowie nephrotoxischer medikamentöser Therapien beeinträchtigt sein.

**Bakterielle Harnwegsinfektionen** zählen zu den häufigsten bakteriellen Infektionen bei Kindern. Etwas weniger als 1 % aller Kinder werden mit **Nieren- und Harnwegsanomalien** geboren. Jedes Jahr entwickeln 4–6 Kinder unter 15 Jahren pro 1 Mio. Einwohner ein **akutes Nierenversagen** und jährlich bedürfen 1–2 Kinder pro 1 Mio. Einwohner aufgrund einer **chronischen Niereninsuffizienz** einer Nierentransplantation. Die häufigste Ursache eines akuten Nierenversagens im Kindesalter ist das hämolytisch-urämische Syndrom; die häufigste Ursache eines chronischen Nierenversagens sind Fehlbildungen der Nieren und ableitenden Harnwege, gefolgt vom nephrotischen Syndrom bei fokal-segmentaler Glomerulosklerose und Zystennieren.

Zu achten ist bei Anamnese und Untersuchung u. a. auf Dysurie, Fieber, Rücken- und Bauchschmerzen, Ödeme, Polyurie, Makrohämaturie bei akuten Erkrankungen und Gedeih- und Wachstumsstörungen, verzögerte Pubertätsentwicklung, Blässe, Leistungsminderung, Inappetenz bei chronischen Nierenerkrankungen sowie ggf. äußerliche Fehlbildungen genital.

#### Befunderhebung: KITA, SEU, SRU, SAU

Hinweise aus dem Anamnesebogen (KITA, SEU, SRU):

- Frage 1: Nieren- und Harnwegserkrankung, Tumor/Krebserkrankung, Schilddrüsenfunktionsstörung, Andere
- Frage 3: Blasen- und Harnwegsentzündung
- Frage 4: Bettnässen, Übelkeit/Erbrechen
- Frage 5: Kinderärztin/-arzt, Urologin/Urologe, Gynäkologin/Gynäkologe
- Frage 8: Medikamente zur Therapie von Nierenerkrankungen; nephrotoxische Medikamente
- Frage 10: Operation von Phimose oder Fehlbildung der ableitenden Harnwege

Hinweise aus dem Erhebungsbogen nach JarbSchG (SAU):

- Frage 2.1, 2.2 und 2.7: Erkrankungen der Nieren- und Harnwegserkrankung, Tumor/Krebserkrankung, Schilddrüsenfunktionsstörung, Andere
- Frage 2.3: Operation von Phimose oder Fehlbildung der ableitenden Harnwege
- Frage 2.5 und 2.6: Bettnässen, Übelkeit/Erbrechen

Anamnese am Untersuchungstag:

- Wurde bereits eine entsprechende Diagnostik durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?
- Fragen zu Hinweisen auf hereditäre Nierenerkrankung (z. B. Zystenniere)

Durchzuführende Untersuchungen

- Klinisch: Größe, Gewicht, Hautfarbe, Ödeme, Nierenlagerklopfschmerz
- Medizinisch-physikalisch: RR-Messung

Zusätzlich SRU (10. Klasse), SAU

- Urintest mit Teststreifen nach Anwendungshinweisen auf folgende Parameter:

| Parameter               | Pathologisch und abklärungsbedürftig |       |
|-------------------------|--------------------------------------|-------|
| Leukozyten              | ab 70 Leuko/ $\mu$ l                 | +     |
| Erythrozyten/Hämoglobin | ab 5-10 Ery/ $\mu$ l                 | +     |
| Nitrit                  | rosa                                 | +     |
| Protein                 | ab 15 mg/dl                          | $\pm$ |
| Glukose                 | jede Farbveränderung                 | $\pm$ |

## Funktionsgruppen

### FG1 KITA, SEU, SRU, SAU

Rezidivierende Harnblasen- bzw. Nierenerkrankungen

### FG3 KITA, SEU, SRU, SAU

Nierenerkrankungen mit chronischen Beschwerden

## Maßnahmen des KJGD

### KITA, SEU, SRU, SAU

- Empfehlung der weiteren Diagnostik und Therapie in einer kindernephrologischen bzw. kinderurologischen Spezialsprechstunde,
- Schulsport: Freistellung bei akuten Beschwerden, nach Stabilisierung: Teilnahme am Sportunterricht entsprechend den Empfehlungen der behandelnden Nephrologin/des Nephrologen; in der Regel Freistellung zum Schwimmen
- Mit dem Einverständnis der Sorgeberechtigten Beratung der Betreuungseinrichtung oder Schule. Themen können dabei sein: Toilettenbesuch während des Unterrichts, Schulsport, Diät, regelmäßiges Trinken, medikamentöse Therapie, Leistungsminderung, Maßnahmen auf Reisen, „Was tun im Notfall?“

### Zusätzlich SAU

- Beratung der/des Jugendlichen über eine Vermeidung von Arbeiten überwiegend in Kälte, Nässe und Zugluft
- FG 3: keine körperlich schwere Arbeit (abhängig von den entsprechenden Befunden); kein Kontakt mit nephrotoxischen Stoffen (z. B. Blei, Quecksilber, organische Lösungsmittel)

Verweis Leitlinie:

- S2k-Leitlinie: Harnwegsinfektionen im Kindesalter: Diagnostik, Therapie und Prophylaxe, 2021, AWMF-Register-Nr.: 116-004

Bearbeiterin: Dr. Ingrid Seibt

## 6.2 Lageanomalie des Hodens

Der Hodenhochstand ist die häufigste kongenitale Anomalie des Urogenitaltrakts mit einer Häufigkeit von 0,7-3 % bei reifgeborenen Jungen und bis zu 30 % bei Frühgeborenen. Hodenhochstand kann ein- oder beidseitig auftreten. Ein spontaner postnataler Descensus testis wird bei etwa 7 % aller betroffenen Jungen bis zu einem Alter von einem Jahr beobachtet, meistens in den ersten 6 Monaten. Die Ursache des Maldescensus ist multifaktoriell (u. a. mechanisch, genetisch, hormonell, neurologisch).

Behandlungsziel ist eine Verlagerung des Hodens in das Skrotum bis zur Vollendung des 12. Lebensmonats (je nach Indikation operativ oder hormonell), um ein besseres Hodenwachstum zu gewährleisten, eine Abnahme der Keimzellen und das Risiko für eine spätere maligne Entartung zu minimieren sowie den Hoden der Untersuchung zugänglich zu machen.

Die Normvariante der Retentio testis ist der **Pendelhoden**, der sich spannungsfrei in das Skrotum verlagern lässt und bis zur Auslösung des nächsten überschießenden Kremasterreflexes dort verbleibt. Im Gegensatz dazu kann der **Gleithoden** in das Skrotum luxiert werden, gleitet aber wieder zurück.

### Befunderhebung: KITA, SEU (nur Kinder mit Lageanomalie in der Kita-Untersuchung)

Körperliche Untersuchung:

- Untersuchung in warmer und entspannter Umgebung, möglichst in sitzender Position
- Inspektion und bimanuelle Palpation der Leiste und des Skrotums mit Feststellung der Hodengröße auch im Vergleich zur Gegenseite

### Funktionsgruppen

**FG1 KITA, SEU**  
Lageanomalien des Hodens

### Maßnahmen des KJGD

**KITA**

- Empfehlung einer Vorstellung bei einer Fachärztin/einem Facharzt für Kinderchirurgie bzw. Urologie
- Nachuntersuchung bei der SEU

**SEU**

- Empfehlung einer Vorstellung bei einer Fachärztin/einem Facharzt für Kinderchirurgie bzw. Urologie

Leitlinie:

- S2k-Leitlinie: Hodenhochstand – Maldescensus testis, 2016, AWMF-Register-Nr.: 006/022

Bearbeiterin: Dr. Ingrid Seibt

## 7. Stütz- und Bewegungsapparat

### 7.1 Fehlstellungen von Thorax, Wirbelsäule und Schultergürtel

Zu den Fehlstellungen der Wirbelsäule zählen hier alle Abweichungen der Wirbelsäule in der Frontal- und Transversalebene (Skoliosen) sowie in der Sagittalebene (Kyphosen und Lordosen).

#### Skoliose

Unter Skoliose versteht man eine (teil)fixierte Seitenausbiegung eines oder mehrerer Wirbelsäulenabschnitte, die mit einer Rotation, Torsion und einer strukturellen Veränderung der Wirbel einhergeht. Ca. 90 % der Skoliosen im Wachstumsalter sind idiopathisch, wobei innerhalb dieser Gruppe die Adoleszenten-Skoliosen mit ca. 90 % am häufigsten vorkommen. Aufgrund Abnutzungserscheinungen der Wirbelkörper sowie der Fehlhaltung können in Folge Rückenschmerzen und je nach Ausprägung weitere körperliche, ästhetische und psychosoziale Probleme auftreten.

#### Hyperkyphose

Als Hyperkyphose (umgangssprachlich Rundrücken oder Buckel) wird eine zu stark ausgeprägte Krümmung der Brustwirbelsäule bezeichnet. Im Jugendalter ist die häufigste Form der Morbus Scheuermann. Häufig beginnt dieser zwischen dem 10. und 13. Lebensjahr. Jungen sind deutlich häufiger betroffen als Mädchen. Die krankheitstypischen Veränderungen an den Wirbelkörpern sind zum Wachstumsende stabilisiert. Die Kyphose-Entwicklung kann einhergehen mit Verschmälerung der Bandscheiben, Keilwirbelbildung und Deckplatteneinbrüchen im betroffenen Bereich. Im Kindes- und Jugendalter ist der Hohlrundrücken das führende Symptom. Über Schmerzen wird nur im Akutzustand geklagt.

#### Befunderhebung: SEU, SRU, SAU

Hinweise aus dem Anamnesebogen (SEU, SRU):

- Frage 1: Wirbelsäulenleiden, Hüfterkrankung, Bewegungsstörung
- Frage 5: Chirurg/Orthopäde
- Frage 6: Physiotherapie/Krankengymnastik

Hinweise aus dem Erhebungsbogen nach JArbSchG (SAU):

- Frage 2.1: Wirbelsäulen-Krankheit

Anamnese am Untersuchungstag:

- Frage nach Schmerzen
- Frage nach Bewegungseinschränkungen

Durchzuführende Untersuchung:

- Inspektion des Kindes/Jugendlichen von hinten bei geradem Becken
  - Evtl. vorhandene Beinlängendifferenz ist auszugleichen
  - Beurteilung der Seitengleichheit der Schulterhöhe (Acromiondach), der Symmetrie des Taillendreiecks und der Michaelisraute sowie ein eventueller Flach- oder Rundrücken
- Vorneigetest
  - Kind/Jugendliche/r wird gebeten sich nach vorne zu beugen
  - Beurteilung einer Rippenbuckelbildung sowie Fixierung einer Fehlhaltung
  - Betrachtung von der Seite zur Beurteilung des Rückenreliefs
- Inspektion des Kindes/Jugendlichen von vorne
  - Beurteilung einer Asymmetrie im Brustbereich

#### Funktionsgruppen

**FG1 SEU, SRU, SAU**  
Fehlstellung der Wirbelsäule ohne Funktionseinschränkung

**FG2 SEU, SRU, SAU**  
Fehlstellung der Wirbelsäule mit Funktionseinschränkung

## Maßnahmen des KJGD

### SEU, SRU, SAU:

- bei neugestellter Diagnose: Empfehlung zur orthopädischen Diagnostik
- Beratung der Sorgeberechtigten bzw. des Jugendlichen bzgl.:
  - Größengerechtes Mobiliar (auch Schulmöbel)
  - Training der Rückenmuskulatur (z. B. Schwimmen)
  - Lesen in Bauchlage
- grundsätzlich keine sportlichen Einschränkungen; regelmäßiges Training günstig
  - ggf. Teilfreistellung für Übungen mit starker axialer Wirbelsäulenbelastung oder Stauchungen

### Zusätzlich SAU:

- Entsprechend der fachärztlichen Ergänzungsuntersuchung nach JArbSchG erfolgt die Beurteilung zu:
  - Arbeiten überwiegend im Stehen, Gehen, Sitzen, Bücken, Hocken, Knien,
  - Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel,
  - Arbeiten unter Einwirkung von mechanischen Schwingungen/Erschütterungen auf die Hände und Arme und auf den ganzen Körper.

### Verweis Leitlinie:

- Idiopathische Skoliose im Wachstumsalter, gepl. Fertigstellung 01.08.2022, AWMF Register-Nr: 151 -002
- Diagnostik und Therapie der Adoleszentenkyphose (Morbus Scheuermann) bei Kindern und Jugendlichen, gepl. Fertigstellung 30.06.2023, AWMF-Register-Nr.: 151-003

Bearbeiter: Dr. Sascha Jatzkowski



## 7.2 Störung der Beckenstatik/Beinlängendifferenz

Ein Unterschied der Beinlänge kann angeboren oder erworben sein. Nicht ausgeglichene Beinlängendifferenzen können erhebliche Langzeitfolgen für die Zentrierung und Entwicklung der Beingelenke, des Beckens und der Wirbelsäule haben und Mitursache für akute und chronische Schmerzen, asymmetrische Anpassungen der Bewegungsorgane, Nerven, Muskeln, Sehnen und Faszien sowie für Arthrosen sein.

### Befunderhebung: SEU, SRU, SAU

Durchzuführende Untersuchung:

- Inspektion des stehenden Kinds/Jugendlichen von hinten bei vollständig gestreckten Knie- und Hüftgelenken und parallelen Beinen
- Beide Hände werden jeweils seitlich auf die Beckenkämme aufgelegt.
- Beurteilung des Beckenstandes
- Messung der Beinlängendifferenz durch Ausgleich des Beckenschiefstandes mittels Brettchen unter das kürzere Bein

### Funktionsgruppen

**FG2 SEU, SRU, SAU**  
Beinlängendifferenz größer gleich 1 cm

### Maßnahmen des KJGD

**SEU, SRU, SAU:**

- Bei neugestellter Diagnose: Empfehlung zur orthopädischen Diagnostik

### 7.3 Störung der Funktion des Knies

Hierzu zählen alle Erkrankungen, die zu einer Funktionseinschränkung des Kniegelenkes führen, wie Meniskusschäden, Bandschäden, freie Gelenkkörper (Osteochondrosis dissecans), aseptische Knochennekrosen usw.

Am häufigsten ist im Jugendalter das peripatelläre Schmerzsyndrom (Synonyme: Chondropathia patellae, femoropatelläres Schmerzsyndrom). Man versteht darunter ein in der Adoleszenz häufig auftretendes Schmerzsyndrom, aufgrund einer Fehl- oder Überbelastung des Gelenks zwischen der Kniescheibe und dem Oberschenkelknochen. Die Schmerzen treten während des pubertären Wachstumsschubes auf und sind besonders stark bei großem retropatellärem Druck (bergab gehen). Sie betreffen meist sportlich aktive Jugendliche mit verhältnismäßig schwacher Muskulatur und Bandlaxizität. Nach Wachstumsabschluss ist das peripatelläre Schmerzsyndrom meist verschwunden. Eine operative Behandlung ist nur in seltenen Fällen notwendig.

#### Befunderhebung: SRU (10. Klasse), SAU

Hinweise aus dem Anamnesebogen (SRU):

- Frage 1: Bewegungsstörung, Hüfterkrankung
- Frage 5: Chirurg/Orthopäde
- Frage 6: Physiotherapie/Krankengymnastik
- Frage 10: Operation an den unteren Extremitäten
- Frage 11: Trauma mit Beteiligung der Kniegelenke

Hinweise aus dem Erhebungsbogen nach JArbSchG (SAU):

- Frage 2.3: Operation an den unteren Extremitäten
- Frage 2.4: Unfall mit Beteiligung der Kniegelenke

Anamnese am Untersuchungstag:

- Frage nach Schmerzen
- Frage nach Funktionseinschränkungen

Durchzuführende Untersuchung:

- Inspektion: Schwellung, Muskelatrophie, Gangbild (Schonhinken), Beinachse (varisch oder valgisch)
- Palpation: Lokalisation Druckschmerz, Gelenkerguss
- Bei Hinweis auf eine Störung: Funktions- und Stabilitätstests des Kniegelenks
  - Beweglichkeitsprüfung nach Neutral-0-Methode
  - Prüfung Seitenstabilität (Valgisierung/Varisierung in Streckung und Beugung)
  - Prüfung Patellaverschieblichkeit, Facettendruck, Tanzende Patella sowie Zohlen-Zeichen
  - Prüfung der Kreuzbänder (z. B. Lachman-Test, Schubladen-Test)
  - Untersuchung Menisken (z. B. Steinman-I- und Steinman-II-Zeichen)

#### Funktionsgruppen

**FG2 SRU (10. Klasse), SAU**  
Störung der Funktion des Knies

## Maßnahmen des KJGD

### SRU, SAU

- bei neugestellter (Verdachts-)Diagnose: Empfehlung zur orthopädischen Diagnostik
- ggf. Freistellung Sport durch Fachärztin/Facharzt

### Zusätzlich SAU:

- Entsprechend der fachärztlichen Ergänzungsuntersuchung nach JArbSchG erfolgt die Beurteilung zu:
  - Arbeiten überwiegend im Stehen, Gehen, Sitzen, Bücken, Hocken, Knien,
  - Arbeiten mit häufigem Heben und Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel.

Verweis Leitlinie:

- S2k-Leitlinie: Muskuloskeletale Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen – Ein Algorithmus zur differenzialdiagnostischen Abklärung eines häufigen Leitsymptoms in der Kinder- und Jugendmedizin, 2020, AWMF-Register-Nr.: 027-073

Bearbeiter: Dr. Sascha Jatzkowski

## 7.4 Störung der Fußstatik

Fußfehlstellungen können zu Störungen der Fußstatik und somit zu Funktionseinschränkungen der Füße als auch zu Fehlstellungen der weiteren Gelenke der unteren Extremitäten sowie der Wirbelsäule führen. Folgende Fußfehlstellungen werden bei Kindern und Jugendlichen beobachtet:

### **Knick-Senk-Fuß:**

Häufigste, bis zu einem gewissen Grad physiologische Fußfehlstellung. Entscheidend ist die Ausprägung des Befundes mit verstärkter Valgusstellung des Fersenbeins (Knickfuß) und Abflachung der medialen Fußwölbung (Senkfuß); oft auch Abweichung des Vorfußes in Abduktion. Endzustand eines überlasteten Knick-Senk-Fußes ist der Plattfuß.

### **Spitzfuß:**

Der Fuß ist in Plantarflexion fixiert. Es kommt zu einem Hochstand der Ferse und Verkürzung der Achillessehne. Eine normale Abrollbewegung beim Gehen ist nicht möglich.

### **Hallux valgus:**

Fehlstellung der Großzehe mit Abweichung nach fibular und Varusstellung des Metatarsale I. Ursache ist eine Belastung bei Spreiz-, Knick- und Plattfuß. Er tritt bei Jugendlichen aufgrund einer Adduktionsfehlstellung des Os metatarsale I auf.

### **Angeborene Fehlstellung: Klumpfuß, Sichelfuß, Hackfuß**

Meist erfolgt eine Behandlung und Korrektur bereits im Säuglingsalter.

## Befunderhebung: SEU, SRU, SAU

Hinweise aus dem Anamnesebogen:

- Frage 1: Bewegungsstörungen
- Frage 5: Chirurgin/Chirurg oder Orthopädin/Orthopäde
- Frage 6: Physiotherapie/Krankengymnastik
- Frage 10: Operation an den Füßen

Hinweise aus dem Erhebungsbogen nach JArbSchG (SAU):

- Frage 2.3: Operation an den Füßen

Anamnese am Untersuchungstag:

- Frage nach Schmerzen, Funktionseinschränkungen und Schupproblemen

Durchzuführende Untersuchung:

- Stand- und Gangauffälligkeiten
- Beschwielung, Hautveränderungen
- Beurteilung des Fußgewölbes sowie des Stands der Zehen und der Ferse
- Funktionstest Zehenspitzenstand

## Funktionsgruppen

### **FG2 SEU, SRU, SAU**

Störung der Funktion des Fußes

## Maßnahmen des KJGD

- bei neugestellter (Verdachts-)Diagnose: Empfehlung zur orthopädischen Diagnostik und ggf. physiotherapeutischer Behandlung

Verweis Leitlinie:

- S2k-Leitlinie: Kindlicher Knick-Senk-Fuß, 2017, AWMF-Register-Nr.: 033-020

Bearbeiter: Dr. Sascha Jatzkowski

## 7.5 Bewegungsstörungen/grobmotorische Störungen

Als Bewegungsstörungen bzw. grobmotorische Störungen werden einerseits umschriebene motorische Entwicklungsstörungen verstanden, andererseits Bewegungsstörungen als Folge von neurologischen und/oder orthopädischen Erkrankungen.

Symptome einer umschriebenen motorischen Entwicklungsstörung sind Ungeschicklichkeit insbesondere im grobmotorischen Bereich und Koordinationsschwierigkeiten. Die Kinder können schlecht hüpfen und einen Ball werfen oder fangen. Auch beim Anziehen können sie erhebliche Schwierigkeiten haben. Aufgrund mangelnder Geschicklichkeit vermeiden die Kinder häufig sportliche Aktivitäten.

Die körperliche Ungeschicklichkeit und die geringen Leistungen im Sportunterricht führen nicht selten dazu, dass die Kinder Opfer von Hänseleien werden. Sie versuchen daher diese Situationen zu vermeiden. Dadurch besteht eine hohe Komorbidität zu Verhaltensauffälligkeiten. Ein Teil der Kinder ist übergewichtig.

### Befunderhebung: KITA, SEU, SRU, SAU

#### KITA, SEU

Hinweise aus dem Anamnesebogen:

- Frage 1: Bewegungsstörung
- Frage 6: Ergotherapie, Physiotherapie/Krankengymnastik, Sozialpädiatrisches Zentrum

Anamnese am Untersuchungstag:

- Frage nach verzögerten Erlernen bzw. Ungeschicktheit bei komplexen Bewegungsabläufen: Laufen, Fahrradfahren, Bälle werfen bzw. fangen
- Macht das Kind gerne Sport?
- Wurde bereits eine entsprechende Diagnostik durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?
- Hat die Störung Auswirkungen auf die Familien- bzw. Kitaalltag?
- Werden Hilfsmittel genutzt? Werden entsprechende Förderungen in Anspruch genommen?

Durchzuführende Tests zur Grobmotorik:

- **KITA 30 bis 36 Monate** – siehe Kapitel III - 1.1 Grobmotorik
  - Tests [REDACTED]
- **KITA 37 bis 42 Monate** – siehe Kapitel III - 1.1 Grobmotorik
  - Tests [REDACTED]
- **KITA 43 bis 48 Monate** – siehe Kapitel III - 1.1 Grobmotorik
  - Tests [REDACTED]
- **SEU** – siehe Kapitel III - 3.5 Grobmotorik
  - Tests [REDACTED]

#### SRU, SAU

Hinweise aus dem Anamnesebogen:

- Frage 1: Bewegungsstörung
- Frage 6: Ergotherapie, Physiotherapie/Krankengymnastik, Sozialpädiatrisches Zentrum

Anamnese am Untersuchungstag:

- Wurde bereits eine entsprechende Diagnostik durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?
- Hat die Störung Auswirkungen auf den Schulalltag?
- Werden Hilfsmittel genutzt? Werden entsprechende Förderungen in Anspruch genommen?

## Funktionsgruppen

### FG1 KITA, SEU

2 der 3 Tests wurden nicht bestanden ohne Auswirkungen in Familie/Kita

### SRU, SAU

Bekannte ärztliche Diagnose ohne Beeinträchtigung des Schulalltages

### FG2 KITA, SEU

2 der 3 Tests wurden nicht bestanden mit Auswirkungen in Familie/Kita

### SRU, SAU

Bekannte ärztliche Diagnose mit Beeinträchtigung des Schulalltages

### FG3 KITA, SEU, SRU, SAU

Erhebliche Bewegungsstörung und dauerhaft auf Förderung oder Hilfsmittel angewiesen

## Maßnahmen des KJGD

### KITA, SEU

- bei neugestellter (Verdachts-)Diagnose: Empfehlung einer weiterführenden Diagnostik durch eine Kinder- und Jugendärztin/einen Kinder- und Jugendarzt
- ggf. Aufnahme in Betreuungscontrolling
- ggf. Empfehlung Sportförderunterricht bzw. individuelle Bewegungsförderung
- bei weiteren Auffälligkeiten ggf. Empfehlung für Sozialpädiatrisches Zentrum

### SRU

- Empfehlung schulunterstützender Maßnahmen zum Ausgleich der Beeinträchtigung im Schulalltag
- Sicherung der notwendigen Förderungen und Therapien sowie angemessene Hilfsmittelversorgung

### SAU

- Beratung der/des Jugendlichen bzgl. Einschränkungen in der Berufswahl
- Empfehlung zur frühzeitigen Einbindung der Agentur für Arbeit

Verweis Leitlinie:

- S3-Leitlinie: Umschriebenen Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen, 2020, AWMF-Register-Nr.: 022-017

Bearbeiter: Dr. Sascha Jatzkowski

## 7.6 Störungen der Fein- bzw. Visuomotorik

Die Entwicklung der Fein- bzw. Visuomotorik spielt für die Gesamtentwicklung der Motorik, der Wahrnehmungsfähigkeiten und vor allem kognitiver Leistungen eine wichtige Rolle. Frühe feinmotorische Auffälligkeiten lassen sich in Zusammenhang mit anderen Funktionsstörungen (bspw. der Wahrnehmung und der Sprache) über einen langen Zeitraum bis zum Grundschulalter nachweisen. Ein förderndes oder förderungsschwaches psychosoziales Umfeld ist mitentscheidend für die Entwicklung fein- bzw. visuomotorischer Fähigkeiten.

Fein- bzw. visuomotorische Fähigkeiten spielen in vielen Alltagsvorgängen (Waschen, Zähneputzen, Essen, Trinken, Zeichnen, Spielen u. a.) eine wichtige Rolle. Eine Störung der Feinmotorik kann daher die Entwicklung eines geringen Selbstwertgefühls verursachen, was sich wiederum auf die sozialen Beziehungen des Kindes auswirken kann. Aus diesem Grund ist es wichtig fein- bzw. visuomotorische Entwicklungsstörungen zu erkennen und zu behandeln.

Feinmotorische Leistungen sind beim Kleinkind am leichtesten an der Handmotorik zu beobachten. Sie setzen sich zusammen aus Wahrnehmungsfähigkeit, emotionalem Entwicklungsstand und sozialen Fertigkeiten. Die Entwicklung der Fein- bzw. Visuomotorik ist zum Zeitpunkt der Einschulung eine wichtige Voraussetzung, um die geforderten graphomotorischen Leistungen in der Schule umsetzen zu können.

### Befunderhebung: KITA, SEU

Durchzuführende Tests zur Fein- bzw. Visuomotorik:

- **KITA 30 bis 36 Monate** – siehe Kapitel III - 1.2 Fein- und Visuomotorik
  - Tests [REDACTED]
- **KITA 37 bis 42 Monate** – siehe Kapitel III - 1.2 Fein- und Visuomotorik
  - Tests [REDACTED]
- **KITA 43 bis 48 Monate** – siehe Kapitel III - 1.2 Fein- und Visuomotorik
  - Tests [REDACTED]
- **SEU** – siehe Kapitel III - 3.2 Fein- und Visuomotorik
  - [REDACTED]
  - [REDACTED]

### Funktionsgruppen

**FG1 KITA**  
Auffällig in 2 der 3 Tests

**SEU**  
Auffällig in den SOPESS-Tests oder bei der Graphomotorik

### Maßnahmen des KJGD

**KITA, SEU:**

- bei neugestellter (Verdachts-)Diagnose: Empfehlung einer weiterführenden Diagnostik durch eine Kinder- und Jugendärztin/einen Kinder- und Jugendarzt
- ggf. Aufnahme in Betreuungscontrolling
- bei weiteren Auffälligkeiten ggf. Empfehlung für Sozialpädiatrisches Zentrum

Verweis Leitlinie:

- S3-Leitlinie: Umschriebenen Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen, 2020, AWMF-Register-Nr.: 022-017

Bearbeiter: Dr. Sascha Jatzkowski

## 8. Endokrines System

### 8.1 Schilddrüsenfunktionsstörungen

Schilddrüsenfunktionsstörungen sind die häufigste endokrinologische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter und führen zu körperlichen und geistigen Entwicklungsstörungen. Unter- und Überfunktion können angeboren oder erworben auftreten. Hinweisend kann – unabhängig vom Funktionszustand der Schilddrüse – eine Struma sein.

Symptome einer Hyperthyreose können häufige Wutanfälle, verfrühte Zahnentwicklung, schnelles Längenwachstum, Durchfall, feuchte warme Haut, Schwitzen, Gewichtsverlust, Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen und Tachykardie sein.

Symptome einer Hypothyreose können Verstopfung, Blässe, verzögerte Sprachentwicklung, Infektanfälligkeit, verzögertes Wachstum, verspätete Zahnbildung und trockene Haut sein. Jugendliche zeigen vermehrt Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, eine heisere Stimme, schlaffe Muskulatur und Antriebslosigkeit.

Hyperthyreose tritt u. a. auf bei M. Basedow (90 %) (1:100.000), Hashimoto-Thyreoiditis, Adenomen oder Überdosierung von Thyroxin.

Hypothyreose tritt u. a. auf bei Hashimoto-Thyreoiditis (1:2.000), bei Jodmangel oder Jodüberdosierung, nach Operation und Bestrahlung oder angeboren (1:3.000).

#### Befunderhebung: SEU, SRU, SAU

Hinweise aus dem Anamnesebogen:

- SEU, SRU
  - Frage 1: Schilddrüsenfunktionsstörung, Tumor/Krebserkrankung, Sprachauffälligkeit, Andere
  - Frage 4: Konzentrationsstörung, Schlafstörung, Aggressivität, Ängstlichkeit, Motorische Unruhe/Hyperaktivität
  - Frage 8: Jodid, Thyroxin, Thiamazol
- SAU
  - Frage 1: Familienvorgeschichte: Schilddrüsenerkrankung/Hashimoto-Thyreoiditis
  - Frage 2.1: Schilddrüsenfunktionsstörung, Tumor/Krebserkrankung, Andere
  - Frage 2.5: Konzentrationsstörung, Schlafstörung, Aggressivität, Ängstlichkeit, Motorische Unruhe/Hyperaktivität
  - Frage 2.8: Jodid, Thyroxin, Thiamazol

Anamnese am Untersuchungstag:

- Hinweis auf Schilddrüsenerkrankung/Hashimoto-Thyreoiditis in der Familie?

Körperliche Untersuchung

- Durchführung
  - Inspektion und Palpation der Schilddrüse (Größe und Konsistenz) bei rekliniertem Kopf und Schluckakt
  - Achten auf Stridor, Heiserkeit, Hauttemperatur, Gewicht, Größe, Herzfrequenz
- Befund: Klinische Einteilung der Struma nach AWMF Leitlinie
  - Stadium 0       keine Struma
  - Stadium 1a     tastbare, aber nicht sichtbare Vergrößerung
  - Stadium 1b     bei maximaler Halsreklination sichtbare Vergrößerung
  - Stadium 2       bei normaler Kopfhaltung sichtbare Schilddrüse
  - Stadium 3       stark vergrößerte Schilddrüse



## Funktionsgruppen

**FG1 SEU, SRU, SAU**

Struma bei der körperlichen Untersuchung beobachtet oder ertastet

**FG2 SEU, SRU, SAU**

Ärztlich diagnostizierte Schilddrüsenfunktionsstörung

## Maßnahmen des KJGD

**SEU, SRU, SAU:**

- FG1: Empfehlung einer weiterführenden Diagnostik bei der behandelnden Kinder- und Jugendärztin/dem behandelnden Kinder- und Jugendarzt
- FG2: Hinweis auf eine regelmäßige fachärztliche Begleitung

**Zusätzlich SAU:**

- Beratung zu evtl. Gefährdung durch körperlich stark belastende Arbeiten bei schweren Formen der Hyperthyreose

## Quellen:

- Krude H: Schilddrüsenerkrankungen im Kindes- und Jugendalter, Monatsschrift Kinderheilkunde 2015;163:601-615
- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie: Schilddrüsenprobleme bei Kindern und Jugendlichen: Medikamente in vielen Fällen unnötig (<https://www.endokrinologie.net/pressemitteilung/schilddruesenprobleme-bei-kindern-und-jugendlichen.php>)

Bearbeiterin: Dr. Ingrid Seibt

## 8.2 Kleinwuchs

Ein Kleinwuchs liegt vor, wenn die Körperhöhe oder -länge unterhalb der 3. Perzentile der Altersnorm liegt. Kleinwuchs kann bereits kongenital vorliegen, ist durch eine verminderte Wachstumsgeschwindigkeit oder durch ein zu früh endendes Wachstum gekennzeichnet.

Zu den sehr häufigen Normvarianten des Kleinwuchses gehören der familiäre und der idiopathische Kleinwuchs sowie die konstitutionelle Entwicklungsverzögerung. Hiervon sind die pathologischen Formen abzugrenzen, deren Ursachen vielfältig sein können: intrauteriner Kleinwuchs ohne Aufholwachstum, chromosomale oder syndromale Erkrankungen, Skelettdysplasien, Malnutrition, chronische organische Erkrankungen, endokrine Erkrankungen, metabolische Störungen, psychosoziale und iatrogene Ursachen.

Therapiemöglichkeiten sind je nach Ursache die Anwendung von rekombinantem Wachstumshormon oder rekombinantem Insulin-like Growth Faktor (IGF-1). Eine kinderpsychologische Mitbetreuung kann gegebenenfalls sinnvoll sein.

### Befunderhebung: KITA, SEU, SRU, SAU

Hinweise aus dem U-Heft:

- Geburtslänge, Geburtsgewicht, Dauer der Schwangerschaft

Anamnese am Untersuchungstag

- Fragen zur Körpergröße der (biologischen) Eltern
- ggf. Fragen zur Geburtslänge, Geburtsgewicht, Dauer der Schwangerschaft

Messung der Körperhöhe

- Durchführung
  - Die Körperhöhe von Kindern über 2 Jahren wird ohne Schuhe und im Stehen mit einem fest an der Wand angebrachten Stadiometer auf festem Untergrund gemessen. Fersen, Gesäß und Schulter berühren die Wand, der Kopf ist gerade ausgerichtet und wird am Kinn vom Untersucher unterstützend gehalten.
- Auswertung nach KiGGS-Referenzperzentilen 2013 – siehe Kapitel III – 5.2 Anlagen zur Befunderhebung bzw. automatische Befundgenerierung nach Eingabe der Körperhöhe in der Software

### Funktionsgruppen

#### FG1 KITA, SEU, SRU, SAU

Körperhöhe kleiner 3. Perzentile nach KiGGS-Referenzperzentilen

### Maßnahmen des KJGD

Empfehlung einer weitergehenden Diagnostik zunächst durch die behandelnde Kinder- und Jugendärztin bzw. den Kinder- und Jugendarzt. Nach Ausschluss häufiger Ursachen Weiterbetreuung durch eine pädiatrische Endokrinologin bzw. einen pädiatrischen Endokrinologen.

Verweis Leitlinie:

- S1-Leitlinie-Kleinwuchs, 2016, AWMF-Register Nr. 174-004

Quellen:

- Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS), 2013, RKI

Bearbeiterin: Dr. Ingrid Seibt

## 8.3 Hochwuchs

Hochwuchs liegt vor, wenn die Körperhöhe oder -länge oberhalb der 97. Perzentile des Alterskollektivs liegt. Hochwuchs kann bei Geburt vorliegen (Makrosomie genannt) oder entsteht durch zu schnelles oder zu spät endendes Wachstum. Beim familiären Hochwuchs, der die häufigste Ursache und eine Normvariante darstellt, liegt die Körperhöhe des Kindes im familiären Zielbereich (Mittel der Eltern +/- 8,5 cm). Wesentliche Ursachen des Hochwuchses sind der konstitutionelle Hochwuchs (familiär oder nicht-familiär), die konstitutionelle Akzeleration von Wachstum und Pubertät, chromosomale Störungen wie z. B. Klinefelter-Syndrom, syndromale Erkrankungen wie z. B. Marfan-Syndrom, endokrine Erkrankungen und metabolische Störungen wie z. B. Homozystinurie.

Die Diagnosestellung Hochwuchs ist wichtig, um eine eventuell bestehende Grunderkrankung zu diagnostizieren. Der konstitutionelle Hochwuchs kann nach sorgfältiger individueller Abwägung zur Vermeidung psychosozialer Probleme pharmakologisch hormonell oder orthopädisch operativ behandelt werden.

### Befunderhebung: KITA, SEU, SRU, SAU

Hinweise aus dem U-Heft:

- Geburtslänge, Geburtsgewicht, Dauer der Schwangerschaft

Anamnese am Untersuchungstag

- Fragen zur Körpergröße der (biologischen) Eltern
- ggf. Fragen zur Geburtslänge, Geburtsgewicht, Dauer der Schwangerschaft

Messung der Körperhöhe

- Durchführung
  - Die Körperhöhe von Kindern über 2 Jahren wird ohne Schuhe und im Stehen mit einem fest an der Wand angebrachten Stadiometer auf festem Untergrund gemessen. Fersen, Gesäß und Schulter berühren die Wand, der Kopf ist gerade ausgerichtet und wird am Kinn vom Untersucher unterstützend gehalten.
- Auswertung nach KiGGS-Referenzperzentilen 2013 – siehe Kapitel III – 5.2 Anlagen zur Befunderhebung bzw. automatische Befundgenerierung nach Eingabe der Körperhöhe in der Software

### Funktionsgruppen

#### FG1 KITA, SEU, SRU, SAU

Körperhöhe oberhalb 97. Perzentile nach KiGGS-Referenzperzentile

### Maßnahmen des KJGD

Empfehlung einer weitergehenden Diagnostik durch die behandelnde Kinder- und Jugendärztin bzw. den Kinder- und Jugendarzt oder durch eine pädiatrische Endokrinologin bzw. einen pädiatrischen Endokrinologen, wenn ein familiärer Hochwuchs ausgeschlossen werden kann.

Cave: dominant vererbte Syndrome wie Marfan-Syndrom können wie ein familiärer Hochwuchs imponieren.

Verweis Leitlinie:

- S1-Leitlinie-Hochwuchs, 2021, AWMF-Register-Nr.: 174-021

Quellen:

- Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS), 2013, RKI

Bearbeiterin: Dr. Ingrid Seibt

## 9. Organübergreifende Befunde

### 9.1 Übergewicht und Adipositas

Die Definitionen von Übergewicht und Adipositas richten sich nach den BMI-Perzentilkurven von Kromeyer-Hauschild und sind in der Prävalenz in Deutschland in den letzten 15 Jahren stabil

|                    |                   |  |
|--------------------|-------------------|--|
| Übergewicht        | > P 90 bis ≤ P 97 | mit einer Prävalenz von 9,5 % (KIGGs Welle 2)  |
| Adipositas         | > P 97            | mit einer Prävalenz von 5,9 % (KIGGs Welle 2)  |
| Extreme Adipositas | > P 99,5          | mit einer Prävalenz von 1,12 % (KIGGs Welle 2) |

Kinder mit Übergewicht/Adipositas weisen häufiger Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie einen erhöhten Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen und Störungen des Glukose-Stoffwechsels/Diabetes Typ-2 auf. Zusätzlich ist häufig die Lebensqualität reduziert und ein höheres Risiko für Mobbing besteht.

#### Befunderhebung: KITA, SEU, SRU, SAU

Messung der Körperhöhe und des Körpergewichts

- Die Körperhöhe von Kindern über 2 Jahren wird ohne Schuhe und im Stehen mit einem fest an der Wand angebrachten Stadiometer auf festem Untergrund gemessen. Fersen, Gesäß und Schulter berühren die Wand, der Kopf ist gerade ausgerichtet und wird am Kinn vom Untersucher unterstützend gehalten.
- Gewogen wird in Unterwäsche ohne Schuhe.

Berechnung des BMI und Befundstellung

- $BMI = \text{Körpergewicht in kg} / (\text{Körpergröße in m})^2$
- Auswertung nach BMI-Referenzsystem Kromeyer-Hauschild – siehe Kapitel III – 5.3 Anlagen zur Befunderhebung bzw. automatische Berechnung des BMI sowie Befundgenerierung nach Eingabe der Körperhöhe und des Körpergewichts in der Software

#### Funktionsgruppen

##### FG1 KITA, SEU, SRU, SAU

Übergewicht oberhalb 90. Perzentile nach BMI-Referenzsystem Kromeyer-Hauschild

##### FG2 KITA, SEU, SRU, SAU

Adipositas oberhalb 97. Perzentile nach BMI-Referenzsystem Kromeyer-Hauschild

#### Maßnahmen des KJGD

- FG1: Eine Ernährungsberatung und Bewegungsförderung sollte empfohlen werden.
- FG2: Eine Überweisung zur Fachärztin/zum Facharzt zur Diagnostik und multimodalen interdisziplinären Behandlung, die Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie beinhaltet, sollte erfolgen.

Verweis Leitlinie:

- S3-Leitlinie: Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter, 2019, AWMF-Register-Nr.: 050-002

Quellen:

- Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D et al. (2001) Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149: 807–818

Bearbeiterin: Dr. Ingrid Seibt

## 9.2 Untergewicht und extremes Untergewicht

Untergewicht liegt vor, wenn der BMI-Wert unter der 10. Perzentile der Referenzpopulation liegt (Prävalenz nach KIGGS Welle 2: 7,6 % für 3- bis 17-Jährige), starkes Untergewicht liegt vor, wenn der BMI unter der 3. Perzentile liegt (Prävalenz nach KIGGS Welle 2: 2,4 % für 3- bis 17-Jährige).

Ursachen hierfür können eine unzureichende Nahrungszufuhr, erhöhte Verluste oder ein erhöhter Energieverbrauch sein. Ein besonders hohes Risiko für Untergewicht haben ehemals unreife Frühgeborene, chronisch kranke Kinder mit neurologischen Erkrankungen, Herzfehlern, Zystischer Fibrose, malignen Tumoren und gastrointestinalen Erkrankungen. Differentialdiagnostisch zu bedenken sind auch Fütter- und Essstörungen im Kindesalter – ggf. im Rahmen von Misshandlung/Deprivation – und Essstörungen wie Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung bei älteren Kindern und Jugendlichen.

Schwerwiegende Folgen sind u. a. Schädigungen der Gehirnentwicklung und der kognitiven Entwicklung, erhöhte Infektanfälligkeit, Wachstumsstörungen, verzögerte Pubertätsentwicklung, erhöhte Mortalität und die Verschlechterung von Grunderkrankungen.

### Befunderhebung: Kita, SEU, SRU, SAU

Messung der Körperhöhe und des Körpergewichts

- Die Körperhöhe wird ohne Schuhe und im Stehen mit einem fest an der Wand angebrachten Stadiometer auf festem Untergrund gemessen. Fersen, Gesäß und Schulter berühren die Wand, der Kopf ist gerade ausgerichtet und wird am Kinn vom Untersucher unterstützend gehalten.
- Gewogen wird in Unterwäsche ohne Schuhe.

Berechnung des BMI und Befundstellung

- $BMI = \text{Körpergewicht in kg} / (\text{Körpergröße in m})^2$
- Auswertung nach BMI-Referenzsystem Kromeyer-Hauschild – siehe Kapitel III – 5.3 Anlagen zur Befunderhebung bzw. automatische Berechnung des BMI sowie Befundgenerierung in der Software

### Funktionsgruppen

#### FG1 KITA, SEU, SRU, SAU

Untergewicht unterhalb 10. Perzentile nach BMI-Referenzsystem Kromeyer-Hauschild

#### FG2 KITA, SEU, SRU, SAU

starkes Untergewicht unterhalb 3. Perzentile nach BMI-Referenzsystem Kromeyer-Hauschild

### Maßnahmen des KJGD

- Bei Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung entsprechend des Brandenburger Leitfadens „Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ aktiv werden
- Bei emotionalen und sozialen Störungen oder Verdacht auf Anorexie/Bulimie – Überweisung an eine\*n Kinder- und Jugendpsychiater\*in
- FG2: Empfehlung einer weitergehenden Diagnostik zunächst durch die behandelnde Kinder- und Jugendärztin/den behandelnden Kinder- und Jugendarzt

Verweis Leitlinie:

- S3-Leitlinie: Diagnostik und Behandlung der Essstörungen, 2018, AWMF-Register-Nr.: 051/026

Quellen:

- Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D et al. (2001) Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149: 807–818

Bearbeiterin: Dr. Ingrid Seibt

## 10. Weitere Erkrankungen

Aufgrund der Standardisierung der Untersuchungen sowie im Hinblick auf die Untersuchungsdauer und den Umfang der Dokumentation können nicht alle potentiellen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen ein eigenes Kapitel mit einer detaillierten Beschreibung des Vorgehens dargestellt werden.

Nichtsdestotrotz ist es wichtig, alle Erkrankungen zu erkennen, zu erfassen und ggf. Maßnahmen einzuleiten um negative Folgen bestmöglich zu reduzieren bzw. gänzlich zu verhindern.

Sollten daher im Laufe der Untersuchungen Hinweise auf weitere Erkrankungen auftreten, ist diesen nachzugehen und ggf. die Erkrankung zu dokumentieren. Hierfür ist die ICD-10 Kodierung der Erkrankung anzugeben.

### Befunderhebung: KITA, SEU, SRU, SAU

Befunderhebung entsprechend der jeweiligen Erkrankung. Eine Dokumentation erfolgt unter Angabe des ICD-10 Codes.

### Funktionsgruppen

- FG1** Erkrankung mit leichter Funktionseinschränkung und gut kompensiert, keine Auswirkungen auf den Alltag des Kindes/Jugendlichen in Familie und KITA/Schule; keine Teilhabeeinschränkung.
- FG2** Erkrankung mit mittelgradiger Funktionseinschränkung, jedoch ausreichend kompensiert, nur geringe Auswirkung auf den Alltag des Kindes/Jugendlichen in Familie und KITA/Schule und Teilhabeeinschränkung durch Unterstützung kompensiert
- FG2** Erkrankung mit hochgradiger Funktionseinschränkung und trotz hoher gesundheitlicher Unterstützung nicht oder nur unzureichend kompensiert; mit erheblicher Auswirkung auf den Alltag des Kindes/Jugendlichen in Familie und KITA/Schule; erhebliche Teilhabeeinschränkung.

### Maßnahmen des KJGD

#### KITA, SEU, SRU, SAU:

Beratung der Sorgeberechtigten, bzw. der Jugendlichen zu besonderen Aspekten und Bedarfen der betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen:

- Unfallprävention, Maßnahmen des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung
- Beratung zu einem evtl. schulischen Förderbedarf
- ggf. Empfehlung zur sonderpädagogischen Unterstützung, Hinweise auf sozialpädiatrische Zentren sowie auf Selbsthilfegruppen

#### Zusätzlich KITA:

- ggf. Aufnahme in das Betreuungscontrolling







## 1.2 Anamnesebogen Kitauntersuchung

| <b>Elternfragebogen zur Untersuchung durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst<br/>des Gesundheitsamtes – KITA</b><br>Die Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. |  |  | Anlage 2<br>zu § 3 Abs. 1 Nr. 2 KJGDV                      |
|---|--|--|--|
| Nachname des Kindes   | Vorname des Kindes   | Geburtsdatum des Kindes<br>_ _ . _ . _ _   |  |
| Name(n) und Anschrift(en) der/des Personensorgeberechtigten   |  | Telefon/Handy  |  |
| Kitauntersuchungen:<br>Name und Anschrift der Kindertagesstätte bzw. Kindertagespflege  |  | Zusätzlich bei Schuleingangsuntersuchungen:<br>Name und Anschrift der Schule auf die das Kind voraussichtlich gehen wird                   |  |
| Schwerbehindertenausweis vorhanden?<br><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein  | Ggf. Grad der Behinderung<br>_____                                     | Ggf. Pflegegrad<br><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 |  |
| <b>1. Welche der folgenden Krankheiten wurden bei Ihrem Kind jemals ärztlich diagnostiziert?</b><br>Mehrfachnennungen möglich.  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie  | <input type="checkbox"/> Allergischer Schnupfen/<br>Augenentzündung    | <input type="checkbox"/> Tumor/Krebserkrankung   | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-<br>funktionsstörung |
| <input type="checkbox"/> ADS/ADHS   | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale                             | <input type="checkbox"/> Hüfterkrankung  | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar<br>_____         |
| <input type="checkbox"/> Sprachauffälligkeit  | <input type="checkbox"/> Allergische Hauterkrankung                    | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenleiden  | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar<br>_____         |
| <input type="checkbox"/> Sehstörung   | <input type="checkbox"/> Neurodermitis                                 | <input type="checkbox"/> Bewegungsstörung  | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar<br>_____         |
| <input type="checkbox"/> Hörstörung   | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie/-<br>unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus   | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar<br>_____         |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler/Herzkrankung  | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie/-<br>unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Autismus-Spektrum-Störung<br>(ASS)  | <input type="checkbox"/> Keine                             |
| <input type="checkbox"/> Nieren- und Harnwegs-<br>erkrankung  |  |  |  |
| <b>2. Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?</b><br>Mehrfachnennungen möglich.   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> COVID-19   | <input type="checkbox"/> Hirn-/Hirnhautentzündung                      | <input type="checkbox"/> Ringelröteln  | <input type="checkbox"/> Windpocken                        |
| <input type="checkbox"/> Hand-Fuß-Mund-Krankheit  | <input type="checkbox"/> Keuchhusten                                   | <input type="checkbox"/> Röteln  | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar<br>_____         |
| <input type="checkbox"/> Borreliose   | <input type="checkbox"/> Masern  | <input type="checkbox"/> Rotavirus-Infektion   | <input type="checkbox"/> Keine                             |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B  | <input type="checkbox"/> Mumps   | <input type="checkbox"/> Scharlach   |  |
| <b>3. Welche Erkrankungen sind in den vergangenen 12 Monaten bei Ihrem Kind aufgetreten?</b><br>Mehrfachnennungen möglich.  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung  | <input type="checkbox"/> Bronchitis                                    | <input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe   | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar<br>_____         |
| <input type="checkbox"/> Hals-/Mandelentzündung   | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung                              | <input type="checkbox"/> Cerebraler Krampfanfall   | <input type="checkbox"/> Keine                             |
| <input type="checkbox"/> Pseudokrapp-Anfall   | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Infektion                          | <input type="checkbox"/> Blasen- und<br>Harnwegsentzündung   |  |
| <b>4. Zeigte Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten folgende Verhaltensauffälligkeiten?</b><br>Mehrfachnennungen möglich.   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung  | <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit                                 | <input type="checkbox"/> Motorische Unruhe/Hyperaktivität  |  |
| <input type="checkbox"/> Bettnässen   | <input type="checkbox"/> Aggressivität                                 | <input type="checkbox"/> Unüberlegte/riskante Handlungen   | <input type="checkbox"/> Keine                             |
| <input type="checkbox"/> Einkoten   | <input type="checkbox"/> Schlafstörung                                 |  |  |
| <b>5. Bei welchen Ärztinnen oder Ärzten haben Sie Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten vorgestellt?</b><br>Mehrfachnennungen möglich.   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt/Hausarzt  | <input type="checkbox"/> Augenarzt                                     | <input type="checkbox"/> Urologe   | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar<br>_____         |
| <input type="checkbox"/> Zahnarzt   | <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren-Arzt                         | <input type="checkbox"/> Chirurg/Orthopäde   | <input type="checkbox"/> Keine                             |
| <input type="checkbox"/> Kieferorthopäde  | <input type="checkbox"/> Hautarzt                                      | <input type="checkbox"/> Kinder- und<br>Jugendpsychiater   |  |

**6. Welche Behandlungen oder Unterstützungen hat Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten erhalten?**  
*Mehrfachnennungen möglich.*

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Logopädie                         | <input type="checkbox"/> Integrationskita                | <input type="checkbox"/> Psychologische Behandlung/ Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Anderes, und zwar _____ |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie                      | <input type="checkbox"/> Einzelintegration               | <input type="checkbox"/> Psychiatrische                            |  |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie/ Krankengymnastik  | <input type="checkbox"/> Sprachförderung in der Kita     | <input type="checkbox"/> Institutionsambulanz (PIA)                |  |
| <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) | <input type="checkbox"/> Frühförder- und Beratungsstelle |  | <input type="radio"/> Keine                      |

**7. Welche Hilfsmittel nutzt Ihr Kind?**  
*Mehrfachnennungen möglich.*

|  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sehhilfe (z. B. Brille) | <input type="checkbox"/> Orthese                            | <input type="checkbox"/> Anderes, und zwar _____ |
| <input type="checkbox"/> Hörhilfe                | <input type="checkbox"/> Zahnersatz (Prothese, Platzhalter) | <input type="radio"/> Keine                      |

**8. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?**

Ja Namen der Medikamente: \_\_\_\_\_  Nein

**9. Muss Ihr Kind Notfallarzneimittel mit sich führen? Wenn ja, welche?**

Ja Namen der Medikamente: \_\_\_\_\_  Nein

**10. Wurde Ihr Kind jemals ambulant oder in einem Krankenhaus operiert, bzw. ist eine Operation geplant?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche Operationen wurden durchgeführt, bzw. sind geplant? *Mehrfachnennungen möglich.*

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Paukenröhrchen                        | <input type="checkbox"/> Nabelbruch               | <input type="checkbox"/> Blutschwamm    | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar _____ |
| <input type="checkbox"/> Polypentfernung                       | <input type="checkbox"/> Phimose/Vorhautverengung | <input type="checkbox"/> Hodenhochstand | _____   |
| <input type="checkbox"/> Gaumenmandelentfernung/-verkleinerung | <input type="checkbox"/> Leistenbruch             |   | _____   |

**11. Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall, der ärztlich behandelt wurde?**

Ja  Nein

**Wenn ja, welche Verletzung hat sich das Kind bei dem Unfall zugezogen und wo ist der Unfall passiert?**  
 Bitte kreuzen Sie in der Tabelle die Verletzung und den Unfallort an. *Mehrfachnennungen möglich.*

|                                    | Zu Hause                 | In der KITA              | In der Freizeit          | Im Straßenverkehr        | Anderer Ort              |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Prellung                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verstauchung/Verrenkung/Ausrenkung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knochenbruch                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Offene Wunde                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehirnerschütterung                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verbrühung/Verbrennung/Verätzung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vergiftung                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |
| Anderer Verletzung, und zwar:      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**12. Sind bzw. waren Sie und Ihr Kind im Netzwerk Gesunde Kinder?**

Ja  Nein

Wenn ja, seit wann bzw. wie lange?

Unter 1 Jahr  Über 1 Jahr  Über 2 Jahre  Über 3 Jahre

**13. Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich pro Tag Fernsehen, Videos, Streamingdienste oder spielt mit der Spielekonsole, dem Smartphone oder anderen elektronischen Geräten?**

Bitte unterscheiden Sie dabei zwischen „Montag bis Freitag“ und am „Wochenende“.

|                    | Gar nicht             | Weniger als 30 Minuten | 30 Minuten bis 1 Stunde | 1 bis 2 Stunden       | 2 bis 3 Stunden       | 3 Stunden oder mehr   |
|--------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Montag bis Freitag | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wochenende         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**14. Wie häufig...**

|   | Im Sommer             |                       |                       |                           |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|
|   | Etwa jeden Tag        | 3 bis 5 mal pro Woche | 1 bis 2 mal pro Woche | Etwa 1 bis 2 mal im Monat | Nie                   |
| ...spielt Ihr Kind im Freien?                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| ...treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| ...treibt Ihr Kind Sport außerhalb eines Vereins? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
|   | Im Winter             |                       |                       |                           |                       |
|   | Etwa jeden Tag        | 3 bis 5 mal pro Woche | 1 bis 2 mal pro Woche | Etwa 1 bis 2 mal im Monat | Nie                   |
| ...spielt Ihr Kind im Freien?                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| ...treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| ...treibt Ihr Kind Sport außerhalb eines Vereins? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |

**15. Fortbewegung**

|   | Ja                    | Nein                  |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Fährt Ihr Kind <u>selbstständig</u> Laufrad, Roller oder Fahrrad? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Geht Ihr Kind zu Fuß, z. B. zur Kita, zum Sport?                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**16. Wie lange wurde Ihr Kind ausschließlich gestillt?**

- Nie gestillt     Weniger als 6 Monate     Mehr als 6 Monate     Keine Angabe

**17. Wie lange besucht/e Ihr Kind bisher insgesamt eine Kindertagespflege und/oder Kindertagesstätte?**

- Gar nicht     Unter 1 Jahr     Über 1 Jahr     Über 2 Jahre     Über 3 Jahre     Über 4 Jahre

**18. Wie viele Kinder und Erwachsene leben insgesamt in Ihrem Haushalt?**

Anzahl Kinder:     1 Kind     2 Kinder     3 Kinder     4 oder mehr Kinder  
 Anzahl Erwachsene: \_\_\_\_\_

**19. Bei wem lebt Ihr Kind hauptsächlich? Bitte nur ein Feld ankreuzen.**

- Bei den leiblichen Eltern     In stationärer Einrichtung  
 Bei der Mutter...    Bei dem Vater     Bei Pflegeeltern  
      ... mit Partner\*in     ... mit Partner\*in     Bei anderen Familienmitgliedern/Verwandten  
      ...alleinerziehend     ...alleinerziehend     Bei anderen Personen und zwar: \_\_\_\_\_  
 Im Wechselmodell

**20. In welchem Land wurden Sie, Ihr/e Partner/in und Ihr Kind geboren?**

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

**Geburtsland**

...des Kindes:     Deutschland     Anderes Land und zwar: \_\_\_\_\_  
 ...der Mutter:     Deutschland     Anderes Land und zwar: \_\_\_\_\_  
 ...des Vaters:     Deutschland     Anderes Land und zwar: \_\_\_\_\_

**21. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie, Ihr/e Partner/in und Ihr Kind?**

*Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein. Mehrfachnennungen möglich.*

...des Kindes:     Deutsch                       Andere und zwar: \_\_\_\_\_

...der Mutter:     Deutsch                       Andere und zwar: \_\_\_\_\_

...des Vaters:     Deutsch                       Andere und zwar: \_\_\_\_\_

---

**22. Welche Sprache oder Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen?** *Mehrfachnennungen möglich.*

Deutsch     Andere und zwar: \_\_\_\_\_

---

**23. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie und Ihr/e Partner/in?**

*Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.*

|  | Mutter                | Vater                 |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Kein Abschluss   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Förderschulabschluss   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hauptschulabschluss, Berufsbildungsreife                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Erweiterte Berufsbildungsreife (EBR), Fachoberschulreife (FOR) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Realschulabschluss, MSA, 10. Klasse-Abschluss, mittlere Reife  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Abitur, Fachhochschulreife, Fachabitur                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

---

**24. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung? Wenn ja, welche? Bitte nennen Sie den höchsten Abschluss für beide Elternteile.**

*Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.*

|  | Mutter                | Vater                 |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Ohne Berufsausbildung                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| In Ausbildung/Studium                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Abgeschlossene Berufsausbildung/Fachschulabschluss | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| (Fach-) Hochschulabschluss                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

---

**25. Inwieweit sind Sie und Ihr/e Partner/in erwerbstätig?**

*Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.*

*Unter "nicht erwerbstätig" werden Personen verstanden, die weniger als eine Stunde pro Woche erwerbstätig sind.*

|                     | Mutter                | Vater                 |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| Vollzeitbeschäftigt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Teilzeitbeschäftigt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nicht erwerbstätig  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

---

**26. Möchten Sie uns noch etwas zur Entwicklung Ihres Kindes mitteilen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass ich die Informationen für die Datenverarbeitung erhalten habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

Sofern nur ein Berechtigter unterschreibt, versichert dieser zugleich mit Vollmacht und Zustimmung des anderen die Angaben getätigt zu haben. Gleiches gilt für im Haushalt lebende Partner.

### 1.3 Anamnesebogen Schuleingangsuntersuchung

| <b>Elternfragebogen zur Untersuchung durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst<br/>des Gesundheitsamtes – Einschulung</b> |  |   | Anlage 2<br>zu § 3 Abs. 1 Nr. 2 KJGDV  |
|---|--|---|--|
| Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit * gekennzeichnete Angaben sind freiwillige Angaben.               |  |   |  |
| Nachname des Kindes   |  | Vorname des Kindes  |  |
|   |  | _ _ - * - _ _ - _ _ - _ _                                   |  |
| Name(n) und Anschrift(en) der/des Personensorgeberechtigten   |  |   | Telefon/Handy*   |
| Kitauntersuchungen:<br>Name und Anschrift der Kindertagesstätte bzw. Kindertagespflege  |  |   | Zusätzlich bei Schuleingangsuntersuchungen:<br>Name und Anschrift der Schule auf die das Kind voraussichtlich gehen wird                   |
| Schwerbehindertenausweis vorhanden?<br><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein                                    |  | Ggf. Grad der Behinderung<br>_____                          | Ggf. Pflegegrad<br><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 |
| <b>1. Welche der folgenden Krankheiten wurden bei Ihrem Kind jemals ärztlich diagnostiziert?</b>                              |  |   |  |
| <i>Mehrfachnennungen möglich.</i>   |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie  | <input type="checkbox"/> Allergischer Schnupfen/<br>Augenentzündung    | <input type="checkbox"/> Tumor/Krebserkrankung              | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-<br>funktionsstörung   |
| <input type="checkbox"/> ADS/ADHS   | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale                             | <input type="checkbox"/> Hüfterkrankung                     | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar<br>_____   |
| <input type="checkbox"/> Sprachauffälligkeit  | <input type="checkbox"/> Allergische Hauterkrankung                    | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenleiden                 | <input type="checkbox"/> _____   |
| <input type="checkbox"/> Sehstörung   | <input type="checkbox"/> Neurodermitis                                 | <input type="checkbox"/> Bewegungsstörung                   | <input type="checkbox"/> _____   |
| <input type="checkbox"/> Hörstörung   | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie/-<br>unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                  | <input type="checkbox"/> _____   |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler/Herzkrankung  |  | <input type="checkbox"/> Autismus-Spektrum-Störung<br>(ASS) | <input type="checkbox"/> _____   |
| <input type="checkbox"/> Nieren- und Harnwegs-<br>erkrankung  |  |   | <input type="radio"/> <b>Keine</b>   |
| <b>2. Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?</b>   |  |   |  |
| <i>Mehrfachnennungen möglich.</i>   |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> COVID-19   | <input type="checkbox"/> Hirn-/Hirnhautentzündung                      | <input type="checkbox"/> Ringelröteln                       | <input type="checkbox"/> Windpocken  |
| <input type="checkbox"/> Hand-Fuß-Mund-Krankheit  | <input type="checkbox"/> Keuchhusten                                   | <input type="checkbox"/> Röteln                             | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar<br>_____   |
| <input type="checkbox"/> Borreliose   | <input type="checkbox"/> Masern  | <input type="checkbox"/> Rotavirus-Infektion                | <input type="checkbox"/> _____   |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B  | <input type="checkbox"/> Mumps   | <input type="checkbox"/> Scharlach                          | <input type="radio"/> <b>Keine</b>   |
| <b>3. Welche Erkrankungen sind in den vergangenen 12 Monaten bei Ihrem Kind aufgetreten?</b>                                  |  |   |  |
| <i>Mehrfachnennungen möglich.</i>   |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung  | <input type="checkbox"/> Bronchitis                                    | <input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe                      | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar<br>_____   |
| <input type="checkbox"/> Hals-/Mandelentzündung   | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung                              | <input type="checkbox"/> Cerebraler Krampfanfall            | <input type="checkbox"/> _____   |
| <input type="checkbox"/> Pseudokrapp-Anfall   | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Infektion                          | <input type="checkbox"/> Blasen- und<br>Harnwegsentzündung  | <input type="radio"/> <b>Keine</b>   |
| <b>4. Zeigte Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten folgende Verhaltensauffälligkeiten?</b>                                   |  |   |  |
| <i>Mehrfachnennungen möglich.</i>   |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung  | <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit                                 | <input type="checkbox"/> Motorische Unruhe/Hyperaktivität   |  |
| <input type="checkbox"/> Bettnässen   | <input type="checkbox"/> Aggressivität                                 | <input type="checkbox"/> Unüberlegte/riskante Handlungen    |  |
| <input type="checkbox"/> Einkoten   | <input type="checkbox"/> Schlafstörung                                 |   | <input type="radio"/> <b>Keine</b>   |
| <b>5. Bei welchen Ärztinnen oder Ärzten haben Sie Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten vorgestellt?</b>                     |  |   |  |
| <i>Mehrfachnennungen möglich.</i>   |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt/Hausarzt  | <input type="checkbox"/> Augenarzt                                     | <input type="checkbox"/> Urologe                            | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar<br>_____   |
| <input type="checkbox"/> Zahnarzt   | <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren-Arzt                         | <input type="checkbox"/> Chirurg/Orthopäde                  | <input type="checkbox"/> _____   |
| <input type="checkbox"/> Kieferorthopäde  | <input type="checkbox"/> Hautarzt                                      | <input type="checkbox"/> Kinder- und<br>Jugendpsychiater    | <input type="radio"/> <b>Bei keinen</b>  |

**6. Welche Behandlungen oder Unterstützungen hat Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten erhalten?**  
*Mehrfachnennungen möglich.*

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Logopädie                         | <input type="checkbox"/> Integrationskita                | <input type="checkbox"/> Psychologische Behandlung/ Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Anderes, und zwar _____ |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie                      | <input type="checkbox"/> Einzelintegration               | <input type="checkbox"/> Psychiatrische                            |  |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie/ Krankengymnastik  | <input type="checkbox"/> Sprachförderung in der Kita     | <input type="checkbox"/> Psychiatrische Institutionsambulanz (PIA) |  |
| <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) | <input type="checkbox"/> Frühförder- und Beratungsstelle |  | <input type="radio"/> Keine                      |

**7. Welche Hilfsmittel nutzt Ihr Kind?**  
*Mehrfachnennungen möglich.*

|  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sehhilfe (z. B. Brille) | <input type="checkbox"/> Orthese                            | <input type="checkbox"/> Anderes, und zwar _____ |
| <input type="checkbox"/> Hörhilfe                | <input type="checkbox"/> Zahnersatz (Prothese, Platzhalter) | <input type="radio"/> Keine                      |

**8. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?**

Ja Namen der Medikamente: \_\_\_\_\_  Nein

**9. Muss Ihr Kind Notfallarzneimittel mit sich führen? Wenn ja, welche?**

Ja Namen der Medikamente: \_\_\_\_\_  Nein

**10. Wurde Ihr Kind jemals ambulant oder in einem Krankenhaus operiert, bzw. ist eine Operation geplant?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche Operationen wurden durchgeführt, bzw. sind geplant? *Mehrfachnennungen möglich.*

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Paukenröhrchen                        | <input type="checkbox"/> Nabelbruch               | <input type="checkbox"/> Blutschwamm    | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar _____ |
| <input type="checkbox"/> Polypenentfernung                     | <input type="checkbox"/> Phimose/Vorhautverengung | <input type="checkbox"/> Hodenhochstand | _____   |
| <input type="checkbox"/> Gaumenmandelentfernung/-verkleinerung | <input type="checkbox"/> Leistenbruch             |   | _____   |

**11. Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall, der ärztlich behandelt wurde?**

Ja  Nein

**Wenn ja, welche Verletzung hat sich das Kind bei dem Unfall zugezogen und wo ist der Unfall passiert?**  
 Bitte kreuzen Sie in der Tabelle die Verletzung und den Unfallort an. *Mehrfachnennungen möglich.*

|                                    | Zu Hause                 | In der KITA              | In der Freizeit          | Im Straßenverkehr        | Anderer Ort              |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Prellung                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verstauchung/Verrenkung/Ausrenkung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knochenbruch                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Offene Wunde                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehirnerschütterung                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verbrühung/Verbrennung/Verätzung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vergiftung                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |
| Anderer Verletzung, und zwar:      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**12. Sind bzw. waren Sie und Ihr Kind im Netzwerk Gesunde Kinder?**

Ja  Nein

Wenn ja, seit wann bzw. wie lange?

Unter 1 Jahr  Über 1 Jahr  Über 2 Jahre  Über 3 Jahre

**13. Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich pro Tag Fernsehen, Videos, Streamingdienste oder spielt mit der Spielekonsole, dem Smartphone oder anderen elektronischen Geräten?**

Bitte unterscheiden Sie dabei zwischen „Montag bis Freitag“ und am „Wochenende“.

|                    | Gar nicht             | Weniger als 30 Minuten | 30 Minuten bis 1 Stunde | 1 bis 2 Stunden       | 2 bis 3 Stunden       | 3 Stunden oder mehr   |
|--------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Montag bis Freitag | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wochenende         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**14. Wie häufig...**

|   | Im Sommer             |                       |                       |                           |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|
|   | Etwa jeden Tag        | 3 bis 5 mal pro Woche | 1 bis 2 mal pro Woche | Etwa 1 bis 2 mal im Monat | Nie                   |
| ...spielt Ihr Kind im Freien?                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| ...treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| ...treibt Ihr Kind Sport außerhalb eines Vereins? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
|   | Im Winter             |                       |                       |                           |                       |
|   | Etwa jeden Tag        | 3 bis 5 mal pro Woche | 1 bis 2 mal pro Woche | Etwa 1 bis 2 mal im Monat | Nie                   |
| ...spielt Ihr Kind im Freien?                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| ...treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |
| ...treibt Ihr Kind Sport außerhalb eines Vereins? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> |

**15. Fortbewegung**

|   | Ja                    | Nein                  |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Fährt Ihr Kind <u>selbstständig</u> Laufrad, Roller oder Fahrrad? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Geht Ihr Kind zu Fuß, z. B. zur Kita, zum Sport?                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**16. Wie lange wurde Ihr Kind ausschließlich gestillt?**

- Nie gestillt     Weniger als 6 Monate     Mehr als 6 Monate     Keine Angabe

**17. Wie lange besucht/e Ihr Kind bisher insgesamt eine Kindertagespflege und/oder Kindertagesstätte?**

- Gar nicht     Unter 1 Jahr     Über 1 Jahr     Über 2 Jahre     Über 3 Jahre     Über 4 Jahre

**18. Wie viele Kinder und Erwachsene leben insgesamt in Ihrem Haushalt?**

Anzahl Kinder:     1 Kind     2 Kinder     3 Kinder     4 oder mehr Kinder

Anzahl Erwachsene: \_\_\_\_\_

**19. Bei wem lebt Ihr Kind hauptsächlich? Bitte nur ein Feld ankreuzen.**

- Bei den leiblichen Eltern     In stationärer Einrichtung
- Bei der Mutter...    Bei dem Vater     Bei Pflegeeltern
- ... mit Partner\*in     ... mit Partner\*in     Bei anderen Familienmitgliedern/Verwandten
- ...alleinerziehend     ...alleinerziehend     Bei anderen Personen und zwar:
- Im Wechselmodell

**20. In welchem Land wurden Sie, Ihr/e Partner/in und Ihr Kind geboren?**

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

**Geburtsland**

- ...des Kindes:     Deutschland     Anderes Land und zwar: \_\_\_\_\_
- ...der Mutter:     Deutschland     Anderes Land und zwar: \_\_\_\_\_
- ...des Vaters:     Deutschland     Anderes Land und zwar: \_\_\_\_\_

**21. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie, Ihr/e Partner/in und Ihr Kind?**

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein. Mehrfachnennungen möglich.

...des Kindes:     Deutsch                       Andere und zwar: \_\_\_\_\_

...der Mutter:     Deutsch                       Andere und zwar: \_\_\_\_\_

...des Vaters:     Deutsch                       Andere und zwar: \_\_\_\_\_

**22. Welche Sprache oder Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen?** Mehrfachnennungen möglich.

Deutsch     Andere und zwar: \_\_\_\_\_

**23. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie und Ihr/e Partner/in?**

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

|  | Mutter                | Vater                 |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Kein Abschluss   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Förderschulabschluss   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hauptschulabschluss, Berufsbildungsreife                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Erweiterte Berufsbildungsreife (EBR), Fachoberschulreife (FOR) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Realschulabschluss, MSA, 10. Klasse-Abschluss, mittlere Reife  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Abitur, Fachhochschulreife, Fachabitur                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**24. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung? Wenn ja, welche? Bitte nennen Sie den höchsten Abschluss für beide Elternteile.**

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

|  | Mutter                | Vater                 |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Ohne Berufsausbildung                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| In Ausbildung/Studium                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Abgeschlossene Berufsausbildung/Fachschulabschluss | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| (Fach-) Hochschulabschluss                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**25. Inwieweit sind Sie und Ihr/e Partner/in erwerbstätig?**

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

Unter "nicht erwerbstätig" werden Personen verstanden, die weniger als eine Stunde pro Woche erwerbstätig sind.

|                     | Mutter                | Vater                 |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| Vollzeitbeschäftigt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Teilzeitbeschäftigt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nicht erwerbstätig  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**26. Möchten Sie uns noch etwas zur Entwicklung Ihres Kindes mitteilen?**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass ich die Informationen für die Datenverarbeitung erhalten habe.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

Sofern nur ein Berechtigter unterschreibt, versichert dieser zugleich mit Vollmacht und Zustimmung des anderen die Angaben getätigt zu haben. Gleiches gilt für im Haushalt lebende Partner.



## 1.4 Anamnesebogen Schulquereinsteiger

**Elternfragebogen zur Untersuchung**  
**durch die Kinder- und Jugendärzt\*innen des Gesundheitsamtes**  
Sämtliche Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Schulquer-  
einsteiger

|   |                    |  |
|---|--------------------|--|
| Nachname der Kindes   | Vorname der Kindes | Geburtsdatum des Kindes<br><br>- . - . - . - . - . - . |
| Name(n) und Anschrift(en) der/des Personensorgeberechtigten |                    | Telefon/Handy  |
| Name und Anschrift der Schule                               |                    |  |

**1. Allgemeine Fragen**

Welche Muttersprache spricht Ihr Kind? \_\_\_\_\_

**2. Rund um die Geburt**

Schwangerschaftsverlauf      Normal      Mit Komplikationen      Unbekannt  
 Dauer der Schwangerschaft in Wochen    

Geburtsverlauf      Normal      Mit Komplikationen      Unbekannt  
 Geburtsgewicht        g     Geburtslänge       cm

**3. Entwicklung des Kindes**

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?      Ja      Nein  
 Wenn **nein**, bitte Ihre Hinweise: \_\_\_\_\_

Liegen gesundheitliche Besonderheiten vor?      nein

**Ja**, nämlich:

|  |                                       |                                       |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sprachauffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Hörstörungen |
| <input type="checkbox"/> Häufiges Hinfallen    | <input type="checkbox"/> Andere       | <input type="checkbox"/> Unbekannt    |

**4. Andere Erkrankungen des Kindes**

Wurde jemals durch einen Arzt eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?      Nein

**Ja**, nämlich:

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergischer Schnupfen/Augenentzündung | <input type="checkbox"/> Wiederholte Mittelohrentzündung | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung      |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale                      | <input type="checkbox"/> Epilepsie                       | <input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe           |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis                          | <input type="checkbox"/> Windpocken                      | <input type="checkbox"/> Hüfterkrankungen        |
| <input type="checkbox"/> Nieren- und Harnwegserkrankung         | <input type="checkbox"/> ADS/ADHS                        | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose                            |  |  |

**5. Fragen zu Unfällen**

Hatte Ihr Kind **jemals** einen Unfall, der **ärztlich** behandelt werden musste?      Nein      Ja      Unbekannt

Wenn ja, welche Verletzung? \_\_\_\_\_

Gibt es aufgrund der Verletzung noch Beschwerden?      Nein      Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**6. Krankenhausbehandlung**

6a. Wurde Ihr Kind jemals im Krankenhaus stationär behandelt?  
 Nein      Ja  
 Wenn ja, wegen:      eines Unfalles      einer Krankheit: wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

6b. Wurde Ihr Kind jemals operiert (auch ambulant)?  
 Nein      Ja     Wenn ja, wegen \_\_\_\_\_     Wann? \_\_\_\_\_

**7. Nimmt bzw. nahm Ihr Kind in den letzten 12 Monaten Medikamente ein?**

Nein      Wenn ja, Name des Medikamentes \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

## 1.5 Anamnesebogen Schulreihenuntersuchung

| <b>Elternfragebogen zur Untersuchung durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst<br/>des Gesundheitsamtes – Jahrgangsstufe 6 und Jahrgangsstufe 10</b><br><small>Die Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.</small> |  |  | Anlage 3<br>zu § 3 Abs. 1 Nr. 3 KJGDV                             |
|--|--|--|---|
| Nachname des Kindes  | Vorname des Kindes   | Geburtsdatum des Kindes<br>____-____-____  |   |
| Name(n) und Anschrift(en) der/des Personensorgeberechtigten  |  | Telefon/Handy  |   |
| Name und Anschrift der Schule  |  |  |   |
| Schwerbehindertenausweis vorhanden?<br><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein   | Ggf. Grad der Behinderung<br>_____                                     | Ggf. Pflegegrad<br><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 |   |
| <b>1. Welche der folgenden Krankheiten wurden bei Ihrem Kind jemals durch einen Arzt festgestellt?</b>   |  |  |   |
| <i>Mehrfachnennungen möglich.</i>  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie   | <input type="checkbox"/> Allergischer Schnupfen/<br>Augenentzündung    | <input type="checkbox"/> Tumor/Krebserkrankung   | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-<br>funktionsstörung        |
| <input type="checkbox"/> ADS/ADHS  | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale                             | <input type="checkbox"/> Hüfterkrankung  | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar                         |
| <input type="checkbox"/> Sprachauffälligkeit   | <input type="checkbox"/> Allergische Hauterkrankung                    | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenleiden  | _____   |
| <input type="checkbox"/> Sehstörung  | <input type="checkbox"/> Neurodermitis                                 | <input type="checkbox"/> Bewegungsstörung  | _____   |
| <input type="checkbox"/> Hörstörung  | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie/-<br>unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler/Herzkrankung   | <input type="checkbox"/> Autismus-Spektrum-Störung<br>(ASS)            | <input type="checkbox"/> Keine   | <input type="radio"/> <b>Keine</b>                                |
| <input type="checkbox"/> Nieren- und Harnwegs-<br>erkrankung   |  |  |   |
| <b>2. Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?</b>  |  |  |   |
| <i>Mehrfachnennungen möglich.</i>  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> COVID-19  | <input type="checkbox"/> Hirn-/Hirnhautentzündung                      | <input type="checkbox"/> Ringelröteln  | <input type="checkbox"/> Windpocken                               |
| <input type="checkbox"/> Hand-Fuß-Mund-Krankheit   | <input type="checkbox"/> Keuchhusten                                   | <input type="checkbox"/> Röteln  | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar                         |
| <input type="checkbox"/> Borreliose  | <input type="checkbox"/> Masern  | <input type="checkbox"/> Rotavirus-Infektion   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B   | <input type="checkbox"/> Mumps   | <input type="checkbox"/> Scharlach   | <input type="radio"/> <b>Keine</b>                                |
| <b>3. Welche Erkrankungen sind in den vergangenen 12 Monaten bei Ihrem Kind aufgetreten?</b>   |  |  |   |
| <i>Mehrfachnennungen möglich.</i>  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung   | <input type="checkbox"/> Bronchitis                                    | <input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe   | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar                         |
| <input type="checkbox"/> Hals-/Mandelentzündung  | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung                              | <input type="checkbox"/> Cerebraler Krampfanfall   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Pseudokrapp-Anfall  | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Infektion                          | <input type="checkbox"/> Blasen- und<br>Harnwegsentzündung   | _____   |
|  |  |  | <input type="radio"/> <b>Keine</b>                                |
| <b>4. Zeigte Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten folgende Auffälligkeiten oder Beeinträchtigungen?</b>  |  |  |   |
| <i>Mehrfachnennungen möglich.</i>  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung   | <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen                            | <input type="checkbox"/> Aggressivität   | <input type="checkbox"/> Erhebliche Menstruations-<br>beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Bettnässen  | <input type="checkbox"/> Schlafstörung                                 | <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Schwindel   | <input type="checkbox"/> Häufige Kopfschmerzen                         | <input type="checkbox"/> Motorische<br>Unruhe/Hyperaktivität   | _____   |
|  |  |  | <input type="radio"/> <b>Keine</b>                                |
| <b>5. Bei welchen Ärztinnen oder Ärzten haben Sie Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten vorgestellt?</b>  |  |  |   |
| <i>Mehrfachnennungen möglich.</i>  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt/Hausarzt   | <input type="checkbox"/> Augenarzt                                     | <input type="checkbox"/> Urologe   | <input type="checkbox"/> Gynäkologe                               |
| <input type="checkbox"/> Zahnarzt  | <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren-Arzt                         | <input type="checkbox"/> Chirurg/Orthopäde   | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar                         |
| <input type="checkbox"/> Kieferorthopäde   | <input type="checkbox"/> Hautarzt                                      | <input type="checkbox"/> Kinder- und<br>Jugendpsychiater   | _____   |
|  |  |  | <input type="radio"/> <b>Bei keinem</b>                           |

**6. Welche Behandlungen oder Unterstützungen hat Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten erhalten?**  
*Mehrfachnennungen möglich.*

Logopädie                       Psychologische Behandlung/Psychotherapie                       Anderes, und zwar \_\_\_\_\_  
 Ergotherapie  
 Physiotherapie/ Krankengymnastik                       Psychiatrische Institutionsambulanz (PIA)  
 Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
  Keine

---

**7. Welche Hilfsmittel nutzt Ihr Kind?**  
*Mehrfachnennungen möglich.*

Sehhilfe (z. B. Brille)                       Orthese                       Anderes, und zwar \_\_\_\_\_  
 Hörhilfe                       Zahnersatz (Prothese, Platzhalter)
  Keine

---

**8. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?**

Ja    Namen der Medikamente: \_\_\_\_\_  Nein

---

**9. Muss Ihr Kind Notfallarzneimittel mit sich führen? Wenn ja, welche?**

Ja    Namen der Medikamente: \_\_\_\_\_  Nein

---

**10. Wurde Ihr Kind jemals ambulant oder in einem Krankenhaus operiert, bzw. ist eine Operation geplant?**

Ja     Nein

Wenn ja, welche Operationen wurden durchgeführt, bzw. sind geplant? *Mehrfachnennungen möglich.*

Polypenentfernung                       Nabelbruch                       Blutschwamm                       Andere, und zwar \_\_\_\_\_  
 Gaumenmandel-entfernung/-verkleinerung                       Phimose                       Hodenhochstand  
 Leistenbruch
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

---

**11. Hatte Ihr Kind jemals einen Unfall, der ärztlich behandelt wurde?**

Ja     Nein

**Wenn ja, welche Verletzung hat sich das Kind bei dem Unfall zugezogen und wo ist der Unfall passiert?**  
 Bitte kreuzen Sie in der Tabelle die Verletzung und den Unfallort an. *Mehrfachnennungen möglich.*

|                                    | Zu Hause                 | In der Schule            | In der Freizeit          | Im Straßenverkehr        | Anderer Ort              |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Prellung                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verstauchung/Verrenkung/Ausrenkung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knochenbruch                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Offene Wunde                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehirnerschütterung                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verbrühung/Verbrennung/Verätzung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vergiftung                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Verletzung, und zwar:       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

---

**12. Konsumiert Ihr Kind Alkohol und/oder Nikotin?**

|         |                            |                                    |   |                               |   |
|---------|----------------------------|------------------------------------|---|-------------------------------|---|
| Alkohol | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Gelegentlich | <input type="radio"/> Mehrmals im Monat | <input type="radio"/> Täglich | <input type="radio"/> Keine Angabe/weiß nicht |
| Nikotin | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Gelegentlich | <input type="radio"/> Mehrmals im Monat | <input type="radio"/> Täglich | <input type="radio"/> Keine Angabe/weiß nicht |

---

**13. Möchten Sie uns noch etwas zur Entwicklung Ihres Kindes mitteilen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. Wie lange sieht Ihr Kind durchschnittlich pro Tag Fernsehen, Videos, Streamingdienste oder spielt mit der Spielekonsole, dem Smartphone oder anderen elektronischen Geräten?**

Bitte unterscheiden Sie dabei zwischen „Montag bis Freitag“ und am „Wochenende“.

|                    | Gar nicht             | Weniger als 30 Minuten | 30 Minuten bis 1 Stunde | 1 bis 2 Stunden       | 2 bis 3 Stunden       | 3 Stunden oder mehr   |
|--------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Montag bis Freitag | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wochenende         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**15. An wie vielen der vergangenen 7 Tage war Ihr Kind mindestens 60 Minuten körperlich aktiv?**

Körperliche Aktivität ist jede Aktivität, die Ihr Kind außer Atem bringt, unabhängig ob im Rahmen des Schulsports, eines Sportvereins oder in der Freizeit.

- An keinem Tag     1 Tag     2 Tage     3 Tage     4 Tage     5 Tage     6 Tage     7 Tage

**16. Wie viele Kinder und Erwachsene leben insgesamt in Ihrem Haushalt?**

Anzahl Kinder:      1 Kind     2 Kinder     3 Kinder      4 oder mehr Kinder

Anzahl Erwachsene: \_\_\_\_\_

**17. Bei wem lebt Ihr Kind hauptsächlich? Bitte nur ein Feld ankreuzen.**

- Bei den leiblichen Eltern
- In stationärer Einrichtung
- Bei der Mutter...                    Bei dem Vater
- ... mit Partner\*in                 ... mit Partner\*in                 Bei Pflegeeltern
- ...alleinerziehend                 ...alleinerziehend                 Bei anderen Familienmitgliedern/Verwandten
- Bei anderen Personen und zwar: \_\_\_\_\_
- Im Wechselmodell                \_\_\_\_\_

**18. In welchem Land wurden Sie, Ihr/e Partner/in und Ihr Kind geboren?**

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

**Geburtsland**

- ...des Kindes:     Deutschland                     Anderes Land und zwar: \_\_\_\_\_
- ...der Mutter:     Deutschland                     Anderes Land und zwar: \_\_\_\_\_
- ...des Vaters:     Deutschland                     Anderes Land und zwar: \_\_\_\_\_

**19. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie, Ihr/e Partner/in und Ihr Kind?**

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein. Mehrfachnennungen möglich.

- ...des Kindes:     Deutsch                             Andere und zwar: \_\_\_\_\_
- ...der Mutter:     Deutsch                             Andere und zwar: \_\_\_\_\_
- ...des Vaters:     Deutsch                             Andere und zwar: \_\_\_\_\_

**20. Welche Sprache oder Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? Mehrfachnennungen möglich.**

- Deutsch      Andere und zwar: \_\_\_\_\_

**21. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie und Ihr/e Partner/in?**

Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.

|  | Mutter                | Vater                 |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Kein Abschluss   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Förderschulabschluss   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hauptschulabschluss, Berufsbildungsreife                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Erweiterte Berufsbildungsreife (EBR), Fachoberschulreife (FOR) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Realschulabschluss, MSA, 10. Klasse-Abschluss, mittlere Reife  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Abitur, Fachhochschulreife, Fachabitur                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**22. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung? Wenn ja, welche? Bitte nennen Sie den höchsten Abschluss für beide Elternteile.**

*Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.*

|  | Mutter                | Vater                 |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Ohne Berufsausbildung                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| In Ausbildung/Studium                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Abgeschlossene Berufsausbildung/Fachschulabschluss | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| (Fach-) Hochschulabschluss                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**23. Inwieweit sind Sie und Ihr/e Partner/in erwerbstätig?**

*Wenn Sie mit einem Partner/einer Partnerin im Haushalt leben, der/die nicht der leibliche Vater/die leibliche Mutter des untersuchten Kindes ist, so tragen Sie bitte die Angaben des Lebenspartners ein.*

*Unter "nicht erwerbstätig" werden Personen verstanden, die weniger als eine Stunde pro Woche erwerbstätig sind.*

|                     | Mutter                | Vater                 |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| Vollzeitbeschäftigt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Teilzeitbeschäftigt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nicht erwerbstätig  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Hiermit bestätige ich, dass ich die Informationen für die Datenverarbeitung erhalten habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

Sofern nur ein Berechtigter unterschreibt, versichert dieser zugleich mit Vollmacht und Zustimmung des anderen die Angaben getätigt zu haben. Gleiches gilt für im Haushalt lebende Partner.

## 1.6 Erhebungsbogen Schulabgangsuntersuchung

Anlage 1\*

### Erhebungsbogen für die Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

– vom Personensorgeberechtigten auszufüllen und von ihm und dem Jugendlichen zu unterschreiben; \*\*  
dem Arzt vom Jugendlichen bei der Untersuchung vorzulegen –

|  |
|--|
| Name, Vorname(n), Geburtsdatum des Jugendlichen:   |
| Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort:  |
| Beabsichtigte berufliche Tätigkeit:  |
| Name, Vorname(n), Postanschrift des Personensorgeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen): |

Zutreffendes bitte so  ankreuzen oder ausfüllen.

|          | nein                     | unbekannt                | ja                       |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| männlich |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| weiblich |                          |                          | <input type="checkbox"/> |

#### 1. Familiengeschichte

Bei den Eltern und Geschwistern sind folgende Krankheiten/Behinderungen bekannt:

|                                  |                          |                          |                                     |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Allergie                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Asthma                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hautkrankheiten                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Zuckerkrankheit                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Bluthochdruck                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Herz-Kreislauf-Krankheiten       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Anfallsleiden                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| andere Krankheiten/Behinderungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

welche:

#### 2. Vorgeschichte des Jugendlichen

##### 2.1 Krankheiten/Behinderungen

|                                   |                          |                          |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rheumatisches Fieber              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wiederholt Mandelentzündungen     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wiederholt Bronchitis             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergien                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asthma                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hautkrankheiten                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Augenkrankheiten                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ohrenkrankheiten                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magen-Darm-Krankheiten            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blasen-Nieren-Krankheiten         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wirbelsäulen-Krankheiten          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| andere Knochen-Gelenk-Krankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\* Zur Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 16.10.1990 (BGBl. I S. 2221)  
\*\* Die Angaben sind freiwillig; sie ermöglichen dem Arzt eine zuverlässige Beurteilung.

|   | nein                                       | unbekannt                | ja                            |                                |
|---|--|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
|   | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |                                |
| Herz-Kreislauf-Krankheiten  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |                                |
| Anfallsleiden   | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |                                |
| andere Krankheiten/Behinderungen  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | welche: <input type="text"/>   |
| 2.2 angeborene Schäden/Behinderungen  | <input type="checkbox"/>                   |                          | <input type="checkbox"/>      | welche: <input type="text"/>   |
| 2.3 Operationen   | <input type="checkbox"/>                   |                          | <input type="checkbox"/>      | welche: <input type="text"/>   |
|   |  |                          |                               | wann: <input type="text"/>     |
| noch Beschwerden  | <input type="checkbox"/>                   |                          | <input type="checkbox"/>      | welche: <input type="text"/>   |
| 2.4 Unfälle   | <input type="checkbox"/>                   |                          | <input type="checkbox"/>      | welche: <input type="text"/>   |
|   |  |                          |                               | wann: <input type="text"/>     |
| noch Beschwerden/Folgen   | <input type="checkbox"/>                   |                          | <input type="checkbox"/>      | welche: <input type="text"/>   |
| 2.5 Häufige Beschwerden   |  |                          |                               |                                |
| Husten/Auswurf  | <input type="checkbox"/>                   |                          | <input type="checkbox"/>      |                                |
| Atemnot   | <input type="checkbox"/>                   |                          | <input type="checkbox"/>      |                                |
| Schwindel   | <input type="checkbox"/>                   |                          | <input type="checkbox"/>      |                                |
| Ohnmacht  | <input type="checkbox"/>                   |                          | <input type="checkbox"/>      |                                |
| Kopfschmerzen   | <input type="checkbox"/>                   |                          | <input type="checkbox"/>      |                                |
| Übelkeit/Erbrechen  | <input type="checkbox"/>                   |                          | <input type="checkbox"/>      |                                |
| Schlafstörungen   | <input type="checkbox"/>                   |                          | <input type="checkbox"/>      |                                |
| Allergische Reaktionen  | <input type="checkbox"/>                   |                          | <input type="checkbox"/>      |                                |
| Hautausschläge  | <input type="checkbox"/>                   |                          | <input type="checkbox"/>      |                                |
| sonstige  | <input type="checkbox"/>                   |                          | <input type="checkbox"/>      | welche: <input type="text"/>   |
| bei weiblichen Jugendlichen:<br>Zyklusstörungen, erhebliche<br>Menstruationsbeschwerden | <input type="checkbox"/>                   |                          | <input type="checkbox"/>      |                                |
| 2.6 zurzeit sonstige Beschwerden  | <input type="checkbox"/>                   |                          | <input type="checkbox"/>      | welche: <input type="text"/>   |
| 2.7 zurzeit in ärztlicher Behandlung  | <input type="checkbox"/>                   |                          | <input type="checkbox"/>      | Grund: <input type="text"/>    |
| 2.8 Regelmäßige Medikamenteneinnahme  | <input type="checkbox"/>                   |                          | <input type="checkbox"/>      | welche: <input type="text"/>   |
|   | nein                                       | gelegentlich             | täglich                       |                                |
| 2.9 Alkoholkonsum   | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |                                |
| 2.10 Rauchen  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |                                |
|   | nein                                       |                          | ja                            |                                |
| 2.11 Uneingeschränkte Teilnahme<br>am Schulsport  | <input type="checkbox"/>                   |                          | <input type="checkbox"/>      |                                |
| andere regelmäßige sportliche<br>Betätigungen   | <input type="checkbox"/>                   |                          | <input type="checkbox"/>      | Sportart: <input type="text"/> |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>                       | <input type="text"/>     | <input type="text"/>          | <input type="text"/>           |
| Datum   | Unterschrift des Personensorgeberechtigten |                          | Unterschrift des Jugendlichen |                                |

**Hinweis:** Bitte – falls vorhanden – zur Untersuchung mitbringen:  
Impfnachweise, Sehhilfen, Allergiepass, Feststellungsbescheide über Behinderungen.

## 2. Ausfüllhinweise

| Ausfüllhinweise Ärztliche Dokumentation für Kinder und Jugendliche   |                  |     |     |     |  |                |
|--|------------------|-----|-----|-----|--|----------------|
| <p>Allgemeine Hinweise:</p> <p><input type="radio"/> Radiobutton: nur ein Feld kann angekreuzt werden (Einfachantwort)</p> <p><input type="checkbox"/> Checkbox: mehrere Felder können angekreuzt werden (Mehrfachantwort)</p> <p><input type="text"/> Textfeld: Eintrag von Zahlen oder Buchstaben</p> <p>Kita: Kinder im Alter von 30 bis 42 Monaten</p> <p>SEU: Schuleingangsuntersuchung</p> <p>SRU: Schulreihenuntersuchung in den Klassenstufen 6 und 10</p> <p>SAU: Schulabgangsuntersuchung einschließlich der Erstuntersuchung nach Jugendarbeitsschutzgesetz</p> <p><input type="checkbox"/></p> |                  |     |     |     |  |                |
| Feld   | Pflichtfeld bei: |     |     |     | Hinweis  | Feldtyp        |
|  | Kita             | SEU | SRU | SAU |  |                |
| 0. Anamnesebogen   | ✓                | ✓   | ✓   | ✓   | Dokumentation, ob der Elternfragebogen ausgefüllt vorliegt   | Einfachantwort |
| 1. Datum der Untersuchung  | ✓                | ✓   | ✓   | ✓   | Eintrag des Datums im Format Tag, Monat, Jahr  | Textfeld       |
| 2. Bezeichnung Untersucher   | ✓                | ✓   | ✓   | ✓   | Eintrag des Kürzels des untersuchenden Arztes, bis zu vier Stellen, Kombination von Buchstaben und Zahlen zulässig                     | Textfeld       |
| 3. Anlass der Untersuchung   | ✓                | ✓   | ✓   | ✓   | Zunächst wird dokumentiert um welche Untersuchung es sich handelt, z. B. Kita und anschließend ggf. spezifiziert:                      | Einfachantwort |
| Kita:  | ✓                |     |     |     | Kind ist in Kita <b>oder</b> Tagespflege <b>oder</b> Hauskind  | Einfachantwort |
| SEU:   |                  | ✓   |     |     | Schuleingang erfolgt vorzeitig <b>oder</b> rechtzeitig <b>oder</b> das Kind wird wiederholt hinsichtlich des Schuleintritts untersucht | Einfachantwort |
| SRU-Klasse:  |                  |     | ✓   |     | Dokumentation der Klassenstufe   | Einfachantwort |
| SAU-Klasse:  |                  |     |     | ✓   | Dokumentation der Klassenstufe oder zweite Erstuntersuchung (A2) oder Nachuntersuchung (NU) oder kein Schulbesuch (kS)                 | Einfachantwort |
| Ärztliches Gutachten:  | ✓                | ✓   | ✓   | ✓   | Art des ärztlichen Gutachtens wird angekreuzt  | Einfachantwort |



| Feld                          | Pflichtfeld bei: |     |     |     | Hinweis  | Feldtyp         |
|-------------------------------|------------------|-----|-----|-----|--|-----------------|
|                               | Kita             | SEU | SRU | SAU |  |                 |
| 4. Geschlecht                 | ✓                | ✓   | ✓   | ✓   | Geschlecht des Kindes oder Jugendlichen  | Einfachantwort  |
| 5. Körperhöhe in Zentimeter   | ✓                | ✓   | ✓   | ✓   | Ganze Zahl, Nachkommastellen werden gerundet:<br>z. B. 105,3 cm = 105 cm oder 105,6 cm = 106 cm  | Textfeld        |
| 6. Körpergewicht in Kilogramm | ✓                | ✓   | ✓   | ✓   | Zahl mit einer Nachkommastelle, die 2. Kommastelle wird ggf. gerundet: z. B. 23,35 kg = 23,4 kg  | Textfeld        |
| 7. Kinderuntersuchungsheft    | ✓                | ✓   |     |     | Dokumentation der Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes/Vorsorgehefte aus anderen Ländern, z. B. Österreich und Schweiz können hier ebenfalls dokumentiert werden<br><br>- <b>ja</b> : das Kinderuntersuchungsheft (U-Heft) liegt vor<br>- <b>nein, aber vorhanden</b> : das U-Heft konnte nicht vorgezeigt werden, es wurde aber glaubhaft versichert, dass ein U-Heft vorhanden ist oder das U-Heft wurde bei früheren Untersuchungen vorgelegt<br><br>- <b>nein, existiert nicht</b> : das U-Heft konnte nicht vorgezeigt werden und es wird berichtet, dass kein U-Heft vorhanden sei<br>- <b>nein, keine Info ob vorhanden</b> : Das U-Heft konnte nicht vorgezeigt werden und es konnten keine Information eruiert werden, ob ein U-Heft vorhanden ist | Einfachantwort  |
| Geburtsgewicht in Gramm       | ✓                | ✓   |     |     | Ganze Zahl, Übertragung aus dem vorgelegtem U-Heft   | Textfeld        |
| Geburtslänge in Zentimeter    | ✓                | ✓   |     |     | Ganze Zahl, Übertragung aus dem vorgelegtem U-Heft   | Textfeld        |
| Dauer Schwangerschaft         | ✓                | ✓   |     |     | Ganze Zahl, vollendete Schwangerschaftswochen, Übertragung aus dem vorgelegtem U-Heft  | Textfeld        |
| U1 - U9                       | ✓                | ✓   |     |     | Ankreuzen aller Untersuchungen, die im U-Heft dokumentiert sind. Bei Zuzug aus dem Ausland können die ersten Untersuchungen auch fehlen.   | Mehrfachantwort |
| J1                            |                  |     | ✓   | ✓   | Befragung der Jugendlichen, ob diese Untersuchung wahrgenommen wurde   | Einfachantwort  |
| 8. Impfdokument               | ✓                | ✓   | ✓   | ✓   | Hinweise zur Dokumentation der Impfungen siehe Kapitel IV.3  |                 |
| 9. Blutdruck                  |                  |     | ✓   | ✓   | Messergebnis als ganze Zahlen in mmHg, systolisch/diastolisch  | Textfeld        |

| Feld                         | Pflichtfeld bei: |     |     |     | Hinweis   | Feldtyp        |
|------------------------------|------------------|-----|-----|-----|---|----------------|
|                              | Kita             | SEU | SRU | SAU |   |                |
| 10. Urintest                 |                  |     |     | ✓   | <p>Ergebnis des Urintests</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>auffällig/unauffällig:</b> siehe Befundkapitel</li> <li>- <b>nicht durchgeführt:</b> der Untersucher entscheidet auf den Urintest zu verzichten</li> <li>- <b>nicht möglich:</b> der/die Jugendliche kann keinen Urin abgeben</li> </ul>  | Einfachantwort |
| 11. + 12. Testergebnisse     | ✓                | ✓   |     |     | <p>GM = Grobmotorik, FM = Feinmotorik, SPR = Sprache, VW = Visuelle Wahrnehmung, SV = schulische Vorläuferfähigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>nicht durchgeführt:</b> der Untersucher entscheidet die Aufgabe nicht durchzuführen, da z. B. diagnostische Ergebnisse eines SPZ vorliegen oder das benötigte Material nicht vorhanden ist</li> <li>- <b>nicht möglich:</b> die Aufgabe wurde angeboten/begonnen, aber das Kind wirkte nicht mit, verweigerte oder die Testdurchführung war physisch nicht möglich</li> </ul> | Einfachantwort |
| 11. Testergebnisse Kita      | ✓                |     |     |     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>auffällig/unauffällig:</b> siehe Befundkapitel</li> <li>GM: Kapitel 7.5</li> <li>FM: Kapitel 7.6</li> <li>SPR: Kapitel 2.5</li> <li>VW: Kapitel 2.6</li> <li>SV: Kapitel 2.8</li> </ul>   |                |
| 12. Testergebnisse SEU       |                  | ✓   |     |     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>auffällig/unauffällig:</b> siehe Befundkapitel</li> <li>GM: Kapitel 7.5 - <b>Punktwert:</b> siehe Befundkapitel</li> <li>FM: Kapitel 7.6</li> <li>SPR: Kapitel 2.5</li> <li>VW: Kapitel 2.6</li> <li>SV: Kapitel 2.8</li> </ul>   |                |
| Händigkeit                   |                  | ✓   |     |     | Dokumentation der Händigkeit  | Einfachantwort |
| 13. Sehen Sehhilfe vorhanden | ✓                | ✓   | ✓   | ✓   | Dokumentation, ob eine Sehhilfe vorhanden ist und diese mitgebracht wurde   | Einfachantwort |
| Fernvisustest                |                  | ✓   | ✓   | ✓   | <p>Art des Testes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>nicht durchgeführt:</b> der Untersucher entscheidet den Test nicht durchzuführen, da z. B. diagnostische Ergebnisse eines SPZ vorliegen oder das benötigte Material nicht vorhanden ist</li> <li>- <b>nicht möglich:</b> Kind/Jugendlicher wirkte nicht mit, verweigerte oder die Testdurchführung war physisch nicht möglich</li> </ul>  | Einfachantwort |

| Feld   | Pflichtfeld bei: |     |     |     | Hinweis  | Feldtyp        |
|--|------------------|-----|-----|-----|--|----------------|
|  | Kita             | SEU | SRU | SAU |  |                |
| Testergebnisse:<br>Fernvisus   |                  | ✓   | ✓   | ✓   | Zahl mit zwei Nachkommastellen, Visus ohne Sehhilfe und ggf. mit   | Textfeld       |
| Testergebnisse:<br>Nahvisus  |                  |     |     | ✓   | Zahl mit zwei Nachkommastellen, Visus ohne Sehhilfe und ggf. mit   | Textfeld       |
| Untersuchungen<br><br>Stereotest<br>Covertest<br>Motilitätstest<br>Farbsinntest<br>Refraktometer | ✓                | ✓   | ✓   | ✓   | Eintrag der Untersuchungsergebnisse<br><br>- <b>auffällig/unauffällig:</b> siehe Befundkapitel 3.1<br><br>- <b>nicht durchgeführt:</b> der Untersucher entscheidet den Test nicht durchzuführen, da z. B. diagnostische Ergebnisse eines SPZ vorliegen oder das benötigte Material nicht vorhanden ist<br><br>- <b>nicht möglich:</b> Kind/Jugendlicher wirkte nicht mit, verweigerte oder die Testdurchführung war physisch nicht möglich | Einfachantwort |
| <b>14. Audiometrie</b><br>Hörhilfe vorhanden   | ✓                | ✓   | ✓   | ✓   | Dokumentation, ob eine Hörhilfe vorhanden ist und diese mitgebracht wurde  | Einfachantwort |
| Untersuchungen<br><br>Audiometrie rechts<br>Audiometrie links                                    |                  | ✓   | ✓   | ✓   | Eintrag der Untersuchungsergebnisse<br><br>- <b>auffällig/unauffällig:</b> siehe Befundkapitel 3.2<br><br>- <b>nicht durchgeführt:</b> der Untersucher entscheidet den Test nicht durchzuführen, da z. B. diagnostische Ergebnisse eines SPZ vorliegen oder das benötigte Material nicht vorhanden ist<br><br>- <b>nicht möglich:</b> Kind/Jugendlicher wirkte nicht mit, verweigerte oder die Testdurchführung war physisch nicht möglich | Einfachantwort |

| Feld   | Pflichtfeld bei: |     |     |     | Hinweis   | Feldtyp         |
|--|------------------|-----|-----|-----|---|-----------------|
|  | Kita             | SEU | SRU | SAU |   |                 |
| <b>15. Funktionsdiagnostische Befunde</b><br>Funktionsgruppe | ✓                | ✓   | ✓   | ✓   | Bei Vorliegen eines Befundes Eintrag einer Funktionsgruppe gemäß Vorgabe  | Einfachantwort  |
| Status/Maßnahme  | ✓                | ✓   | ✓   | ✓   | Bei Vorliegen eines Befundes wird das weitere Vorgehen vermerkt:<br><br>(Dies bezieht sich auf externe Handlungsbedarfe, nicht auf das BC)<br><br><b>Keine Konsequenz:</b> Befund ist auffällig, aber nicht handlungsrelevant. Eine ärztliche Behandlung (außerhalb des KJGD) war und ist nicht notwendig.<br><br><b>In Behandlung:</b> Kind ist bereits in ärztlicher Behandlung<br><br><b>Überweisung:</b> Überweisungsempfehlung an niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt, Kinder- und Jugendpsychiater oder anderen Facharzt<br>Es ist zulässig "In Behandlung" <b>und</b> "Überweisung" anzukreuzen. | Mehrfachantwort |
| BC<br>Betreuungscontrolling                                  | ✓                | ✓   |     |     | Kind wird aufgrund dieses auffälligen Befundes (und ggf. weiterer) in das Betreuungscontrolling gem. § 2 Abs. 1 KJGDV aufgenommen   | Einfachantwort  |
| <b>16. Handlungsbedarfe</b>                                  | ✓                | ✓   | ✓   | ✓   | Dokumentation aller Handlungsbedarfe, die für das Kind/den Jugendlichen notwendig sind <b>unabhängig vom Versorgungsangebot im Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt</b><br>Handlungsbedarf Impfen nur bei Impfungen nach STIKO  | Mehrfachantwort |
| <b>17. Untersuchungsbefunde</b>                              | ✓                | ✓   | ✓   | ✓   | Textfelder zur freien Verfügung. Keine Übermittlung an das LAVG   | Textfelder      |

| Feld  | Pflichtfeld bei:                         |     |     |     | Hinweis  | Feldtyp         |
|---|--|-----|-----|-----|--|-----------------|
|   | Kita                                     | SEU | SRU | SAU |  |                 |
| 18. Status<br>Betreuungs-<br>controlling    | ✓  | ✓   |     | ✓   | Dokumentation zum Betreuungscontrolling<br><b>BC läuft:</b> Kind ist bereits im Betreuungscontrolling bzw. wird am Tag der Untersuchung aufgenommen<br>Wird ein Kind aufgrund eines auffälligen Befundes (und ggf. weiterer) in das Betreuungscontrolling gem. § 2 Abs. 1 KJGDV aufgenommen, muss für dieses Kind „BC läuft“ dokumentiert werden<br><b>BC beendet:</b> das Betreuungscontrolling ist oder wird am Untersuchungstag beendet<br><b>Kein BC:</b> es erfolgte bisher kein Betreuungscontrolling und es ist auch keines geplant | Einfachantwort  |
|   | Beginn BC<br>Ende BC<br>Wiedervorlage am |     |     |     | Eintrag des Datums im Format Tag, Monat, Jahr  | Textfeld        |
|   | Wiedervorlage in                         |     |     |     | Eintrag der Anzahl der Wochen wann eine Wiedervorlage erfolgen soll  | Textfeld        |
| 19. Empfehlung<br>Einschulung               |  | ✓   |     |     | Dokumentation der Empfehlung zur Einschulung   | Einfachantwort  |
| 20. Wieder-<br>vorstellung                  |  | ✓   |     |     | Zu dokumentieren für Kinder, die keine Empfehlung für die Einschulung erhalten   | Einfachantwort  |
| 21.<br>Gesundheitliche<br>Einschränkungen   |  |     |     | ✓   | Gesundheitliche Einschränkungen liegen vor, wenn auf dem Untersuchungsformular nach JArbSchG eine vorübergehende oder dauernde Gefährdung der Gesundheit vermerkt wurde  | Einfachantwort  |
| Betreuungs-<br>controlling                  | ✓  | ✓   |     |     | Nur auszufüllen für Kinder, die in das Betreuungscontrolling nach § 2 Abs. 1 KJGDV aufgenommen wurden und wiederholt untersucht werden. Keine Übermittlung an das LAVG.  |                 |
| Behandlung/<br>Förderung                    |  |     |     |     | Dokumentation der Behandlungen und/oder Förderungen, die das Kind seit Aufnahme in das Betreuungscontrolling erhalten hat  | Mehrfachantwort |
| Testergebnisse:<br>BUEVA III<br>Grobmotorik |  |     |     |     | - <b>auffällig/grenzwertig/unauffällig:</b> siehe Testkapitel III.2<br><br>- <b>nicht durchgeführt:</b> der Untersucher entscheidet den Test nicht durchzuführen, da z. B. diagnostische Ergebnisse eines SPZ vorliegen oder das benötigte Material nicht vorhanden ist<br><br>- <b>nicht möglich:</b> Kind/Jugendlicher wirkte nicht mit, verweigerte oder die Testdurchführung war physisch nicht möglich  | Einfachantwort  |

| Feld                         | Pflichtfeld bei: |     |     |     | Hinweis  | Feldtyp        |
|------------------------------|------------------|-----|-----|-----|--|----------------|
|                              | Kita             | SEU | SRU | SAU |  |                |
| Wiedervorlage am             |                  |     |     |     | Eintrag des Datums im Format Tag, Monat, Jahr  | Textfeld       |
| Wiedervorlage in             |                  |     |     |     | Eintrag der Anzahl der Wochen wann eine Wiedervorlage erfolgen soll  | Textfeld       |
| Status Betreuungscontrolling | ✓                | ✓   |     |     | Dokumentation zum weiteren Betreuungscontrolling<br><b>BC läuft weiter:</b> Kind bleibt weiterhin im Betreuungscontrolling<br><b>BC beendet:</b> das Betreuungscontrolling ist oder wird am Untersuchungstag beendet | Einfachantwort |

### 3. Dokumentation der Impfungen

Auszug aus dem Bogen „Ärztliche Dokumentation“

| 8. Impfdokument  |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Impfdokument liegt vor? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ja, aber ausländisches Impfdokument<br><input type="radio"/> nein, aber vorhanden<br><input type="radio"/> nein, existiert nicht<br><input type="radio"/> nein, keine Info ob vorhanden |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| Impfungen  | T                     | D                     | P                     | Po                    | Hib                   | HB                    | Ma                    | Mu                    | Rö                    | Var                   | MB                    | MC                    | Pn                    | RV                    | HPV                   | Cov 19                |                       |
| Anzahl Impfungen   |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| Grundim. begonnen  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                       |
| Grundim. vollständig   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                       |
| 1. Auffrischung  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                       |                       |                       |                       |                       |                       | <input type="radio"/> |                       |                       |                       |                       | <input type="radio"/> |                       |
| 2. Auffrischung  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       | <input type="radio"/> |                       |
| Erkrankung durchgemacht  |                       |                       |                       |                       |                       |                       | <input type="radio"/> |                       |                       |                       |                       | <input type="radio"/> |                       |                       |                       |                       | <input type="radio"/> |

#### 3.1 Impfdokument liegt vor?

Hier wird dokumentiert, ob ein Impfdokument vorgelegt wurde bzw. ob ein Impfdokument vorhanden ist.

1 = ja

- Als Impfdokument gilt:
  - der Impfausweis des Kindes/Jugendlichen,
  - ärztliche Einzeldokument(e) in Kombination mit dem Impfausweis,
  - digitale Dokumente (z. B. auf Mobiltelefon) und Kopien
- Impfungen aus Einzeldokumenten und Kopien sollten in den Impfausweis übertragen werden.

2 = ja, aber ausländisches Impfdokument

- hierunter verstanden wird jede Art von ausländischem Impfdokument, unabhängig von der Leserlichkeit und/oder Sprache des Inhaltes

3 = nein, aber vorhanden

- ein Impfdokument konnte nicht vorgezeigt werden **und**
- es wird aber glaubhaft versichert, dass ein Impfdokument vorhanden ist **oder** das Impfdokument wurde bei früheren Untersuchungen vorgelegt

4 = nein, existiert nicht

- ein Impfdokument konnte nicht vorgezeigt werden **und**
- es wird berichtet, dass kein Impfdokument vorhanden sei

5 = nein, keine Info ob vorhanden

- ein Impfdokument konnte nicht vorgezeigt werden **und**
- es konnten keine Information eruiert werden, ob ein Impfdokument vorhanden ist

### 3.2 Dokumentation der Impfungen

Die Anzahl der stattgefundenen Impfungen sowie der Impfstatus:

- werden nur dokumentiert, wenn ein Impfdokument vorliegt
- wenn der Impfstatus aus einer früheren Untersuchung des KJGDs vorliegt, darf dieser nicht übernommen werden, wenn in der aktuellen Untersuchung kein Impfdokument vorgelegt wurde
- werden zum Zeitpunkt der Beendigung der Untersuchung erfasst, d.h. eine während der Untersuchung durchgeführte Impfung wird berücksichtigt.

#### Impfungen und benötigte Anzahl der Impfungen für eine Grundimmunisierung

gemäß der aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO)<sup>11</sup>

|       | Impfung                      | Benötigte Anzahl der Impfungen für eine <b>Grundimmunisierung</b>  |
|-------|------------------------------|--|
| T     | Tetanus                      | 4 – Impfschema (3+1) bis Juni 2020, Frühgeborene weiterhin<br>3 – Impfschema (2+1) ab Juni 2020  |
| D     | Diphtherie                   | 4 – Impfschema (3+1) bis Juni 2020, Frühgeborene weiterhin<br>3 – Impfschema (2+1) ab Juni 2020  |
| P     | Pertussis                    | 4 – Impfschema (3+1) bis Juni 2020, Frühgeborene weiterhin<br>3 – Impfschema (2+1) ab Juni 2020  |
| Po    | Polio                        | 4 – Impfschema (3+1) bis Juni 2020, Frühgeborene weiterhin<br>3 – Impfschema (2+1) ab Juni 2020<br>2 – bei Impfung mit Td-Virelon® von Novartis Behring  |
| Hib   | Haemophilus influenzae Typ b | 4 – Impfschema (3+1) bis Juni 2020, Frühgeborene weiterhin<br>3 – neues Impfschema (2+1) ab Juni 2020<br>1 – Hib-Impfung nach vollendetem 12. Lebensmonat  |
| HB    | Hepatitis B                  | 4 – Impfschema (3+1) bis Juni 2020, Frühgeborene weiterhin<br>3 – neues Impfschema (2+1) ab Juni 2020  |
| Ma    | Masern                       | 2  |
| Mu    | Mumps                        | 2  |
| Rö    | Röteln                       | 2  |
| Var   | Varizellen (Windpocken)      | 2  |
| MB    | Meningokokken B*             | 3 - Impfschema (2+1) bei Verwendung des Impfstoffes 4CMenB Bexsero®<br>2 - Alter ≥ 24 Monate bei Verwendung des Impfstoffes 4CMenB Bexsero®  |
| MC    | Meningokokken C              | 1  |
| Pn    | Pneumokokken                 | 4 – Impfschema (3+1) bis August 2015, Frühgeborene weiterhin<br>3 – Impfschema (2+1) ab August 2015  |
| RV    | Rotaviren                    | 3 - bei Verwendung des Impfstoffes RotaTeq® von Sanofi Pasteur MSD<br>2 - Bei Verwendung des Impfstoffes Rotarix® von GlaxoSmithKline  |
| HPV   | Humane Papillomviren         | 3 – im Alter zwischen 9 und 14 Jahren bei einem Abstand von unter 5 Monaten, sowie bei Beginn der Grundimmunisierung in einem Alter von über 14 Jahren<br>2 - im Alter zwischen 9 und 14 Jahren bei einem Abstand von über 5 Monaten |
| Cov19 | Covid-19 (SARS-CoV-2-Viren)  | 2  |

Stand: 27.01.2022

\*allgemeine Empfehlung durch die STIKO seit 18.01.2024 – Epid. Bulletin 3/2024<sup>12</sup>

<sup>11</sup> [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/04\\_22.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/04_22.pdf?__blob=publicationFile)

<sup>12</sup> [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/03\\_24.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/03_24.html)



### Anzahl Impfungen

- Hier wird mit einer natürlichen Zahl dokumentiert, wie viele Impfungen das Kind/ die/der Jugendliche der jeweiligen Impfung in seinem Leben bereits erhalten hat
- Sollte bisher keine Impfung stattgefunden haben, wird dies mit „0“ dokumentiert

### Impfstatus

- Hier wird dokumentiert, wie der Impfstatus des Kindes/Jugendlichen ist.
- Diese zusätzliche Zeile ist nötig, da für eine Grundimmunisierung bei verschiedenen Impfstoffen sowie nach Alter eine unterschiedliche Anzahl an Impfungen nötig sein kann.
- Die Dokumentation des Impfstatus basiert auf den aktuellen Empfehlungen STIKO bzw. bei Meningokokken B auf der Empfehlung der Kommission für Infektionskrankheiten und Impfungen der DAKJ (siehe Tabelle).

0 = keine Impfung

- Bisher hat keine entsprechende Impfung stattgefunden

1 = GI begonnen

- Eine Grundimmunisierung wurde begonnen wurde aber bisher nicht abgeschlossen

2 = GI

- Die Grundimmunisierung wurde abgeschlossen.
- Es hat bisher aber **keine** Auffrischungsimpfung stattgefunden.

3 = 1. Auffrischung

- Die Grundimmunisierung wurde abgeschlossen **und**
- es hat bisher **eine** Auffrischungsimpfung stattgefunden

4 = 2. Auffrischung

- Die Grundimmunisierung wurde abgeschlossen **und**
- es haben bisher **zwei** oder mehr Auffrischungsimpfungen stattgefunden

## 3.3 Erkrankung durchgemacht?

Für die Erkrankungen Masern, Varizellen (Windpocken) und Covid-19 wird angekreuzt, wenn die entsprechende Krankheit bereits durchgemacht wurde.

Berücksichtigt werden hier:

- ärztliche Dokumentation einer durchgemachten Erkrankung
- ärztliche Dokumentation über einen Immunstatus
- Dokumentation bei vorherigen Untersuchungen des KJGD
- glaubhafte Versicherung, dass eine Erkrankung durchgemacht wurde - bei Masern ist ein Nachweis vorzulegen

## 3.4 Maßnahmen

### Vollständigkeit der Impfungen

Gemäß den aktuellen Empfehlungen der STIKO gelten folgende Impfstatus als vollständig:

- KITA:
  - abgeschlossen Grundimmunisierung bei D, T, P, Po, Hib, HB, Ma, Mu, Rö, MC, Pn, RV, Var
- SEU:
  - abgeschlossen Grundimmunisierung bei D, T, P, Po, Hib, HB, Ma, Mu, Rö, MC, Pn, RV, Var
- SRU (6. Klasse):
  - abgeschlossen Grundimmunisierung bei D, T, P, Po, Hib, HB, Ma, Mu, Rö, MC, Pn, RV, Var **und**
  - mindestens 1. Auffrischung T, D und P
- SRU (10. Klasse), SAU:

- abgeschlossen Grundimmunisierung bei D, T, P, Po, Hib, HB, Ma, Mu, Rö, MC, Pn, RV, Var **und**
- 2. Auffrischung T, D und P **und**
- 1. Auffrischung Po

### **Dokumentation Handlungsbedarf**

Bei fehlenden Impfungen gemäß den aktuellen Empfehlungen der STIKO wird im Bogen „Ärztliche Dokumentation“ unter dem Punkt 17 der entsprechende Handlungsbedarf dokumentiert.

### **Beratung der Sorgeberechtigten/ der/des Jugendlichen**

Fehlende Impfungen gemäß den aktuellen Empfehlungen der STIKO sind nachzuholen. Dies betrifft sowohl Vervollständigung der Grundimmunisierung als auch Auffrischungsimpfungen.

Falls die Sorgeberechtigten nicht bei der Untersuchung anwesend sind, erhalten sie eine schriftliche Empfehlung zur Nachholung der Impfungen durch die Kinder- und Jugendärztin/den Kinder- und Jugendarzt.

### **Impfangebote durch den KJGD**

Der KJGD kann die nachzuholenden Impfungen selbst durchführen. Die Zustimmung eines Sorgeberechtigten ist ausreichend.

Jugendliche ab dem 15. Lebensjahr können bei Einschätzung der nötigen Reife durch die Ärztin/den Arzt prinzipiell selbst in die Impfungen einwilligen. Es empfiehlt sich, die Sorgeberechtigten vorab darauf hinzuweisen, damit diese eine evtl. Ablehnung mitteilen können. Eine Impfung von Jugendlichen gegen den Willen der Sorgeberechtigten ist rechtlich zwar möglich, sollte aber im Einzelfall sorgfältig geprüft und dokumentiert werden.

Die Impfstoffe werden durch die Abteilung Gesundheit im Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit zur Verfügung gestellt.

## 4. Elternanschriften und Informationen

### 4.1 Elternanschriften Kita

#### Untersuchung für Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst



#### **Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte, liebe Kinder!**

Die Gesundheit und Entwicklung von Kindern ist uns wichtig.

Daher bieten wir im Rahmen der Gesundheitsvorsorge eine Untersuchung für Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat an. Diese Untersuchung erfolgt in Ergänzung zu den Früherkennungsuntersuchungen bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

Dieses Alter ist in der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern eine wichtige Phase. Entwicklungsstörungen, Krankheiten und Behinderungen können frühzeitig erkannt und durch eingeleitete spezifische Fördermaßnahmen und Therapien meist erfolgreich und wirksam behandelt werden.

Neben einer körperlichen Untersuchung wird die Motorik, die Wahrnehmung, die Sprachentwicklung untersucht sowie der Impfstatus Ihres Kindes überprüft.

**Die Untersuchung der Kinder findet am *[Datum]* um *[Uhrzeit]* Uhr statt.**

Sie sind herzlich dazu eingeladen, Ihr Kind bei der Untersuchung zu begleiten.

Für die Untersuchung erhalten Sie noch eine gesonderte Einladung mit weiteren Informationen sowie einen Elternfragebogen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung. Sie erreichen uns unter der Telefonnummer: ***[Telefonnummer]***

Wir freuen uns, Sie und Ihr Kind kennen lernen zu dürfen!

## 4.2 Elternanschriften Kita

[Kopfbogen des Landkreises/kreisfreie Stadt]

[Datum]

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,  
die Gesundheit und Entwicklung Ihres Kindes sind uns wichtig. Daher bieten wir im Rahmen der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung eine Untersuchung für Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat an. Diese Untersuchung erfolgt in Ergänzung zu den Früherkennungsuntersuchungen bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Nutzen Sie dieses Angebot im Interesse Ihres Kindes

Dieses Alter ist in der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern eine wichtige Phase. Entwicklungsstörungen, Krankheiten und Behinderungen können frühzeitig erkannt und durch eingeleitete spezifische Fördermaßnahmen und Therapien meist erfolgreich und wirksam behandelt werden. Rechtliche Grundlage für die Untersuchung ist § 6 Absatz 2 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes.

**Die Teilnahme an dieser Untersuchung sowie die Angaben im Elternfragebogen und das Mitbringen der untenstehenden Unterlagen sowie evtl. Rückinformationen erfolgen auf freiwilliger Basis.**

**Die Untersuchung findet am [Datum] um [Uhrzeit] Uhr in der KITA/Tagespflege Ihres Kindes statt.**

Soweit es die organisatorischen Möglichkeiten der Kindertagesstätte/Tagespflege zulassen, soll während der Untersuchung eine Erzieherin/ein Erzieher anwesend sein und somit eine Vertrauensperson Ihres Kindes. Selbstverständlich können auch Sie Ihr Kind zu der Untersuchung begleiten.

Neben einer körperlichen Untersuchung wird die Motorik, die Wahrnehmung und die Sprachentwicklung untersucht. Auch der Impfstatus Ihres Kindes wird an diesem Tag überprüft. Der Nachweis über einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern kann bei Vorlage des Impfausweises bestätigt werden. Sollten bei Ihrem Kind Impflücken festgestellt werden, erhalten Sie eine Empfehlung zur Nachholung dieser Impfung(en) durch die niedergelassene Ärztin/den niedergelassenen Arzt - oder Sie vereinbaren einen Impftermin bei uns im Gesundheitsamt.

Um die Gesundheit und den Entwicklungsstand Ihres Kindes beurteilen zu können, bitten wir Sie, den anliegenden Elternfragebogen auszufüllen. Die Angaben zum Gesundheitszustand und der bisherigen Entwicklung Ihres Kindes sowie zum Lebensumfeld sind für die Einschätzung von gesundheitlichen und sozialen Gegebenheiten durch die Ärztin/den Arzt von großer Bedeutung und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchst a, c und e, Art. 9 Abs. 2 Buchst. a, h und i DSGVO in Verbindung mit landesrechtlichen Regelungen. Näheres entnehmen Sie der Datenschutzhinweisung.

Die Fragen dienen neben der gesundheitlichen Einschätzung und Einschätzung des Entwicklungsstandes Ihres Kindes auch der Gesundheitsberichterstattung. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung wird die gesundheitliche Lage der Kinder im Land Brandenburg beschrieben. Es können somit gesundheitliche Risiken identifiziert und Schwerpunkte für gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse abgeleitet werden. Die Angaben werden vom Gesundheitsamt erfasst und zum Zwecke der Gesundheitsberichterstattung anonymisiert an das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit weitergeleitet.

Soweit vorhanden möchten wir die „Grenzsteine der Entwicklung“ Ihres Kindes in die Untersuchung einbeziehen. Sprechen Sie diesbezüglich mit der Erzieherin/dem Erzieher Ihres Kindes und geben Sie Ihre Einverständniserklärung dazu ab.

**Bringen Sie bitte folgende Unterlagen am Untersuchungstag mit in die Einrichtung:**

1. den ausgefüllten Elternfragebogen,
2. die Einverständniserklärung (Einbeziehung der „Grenzsteine der Entwicklung“, Anwesenheit der Erzieherin/des Erziehers bei der Untersuchung)
3. den Impfausweis oder andere Impfdokumente,
4. das „gelbe“ Heft zu den Vorsorgeuntersuchungen,
5. Bescheinigungen, wie z. B. Schwerbehindertenausweis, Allergiepass, Herzpass o. Ä.,
6. verschriebene Hilfsmittel wie Brille (Brillenpass), Hörgerät o. Ä.

Sollten bei Ihrem Kind auffällige Befunde festgestellt werden, erhalten Sie eine schriftliche Information, die u. a. Empfehlungen zur weiteren Diagnostik und Therapie bzw. zu Fördermaßnahmen enthält.

Nach dem Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz ist der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst verpflichtet, auch die Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen zu begleiten. Ihre Rückinformation an uns über die Vorstellung Ihres Kindes bei einer niedergelassenen Kinder- und Jugendärztin/einem niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt bzw. begonnene Therapien oder Fördermaßnahmen sind ebenso wichtig wie eine mit Ihrem Einverständnis erfolgende Rückmeldung der Kinder- und Jugendärztin/des Kinder- und Jugendarztes bzw. der Fördereinrichtung an uns.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie erreichen uns unter Tel. **[Telefonnummer]**

## Einverständniserklärung

Ich willige/Wir willigen hiermit ein, dass

- mein/unser Kind an der kinderärztlichen Untersuchung teilnimmt.
- im Falle meiner/unserer Abwesenheit während der kinder- und jugendärztlichen Untersuchung eine sozialpädagogische Fachkraft (Erzieherin/Erzieher) der Kindstagesstätte anwesend ist.
- im Rahmen der kinder- und jugendärztlichen Untersuchung die „Grenzsteine der Entwicklung“ einbezogen werden dürfen. Die „Grenzsteine der Entwicklung“ sind ein Beobachtungsinstrument der Erzieherinnen und Erzieher zur Entwicklung von Kindern.

Die Einverständniserklärung kann jederzeit und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

.....  
Vorname und Nachname des Kindes

.....  
Geburtsdatum des Kindes

.....  
Wohnanschrift des Kindes

.....  
Vorname(n) und Nachname(n) der personensorgeberechtigten oder erziehungsberechtigten Person(en)

.....  
Wohnanschrift der personensorgeberechtigten oder erziehungsberechtigten Person(en)  
(falls von der Wohnanschrift des Kindes abweichend)

.....  
Ort, Datum und Unterschrift(en) der personensorgeberechtigten oder erziehungsberechtigten Person(en)

Sofern nur ein Berechtigter unterschreibt, versichert dieser zugleich mit Vollmacht und Zustimmung des anderen sein Einverständnis zu geben.

### 4.3 Elternanschriften Hauskinder

[Kopfbogen des Landkreises/kreisfreie Stadt]

[Datum]

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,  
die Gesundheit und Entwicklung Ihres Kindes sind uns wichtig. Daher bieten wir im Rahmen der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung eine Untersuchung für Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat an. Diese Untersuchung erfolgt in Ergänzung zu den Früherkennungsuntersuchungen bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Nutzen Sie dieses Angebot im Interesse Ihres Kindes.

Dieses Alter ist in der gesundheitlichen Entwicklung Ihres Kindes eine wichtige Phase. Entwicklungsstörungen, Krankheiten und Behinderungen können frühzeitig erkannt und durch eingeleitete spezifische Fördermaßnahmen und Therapien meist erfolgreich und wirksam behandelt werden. Rechtliche Grundlage für die Untersuchung ist § 6 Absatz 2 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes.

**Die Teilnahme an dieser Untersuchung sowie die Angaben im Elternfragebogen und das Mitbringen der untenstehenden Unterlagen sowie evtl. Rückinformationen erfolgen auf freiwilliger Basis.**

**Hierzu laden wir Sie und Ihr Kind am [Datum] um [Uhrzeit] zu einer Untersuchung in das Gesundheitsamt ein:**

.....  
Anschrift des Gesundheitsamtes

Neben einer körperlichen Untersuchung wird die Motorik, die Wahrnehmung und die Sprachentwicklung untersucht. Auch der Impfstatus Ihres Kindes wird an diesem Tag überprüft. Der Nachweis über einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern kann bei Vorlage des Impfausweises bestätigt werden. Sollten bei Ihrem Kind Impflücken festgestellt werden, erhalten Sie eine Empfehlung zur Nachholung dieser Impfung(en) durch die niedergelassene Ärztin/den niedergelassenen Arzt – oder Sie vereinbaren einen Impftermin bei uns im Gesundheitsamt.

Um die Gesundheit und den Entwicklungsstand Ihres Kindes beurteilen zu können, bitten wir Sie, den anliegenden Elternfragebogen auszufüllen. Die Angaben zum Gesundheitszustand und der bisherigen Entwicklung Ihres Kindes sowie zum Lebensumfeld sind für die Einschätzung von gesundheitlichen und sozialen Gegebenheiten durch die Ärztin/den Arzt von großer Bedeutung und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchst a, c und e, Art. 9 Abs. 2 Buchst. a, h und i DSGVO in Verbindung mit landesrechtlichen Regelungen. Näheres entnehmen Sie der Datenschutzinformation.

Die Fragen dienen neben der gesundheitlichen Einschätzung auch der Gesundheitsberichterstattung. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung wird die gesundheitliche Lage der Kinder im Land Brandenburg beschrieben. Es können somit gesundheitliche Risiken identifiziert und Schwerpunkte für gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse abgeleitet werden. Die Verarbeitung erfolgt in diesem Zusammenhang anonymisiert.

**Bringen Sie bitte folgende Unterlagen am Untersuchungstag mit:**

1. den ausgefüllten Elternfragebogen,
2. den Impfausweis oder andere Impfdokumente,
3. das „gelbe“ Heft zu den Vorsorgeuntersuchungen,

- 4. Bescheinigungen, wie z. B. Schwerbehindertenausweis, Allergiepass, Herzpass o. Ä.,**
- 5. verschriebene Hilfsmittel wie Brille (Brillenpass), Hörgerät o. Ä.**

Sollten bei Ihrem Kind auffällige Befunde festgestellt werden, erhalten Sie eine schriftliche Information, die u. a. Empfehlungen zur weiteren Diagnostik und Therapie bzw. zu Fördermaßnahmen enthält.

Nach dem Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz ist der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst verpflichtet, auch die Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen zu begleiten. Ihre Rückinformation an uns über die Vorstellung Ihres Kindes bei einer niedergelassenen Kinder- und Jugendärztin/einem niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt bzw. begonnene Therapien oder Fördermaßnahmen sind ebenso wichtig wie eine mit Ihrem Einverständnis erfolgende Rückmeldung der Kinder- und Jugendärztin/des Kinder- und Jugendarztes bzw. der Fördereinrichtung an uns.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie erreichen uns unter Tel. **[Telefonnummer]**

Sollte Ihnen die Wahrnehmung des genannten Termins nicht möglich sein, setzen Sie sich mit uns unter folgender Tel. **[Telefonnummer]** in Verbindung.



## 4.4 Elternrückmeldung Befunde Kita

[Kopfbogen des Landkreises/kreisfreie Stadt]

[Datum]

### Kinderärztliche Untersuchung durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Untersuchungsergebnisse und Empfehlungen

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

bei der heutigen Untersuchung in der Kita/Tagespflege haben wir bei Ihrem Kind

Name: ..... geb. am: .....

- eine Entwicklungsbeurteilung vorgenommen
- das Impfdokument durchgesehen
- das Vorsorgeheft durchgesehen
- eine körperlich orientierende Untersuchung vorgenommen

Folgende Ergebnisse kann ich Ihnen mitteilen:

Körpergröße: .....cm      Körpergewicht: .....kg

#### Vorsorgeuntersuchungen

- vollständig teilgenommen

Demnächst anstehende Vorsorgeuntersuchungen

- U7a (mit 3 Jahren)       U8 (mit 4 Jahren)       U9 (mit 5 Jahren)
- Es fehlte das Vorsorgeheft, eine Kontrolle bei der Kinder- und Jugendärztin/dem Kinder- und Jugendarzt wird empfohlen

#### Impfstatus

- altersentsprechend vollständig

Folgende Impfungen sollten nachgeholt bzw. aufgefrischt werden:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Masern/Mumps/Röteln           | <input type="checkbox"/> Pneumokokken                      |
| <input type="checkbox"/> Tetanus                       | <input type="checkbox"/> Hämophilus influenzae Typ B (HiB) |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie                    | <input type="checkbox"/> Hepatitis B                       |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten/Pertussis         | <input type="checkbox"/> Varizellen (Windpocken)           |
| <input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) | <input type="checkbox"/> HPV                               |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken B               | <input type="checkbox"/> COVID-19                          |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken C               |  |

- Es fehlte das Impfdokument, eine Kontrolle bei der Kinder- und Jugendärztin/beim Kinder- und Jugendarzt wird empfohlen

#### Allgemeine Entwicklung

- altersgerecht

#### Orientierende körperliche Untersuchung

- ohne auffälligen Befund       mit auffälligen Befund

**Befunde**

**Sehen**

- Verdacht auf Sehminderung, es wird empfohlen, Ihr Kind einer/einem Augenärztin/-arzt vorzustellen.

**Hören**

- Verdacht auf Hörminderung, es wird empfohlen, Ihr Kind einer/einem Fachärztin/-arzt vorzustellen.

**Sprache/Sprechen**

- Die sprachliche Entwicklung ist noch nicht altersentsprechend.
  - Es wird empfohlen die weitere Sprachentwicklung durch die Kinder- und Jugendärztin/den Kinder- und Jugendarzt oder Hausärztin/-arzt überprüfen und ggf. behandeln zu lassen.
  - Es wird eine Sprachanregung zuhause und in der Kita empfohlen.

**Bewegung/Körperkoordination**

- Die Bewegung bzw. die Körperkoordination ist noch nicht altersentsprechend.
  - Es wird empfohlen, die weitere Bewegungs- und Koordinationsentwicklung regelmäßig durch die Kinder- und Jugendärztin/den Kinder- und Jugendarzt oder Hausärztin/Hausarzt überprüfen und ggf. behandeln zu lassen.
  - Es wird eine Bewegungsförderung zuhause und in der Kita empfohlen.

**Feinmotorik**

- Die feinmotorische Entwicklung ist noch nicht altersentsprechend.
  - Es wird empfohlen, die weitere Entwicklung der Feinmotorik (Auge-Hand-Koordination) regelmäßig durch die/den Kinder- und Jugendärzt/in oder Hausärzt/in überprüfen und ggf. behandeln zu lassen.
  - Es wird eine entsprechende Förderung zuhause und in der Kita empfohlen, z. B. durch selbstständiges An- und Ausziehen, Malen, Basteln, etc.

**Aus folgendem Grund möchte ich die Entwicklung Ihres Kindes gern weiterverfolgen:**

.....  
.....  
.....

- Ich würde gern mit Ihnen über die heutige Entwicklungsbeurteilung sprechen. Bitte rufen Sie mich an.
- Mit Ihrem Einverständnis würden wir Ihr Kind gern in **[Anzahl Monate]** Monaten wieder in der Kindereinrichtung untersuchen.
- Bitte stellen Sie Ihr Kind zur weiteren Diagnostik und Beratung über Fördermöglichkeiten in der Sprechstunde des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes vor.  
Einen Termin können Sie telefonisch unter der oben angegebenen Telefonnummer vereinbaren.

Bitte informieren Sie uns, wenn Sie Ihr Kind aufgrund der obigen Befunde bei Ihrer Kinder- und Jugendärztin/Ihrem Kinder- und Jugendarzt oder Hausärztin/Hausarzt oder Fachärztin/Facharzt vorgestellt haben und bitten die/den Ärztin/Arzt um Befundübermittlung an uns (siehe Anlage).

Bei Rückfragen stehen Ihnen die Mitarbeitenden des Gesundheitsamtes und ich Ihnen gern zur Verfügung.

Wir wünschen Ihrem Kind weiterhin einen guten Entwicklungsverlauf.

**Im Auftrag**

.....

Ärztin/Arzt im KJGD

## 4.5 Elternanschriften Schuleingangsuntersuchung

[Kopfbogen des Landkreises/kreisfreie Stadt]

[Datum]

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

Ihr Kind wird zum nächsten Schuljahr schulpflichtig. Damit beginnt ein neuer Lebensabschnitt, der sowohl körperlich als auch geistig neue Anforderungen an Ihr Kind stellt.

Vor der Einschulung wird durch eine ärztliche Untersuchung festgestellt, ob Ihr Kind den Anforderungen der Schule gewachsen ist oder Krankheiten bzw. Entwicklungsverzögerungen einer Einschulung entgegenstehen oder einer besonderen Förderung bzw. Beachtung durch die aufnehmende Schule bedürfen.

Diese Aufgabe zur Durchführung der Schuleingangsuntersuchung wurde gemäß § 37 des Brandenburgischen Schulgesetzes dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes übertragen.

**Die Teilnahme an der Untersuchung ist verpflichtend. Die mit \* gekennzeichneten Angaben im Elternfragebogen und das Mitbringen der untenstehenden Unterlagen sowie evtl. Rückinformationen erfolgen auf freiwilliger Basis.**

**Die Einschulungsuntersuchung Ihres Kindes findet statt am [Datum] [Uhrzeit]**

.....  
[Anschrift des Gesundheitsamtes oder der Schule]

Um die Gesundheit und den Entwicklungsstand Ihres Kindes beurteilen zu können, bitten wir Sie, den anliegenden Elternfragebogen auszufüllen. Die Angaben zum Gesundheitszustand und der bisherigen Entwicklung Ihres Kindes sowie zum Lebensumfeld sind für die Einschätzung von gesundheitlichen und sozialen Gegebenheiten durch die Ärztin/den Arzt von großer Bedeutung und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchst. c und e, Art. 9 Abs. 2 Buchst. a, h und i DSGVO in Verbindung mit landesrechtlichen Regelungen. Näheres entnehmen Sie der Datenschutzerklärung.

Neben der gesundheitlichen Einschätzung und Einschätzung des Entwicklungsstandes Ihres Kindes für die Schulfähigkeit werden die Angaben vom Gesundheitsamt erfasst und zum Zwecke der Gesundheitsberichterstattung anonymisiert an das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit weitergeleitet. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung wird die gesundheitliche Lage der Kinder im Land Brandenburg beschrieben. Es können somit gesundheitliche Risiken identifiziert und Schwerpunkte für gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse abgeleitet werden.

Der Impfstatus Ihres Kindes wird an diesem Tag ebenfalls überprüft. Der Nachweis über einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern kann bei Vorlage des Impfausweises bestätigt werden. Sollten bei Ihrem Kind Impflücken festgestellt werden, erhalten Sie eine Empfehlung zur Nachholung dieser Impfung(en) durch die niedergelassene Ärztin/den niedergelassenen Arzt – oder Sie vereinbaren einen Impftermin bei uns im Gesundheitsamt.

**Bringen Sie bitte folgende Unterlagen am Untersuchungstag mit in die Einrichtung:**

1. den ausgefüllten Elternfragebogen,
2. den Impfausweis oder andere Impfdokumente,
3. das „gelbe“ Heft zu den Vorsorgeuntersuchungen,

- 4. Bescheinigungen, wie z. B. Schwerbehindertenausweis, Allergiepass, Herzpass o. Ä.,**
- 5. verschriebene Hilfsmittel wie Brille (Brillenpass), Hörgerät o. Ä.**

Sollten bei Ihrem Kind auffällige Befunde festgestellt werden, erhalten Sie eine schriftliche Information, die u. a. Empfehlungen zur weiteren Diagnostik und Therapie bzw. zu Fördermaßnahmen enthält.

Nach dem Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz ist der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst verpflichtet, auch die Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen zu begleiten. Ihre Rückinformation an uns über die Vorstellung Ihres Kindes bei einer niedergelassenen Kinder- und Jugendärztin/einem niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt bzw. begonnene Therapien oder Fördermaßnahmen sind ebenso wichtig wie eine mit Ihrem Einverständnis erfolgende Rückmeldung der Kinder- und Jugendärztin/des Kinder- und Jugendarztes bzw. der Fördereinrichtung an uns.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie erreichen uns unter Tel. **[Telefonnummer]**

Sollte Ihnen die Wahrnehmung des genannten Termins nicht möglich sein, setzen Sie sich mit uns unter folgender Tel. **[Telefonnummer]** in Verbindung.

4.6 Schulärztliche Stellungnahme – Anlage 2

Anlage 2

(zu § 4 Absatz 5, 7 und 8)

Landkreis \_\_\_\_\_  
 Gesundheitsamt \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Schulärztliche Stellungnahme**  
 gemäß § 4 Absatz 5 der Grundschulverordnung

|                |   |
|----------------|---|
| Name:          | Vorname:  |
| geboren am:    | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers |
| Wohnanschrift: |   |
| Schule:        |   |

**Schulärztliche Hinweise/Empfehlungen zum Schulanfang**

**Aktuelle Körpergröße:** ... cm                      **Aktuelles Gewicht:** ... kg  
 für körpergrößengerechte Schulmöbel bitte beachten.

**Empfohlene Stuhlgröße (DIN I ISO 5970):**

- 1/orange (unter 113 cm)                       2/lila (von 113 bis 127 cm)  
 3/gelb (von 128 bis 142 cm)                       4/rot (von 143 bis 157 cm)

**Händigkeit**

- rechts                       links                       beidseitig

**Sehen**

- Sehinderung/Verdacht                       rechts                       links                       beidseitig  
 Das Sehvermögen ist durch die verordnete Brille voll kompensiert.  
 Das Sehvermögen ist zurzeit mit einer Brille nicht voll korrigierbar.  
 Das räumliche Sehen ist auffällig.  
 Es wird empfohlen, das Kind einem Facharzt vorzustellen.

**Hören**

- Hörminderung/Verdacht                       rechts                       links                       beidseitig  
 Das Kind trägt ein Hörgerät.  
 Es wird empfohlen, das Kind einem Facharzt vorzustellen.

**Sprache/Sprechen**

- Sprachentwicklungsrückstand  
 Die Verständigung in deutscher Sprache ist nur eingeschränkt möglich.  
 Das Kind befindet sich in logopädischer Behandlung.  
 Es wird empfohlen, eine entsprechende Behandlung zu veranlassen.

**Auffälligkeiten der Motorik und Körperkoordination**

- Grobmotorik                       Feinmotorik  
 Das Kind befindet sich in entsprechender Behandlung.     Ergotherapie     Physiotherapie  
 Es wird empfohlen, eine entsprechende Behandlung zu veranlassen.  
 Es wird empfohlen, eine individuelle Bewegungsförderung zu veranlassen.

**Auffälligkeiten der emotionalen/sozialen Entwicklung**

- Das Kind ist in der psychosozialen/emotionalen Reife entwicklungsverzögert.
- Das Kind befindet sich in entsprechender Behandlung.
- Es wird empfohlen, eine psychologische/kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Behandlung zu veranlassen.

**Weitere Auffälligkeiten in folgenden Bereichen**

- Ausdauer/Konzentration
- Aufgabenverständnis
- Mengenverständnis/Zählen
- Visuelle Wahrnehmung
- Auditive Wahrnehmung

- Das Kind erhält heilpädagogische Frühförderung.

**Befunde, die aus medizinischer Sicht zu Beeinträchtigungen des Kindes im Schulunterricht führen könnten:**

---

---

---

**Vor Aufnahme in die Jahrgangsstufe 1 wird aus schulärztlicher Sicht**

- eine Beratung zwischen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und Schule zum Förderbedarf des Kindes empfohlen.

**Aus schulärztlicher Sicht**

- bestehen keine Bedenken gegen die Aufnahme in die Schule.
- ist keine erneute schulärztliche Untersuchung im Fall einer Zurückstellung erforderlich.
- wird empfohlen, das Kind noch nicht in die Schule aufzunehmen.

**Begründung für die Empfehlungen der Zurückstellung vom Schulbesuch:**

---

---

---

Mir ist bekannt, dass die Vertreterin oder der Vertreter des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes sich mit der Schule zu den Ergebnissen der vorstehenden schulärztlichen Stellungnahme verständigt.

Im Auftrag

---

Ärztin/Arzt im KJGD

---

Kenntnisnahme der Eltern (Sorgeberechtigte)

**4.7 Schulärztliche Untersuchung Quereinsteigende**

[Kopfbogen des Landkreises/kreisfreie Stadt]

[Datum]

**Schulärztliche Untersuchung durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst  
Gemäß § 37 Abs. 1 Brandenburgisches Schulgesetz**

Vor- und Nachname: .....

Geburtsdatum: ..... Geschlecht:  weiblich  männlich  divers

Wohnanschrift: .....

Schule: .....

**Körpergröße:** .....cm **Körpergewicht:** .....kg  
(für körpergrößengerechte Schulmöbel bitte beachten)

**Gesamteindruck**

- Die groborientierende Überprüfung der Entwicklung war unauffällig
- Die groborientierende Überprüfung der Entwicklung war auffällig

**Verständigung in deutscher Sprache**

- ist möglich
- ist eingeschränkt möglich
- ist nicht möglich

**Körperliche Untersuchung**

- ohne auffälligen Befund
- mit auffälligem Befund

**Befunde, die aus medizinischer Sicht zu Beeinträchtigungen des Kindes im Schulunterricht führen könnten.:**

.....  
 .....  
 .....

**Masernschutz** (gemäß Infektionsschutzgesetz §20, Abs. 8-14 „Masernschutzgesetz“)

- Es liegt ein Nachweis einer Immunität vor
- Es liegt kein Nachweis einer Immunität vor

**Sehen**

- ohne auffälligen Befund
  
- Sehminderung/Verdacht      rechts      links      beidseits
- Das Sehvermögen ist durch die verordnete Sehhilfe voll kompensiert
- Das Sehvermögen ist zurzeit mit der vorhandenen Sehhilfe nicht voll korrigierbar
- Das räumliche Sehen ist auffällig
- Es wird empfohlen, das Kind einem Facharzt vorzustellen

**Hören**

- ohne auffälligen Befund
  
- Hörminderung/Verdacht      rechts      links      beidseits
- Das Kind trägt ein Hörgerät
- Es wird empfohlen, das Kind einem Facharzt vorzustellen

**Aus schulärztlicher Sicht**

- bestehen nach klinischer Untersuchung keine Bedenken gegen die Aufnahme in die Schule
- bestehen nach klinischer Untersuchung Bedenken gegen die Aufnahme in die Schule

**Hinweise für den Schulbesuch aus schulärztlicher Sicht:**

.....

.....

.....

**Im Auftrag**

.....

Ärztin/Arzt im KJGD



## 4.8 Elternanschriften Schulabgangsuntersuchungen

[Kopfbogen des Landkreises/kreisfreie Stadt]

[Datum]

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

ein Jugendlicher/eine Jugendliche, der in das Berufsleben eintritt, darf nach Jugendarbeitsschutzgesetz § 32, darf nur beschäftigt werden, wenn er/sie innerhalb der letzten vierzehn Monate von einer Ärztin/einem Arzt untersucht worden ist (Erstuntersuchung) und dem Arbeitgeber eine von dieser Ärztin/diesem Arzt ausgestellte Bescheinigung vorliegt.

Zu diesem Zweck findet am **[Datum]** findet um **[Uhrzeit]** die **Schulabgangsuntersuchung** nach § 6 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes einschließlich der Erstuntersuchung nach § 32 des Jugendarbeitsschutzgesetzes in der Schule Ihrer Tochter/Ihres Sohnes statt.

Diese Untersuchung wird vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes durchgeführt. Mit diesem Schreiben erhalten Sie den Erhebungsbogen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz, der bitte ausgefüllt und von Ihnen und Ihrem Kind unterschrieben am Untersuchungstag vorliegen soll.

Nach erfolgter Untersuchung stellt die untersuchende Ärztin/der untersuchende Arzt die entsprechende Bescheinigung für den zukünftigen Arbeitgeber aus.

Sollten bei Ihrem Kind Impflücken festgestellt werden, erhalten Sie eine Empfehlung zur Nachholung dieser Impfung(en) durch die niedergelassene Ärztin/den niedergelassenen Arzt. Zusätzlich wird auch durch uns angeboten Impflücken zu schließen. Hierzu benötigen wir Angaben zur Krankenkasse, bei der Ihr Kind versichert ist.

Sollten Sie mit der Nachholung von Impfungen, die durch die Ständige Impfkommission empfohlen werden, nicht einverstanden sein, bitten wir Sie uns Ihre Ablehnung schriftlich mitzuteilen.

**Geben Sie Ihrer Tochter/Ihrem Sohn bitte folgende Unterlagen am Untersuchungstag mit:**

1. **den ausgefüllten Erhebungsbogen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz**
2. **den Impfausweis oder andere Impfdokumente,**
3. **Bescheinigungen, wie z. B. Schwerbehindertenausweis, Allergiepass, Herzpass o. Ä.,**
4. **verschriebene Hilfsmittel wie Brille (Brillenpass), Hörgerät o. Ä.**

Sollte die Ärztin/der Arzt des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes Befunde bei Ihrem Kind feststellen, die fachärztlich abgeklärt werden müssen, erhalten Sie eine Empfehlung zur weiteren Diagnostik bzw. Therapie. Die Ergebnisse der fachärztlichen Untersuchung werden dem Gesundheitsamt zurückgemeldet, um die Bescheinigung für den Arbeitgeber anzufertigen

Nach einem Jahr in Beschäftigung ist eine Nachuntersuchung nach dem JArbSchG erforderlich. Diese können Sie bei Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt, aber auch bei uns im Gesundheitsamt durchführen lassen. Den erforderlichen Untersuchungsberechtigungsschein für die Hausärztin/den Hausarzt erhalten Sie bei uns im Gesundheitsamt.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie erreichen uns unter Tel. **[Telefonnummer]**

## 4.9 Ärztliche Bescheinigung für die Erstuntersuchung

Diese Bescheinigung hat der Arbeitgeber nach § 41 Abs. 1 JArbSchG aufzubewahren!

Stempel des Arztes

### Ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber\*

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen

---

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Zutreffendes bitte  ankreuzen

Aufgrund der Untersuchung halte ich die Gesundheit des Jugendlichen durch die Ausübung nachstehend angekreuzter Arbeiten für gefährdet\*\*.

|   | <input type="checkbox"/><br>entfällt | <input type="checkbox"/><br>ja |
|---|--------------------------------------|--------------------------------|
| Es ist zu erwarten, dass diese Arbeiten die Gesundheit  | vorübergehend                        | dauernd gefährden.             |
|   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |
| <b>4.1 Arbeiten überwiegend im</b>  |                                      |                                |
| – Stehen  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |
| – Gehen   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |
| – Sitzen  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |
| – Bücken  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |
| – Hocken  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |
| – Knien   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |
| <b>4.2 Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel</b> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |
| <b>4.3 Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit beider</b>  |                                      |                                |
| – Hände   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |
| – Arme  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |
| – Beine   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |
| erfordern   |                                      |                                |
| <b>4.4 Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr</b>  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |

\* Die Bescheinigung ist dem Arbeitgeber umgehend zuzuleiten.  
 \*\* Nach § 40 Abs. 1 JArbSchG darf der Jugendliche mit diesen Arbeiten nicht beschäftigt werden.

Stempel des Arztes

**Ärztliche Mitteilung an den Personensorgeberechtigten**

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen

---

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Zutreffendes bitte  ankreuzen

Aufgrund der Untersuchung halte ich die Gesundheit des Jugendlichen durch die Ausübung nachstehend angekreuzter Arbeiten für gefährdet\*.

|  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | entfällt                 | ja                       |
| Es ist zu erwarten, dass diese Arbeiten die Gesundheit                                       | vorübergehend            | dauernd gefährden.       |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.1 Arbeiten überwiegend im  |                          |                          |
| – Stehen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Gehen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Sitzen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Bücken   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Hocken   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Knien  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.3 Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit beider  |                          |                          |
| – Hände  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Arme   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Beine  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| erfordern  |                          |                          |
| 4.4 Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\* Nach § 40 Abs. 1 JArbSchG darf der Jugendliche mit diesen Arbeiten nicht beschäftigt werden.

**Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt**

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

**4. Beurteilung**

|  |
|--|
| Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort    |

Zutreffendes bitte  ankreuzen

Aufgrund der Untersuchung halte ich die Gesundheit des Jugendlichen durch die Ausübung nachstehend angekreuzter Arbeiten für gefährdet\*.

|   | <input type="checkbox"/><br>entfällt | <input type="checkbox"/><br>ja |
|---|--------------------------------------|--------------------------------|
| Es ist zu erwarten, dass diese Arbeiten die Gesundheit  | vorübergehend                        | dauernd gefährden.             |
|   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |
| <b>4.1 Arbeiten überwiegend im</b>  |                                      |                                |
| – Stehen  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |
| – Gehen   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |
| – Sitzen  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |
| – Bücken  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |
| – Hocken  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |
| – Knien   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |
| <b>4.2 Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel</b> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |
| <b>4.3 Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit beider</b>  |                                      |                                |
| – Hände   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |
| – Arme  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |
| – Beine   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |
| erfordern   |                                      |                                |
| <b>4.4 Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr</b>  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>       |

\* Nach § 40 Abs. 1 JArbSchG darf der Jugendliche mit diesen Arbeiten nicht beschäftigt werden.

|   |  | Name, Vorname, des Jugendlichen         |                          |
|---|--|---|--------------------------|
| Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen  |  | vorübergehend                           | dauernd                  |
| 4.5 Arbeiten überwiegend bei  |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| – Kälte   |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| – Hitze   |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| – Nässe   |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| – Zugluft   |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| – starken Temperaturschwankungen  |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 4.6 Arbeiten unter Einwirkung von   |  |   |                          |
| – Lärm  |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| – mechanischen Schwingungen/Erschütterungen   |  |   |                          |
| auf die Hände und Arme  |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| auf den ganzen Körper   |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 4.7 Arbeiten mit besonderer Belastung der Haut  |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 4.8 Arbeiten mit besonderer Belastung der Schleimhäute, der Atemwege durch Stäube, Gase, Dämpfe, Rauche |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 4.9 Arbeiten, die die   |  |   |                          |
| – volle Sehkraft ohne Sehhilfe  |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| – Farbtüchtigkeit   |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| erfordern.  |  |   |                          |
| 4.10 Sonstige Arbeiten: _____   |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| _____   |  | _____                                   |                          |
| (Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)   |  | (Unterschrift d. untersuchenden Arztes) |                          |

**Zur Beachtung:** Nach Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres hat sich der Arbeitgeber die Bescheinigung eines Arztes darüber vorlegen zu lassen, dass der Jugendliche nachuntersucht worden ist. (§ 33 Abs. 1 ArbSchG).

Ges VB 872 – Ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber Blatt 2

|  |  | Name, Vorname, des Jugendlichen         |                          |
|--|--|---|--------------------------|
| Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen   |  | vorübergehend                           | dauernd                  |
| 4.5 Arbeiten überwiegend bei   |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| – Kälte  |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| – Hitze  |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| – Nässe  |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| – Zugluft  |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| – starken Temperaturschwankungen   |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 4.6 Arbeiten unter Einwirkung von  |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| – Lärm   |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| – mechanischen Schwingungen/Erschütterungen  |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| auf die Hände und Arme   |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| auf den ganzen Körper  |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 4.7 Arbeiten mit besonderer Belastung der Haut   |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 4.8 Arbeiten mit besonderer Belastung der Schleimhäute, der Atemwege durch Stäube, Gase, Dämpfe, Rauche  |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 4.9 Arbeiten, die die  |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| – volle Sehkraft ohne Sehhilfe   |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| – Farbtüchtigkeit  |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| erfordern.   |  |   |                          |
| 4.10 Sonstige Arbeiten: _____  |  | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| Das wesentliche Ergebnis der Untersuchung ist  |  | <input type="checkbox"/> Normbefund     |                          |
|  |  |   |                          |
|  |  |   |                          |
| Eine außerordentliche Nachuntersuchung nach § 35 Abs. 1 JArbSchG wird angeordnet   |  | <input type="checkbox"/>                |                          |
| nach Ablauf von Monaten  |  | _____                                   |                          |
| spätestens bis zum   |  | _____                                   |                          |
| Es wird empfohlen, dass der Jugendliche sich möglichst bald  |  |   |                          |
| wegen _____  |  |   |                          |
| einem Betriebsarzt/Arzt (Facharzt) für _____ / Zahnarzt vorstellt.   |  |   |                          |
| Empfehlungen: _____  |  |   |                          |
|  |  |   |                          |
|  |  |   |                          |
| (Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)  |  | (Unterschrift d. untersuchenden Arztes) |                          |
| <b>Zur Beachtung:</b> Vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres ist eine Nachuntersuchung erforderlich. Falls die öffentliche Berufsberatung in Anspruch genommen wird, sollte ihr von dem Personensorgeberechtigten im Interesse des Jugendlichen das vorstehende Untersuchungsergebnis mitgeteilt werden. |  |   |                          |
| Ges VB 872 – Ärztliche Mitteilung an die Eltern oder den Personensorgeberechtigten Blatt 2   |  |   |                          |

|   |                          | Name, Vorname, des Jugendlichen                  |  |
|---|--------------------------|--|--|
| Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen  | vorübergehend            | dauernd  |  |
| 4.5 Arbeiten überwiegend bei  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |  |
| – Kälte   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |  |
| – Hitze   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |  |
| – Nässe   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |  |
| – Zugluft   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |  |
| – starken Temperaturschwankungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |  |
| 4.6 Arbeiten unter Einwirkung von   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |  |
| – Lärm  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |  |
| – mechanischen Schwingungen/Erschütterungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |  |
| auf die Hände und Arme  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |  |
| auf den ganzen Körper   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |  |
| 4.7 Arbeiten mit besonderer Belastung der Haut  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |  |
| 4.8 Arbeiten mit besonderer Belastung der Schleimhäute, der Atemwege durch Stäube, Gase, Dämpfe, Rauche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |  |
| 4.9 Arbeiten, die die   |                          |  |  |
| – volle Sehkraft ohne Sehhilfe  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |  |
| – Farbtüchtigkeit   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |  |
| erfordern.  |                          |  |  |
| 4.10 Sonstige Arbeiten: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |  |
| Das wesentliche Ergebnis der Untersuchung ist   |                          | <input type="checkbox"/> Normbefund              |  |
| _____   |                          |  |  |
| _____   |                          |  |  |
| Eine außerordentliche Nachuntersuchung nach § 35 Abs. 1 JArbSchG wird angeordnet                        |                          | <input type="checkbox"/>                         |  |
|   |                          | nach Ablauf von Monaten _____                    |  |
|   |                          | spätestens bis zum _____                         |  |
| Es wird empfohlen, dass der Jugendliche sich möglichst bald   |                          |  |  |
| wegen _____   |                          |  |  |
| einem Betriebsarzt/Arzt (Facharzt) für _____ / Zahnarzt vorstellt.                                      |                          |  |  |
| Empfehlungen: _____   |                          |  |  |
| _____   |                          |  |  |
| _____   |                          |  |  |
| _____<br>(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)  |                          | _____<br>(Unterschrift d. untersuchenden Arztes) |  |

## 4.10 Elternanschriften 10. Klassen

[Kopfbogen des Landkreises/kreisfreie Stadt]

[Datum]

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

am **[Datum]** findet um **[Uhrzeit]** die **Untersuchung der 10. Klasse** nach § 6 Absatz 2 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes in der Schule Ihres Kindes statt.

Diese Untersuchung wird vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes durchgeführt.

**Die Angaben im Elternfragebogen und das Mitbringen der untenstehenden Unterlagen erfolgen auf freiwilliger Basis.**

Um die Gesundheit und den Entwicklungsstand Ihres Kindes beurteilen zu können, bitten wir Sie, den anliegenden Elternfragebogen auszufüllen. Die Angaben zum Gesundheitszustand und der bisherigen Entwicklung Ihres Kindes sowie zum Lebensumfeld sind für die Einschätzung von gesundheitlichen und der sozialen Gegebenheiten durch die Ärztin/den Arzt von großer Bedeutung und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchst a, c und e, Art. 9 Abs. 2 Buchst. a, h und i DSGVO in Verbindung mit landesrechtlichen Regelungen. Näheres entnehmen Sie der Datenschutzzinformation.

Die Fragen dienen neben der gesundheitlichen Einschätzung Ihres Kindes auch der Gesundheitsberichterstattung. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung wird die gesundheitliche Lage der Kinder im Land Brandenburg beschrieben. Es können somit gesundheitliche Risiken identifiziert und Schwerpunkte für gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse abgeleitet werden. Alle Angaben werden vom Gesundheitsamt erfasst und zum Zwecke der Gesundheitsberichterstattung anonymisiert an das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit weitergeleitet.

Sollten bei Ihrem Kind Impflücken festgestellt werden, erhalten Sie eine Empfehlung zur Nachholung dieser Impfung(en) durch die niedergelassene Ärztin/den niedergelassenen Arzt. Zusätzlich wird auch durch uns angeboten Impflücken zu schließen. Hierzu benötigen wir Angaben zur Krankenkasse, bei der Ihr Kind versichert ist.

Sollten Sie mit der Nachholung von Impfungen, die durch die Ständige Impfkommission empfohlen werden, nicht einverstanden sein, bitten wir Sie uns Ihre Ablehnung schriftlich mitzuteilen. Der Nachweis über einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern kann bei Vorlage des Impfausweises bestätigt werden.

**Geben Sie Ihrer Tochter/Ihrem Sohn bitte folgende Unterlagen am Untersuchungstag mit:**

1. den ausgefüllten Elternfragebogen,
2. den Impfausweis oder andere Impfdokumente,
3. Bescheinigungen, wie z. B. Schwerbehindertenausweis, Allergiepass, Herzpass o. Ä.,
4. verschriebene Hilfsmittel wie Brille (Brillenpass), Hörgerät o. Ä.

Sollten bei Ihrem Kind im Rahmen der Untersuchung auffällige Befunde festgestellt werden, die einer weiteren Diagnostik oder Therapie bedürfen, erhalten Sie eine schriftliche Information bzw. Empfehlung.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie erreichen uns unter Tel. **[Telefonnummer]**



## 5. Informationen für die Datenverarbeitung

Die nachfolgenden Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten sind als Vorschlag zu verstehen und sind je nach Untersuchung an die Vorgehensweisen des Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt durch diese anzupassen.

### Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO

#### 1.1 Verantwortlich für die Datenverarbeitung

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Kreis/Stadt:          |  |
| Funktionsbezeichnung: |  |
| Adresse:              |  |
| Telefon:              |  |
| Fax:                  |  |
| E-Mail:               |  |

#### 1.2 Zuständige Stelle innerhalb der Behörde

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Fachbereich:          |  |
| Funktionsbezeichnung: |  |
| Adresse:              |  |
| Telefon:              |  |
| Fax:                  |  |
| E-Mail:               |  |

#### 1.3 Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Fachbereich:          |  |
| Funktionsbezeichnung: |  |
| Adresse:              |  |
| Telefon:              |  |
| Fax:                  |  |
| E-Mail:               |  |

## 2. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

### 2.1 Zwecke der Verarbeitung

#### Kita-Untersuchung

Die Untersuchungen der Kinder im Alter vom 30. bis 42. Lebensmonat dient der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung. Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig.

#### Schuleingangsuntersuchung

Bei der pflichtigen Schuleingangsuntersuchung wird die Schulfähigkeit sowie Therapie- und Förderbedarfe aus medizinischer Sicht festgestellt.

### Schulreihenuntersuchung

Die Schulreihenuntersuchungen werden zum Schutz der Gesundheit und zur Gesundheitsförderung angeboten. Die Teilnahme ist freiwillig.

Informationen für die Datenverarbeitung

### Schulabgangsuntersuchung

Bei der Schulabgangsuntersuchung wird die Berufstauglichkeit der Schulabgänger\*innen festgestellt. Für Jugendliche unter 18 Jahren, die die Schule verlassen und in das Berufsleben eintreten ist die Untersuchung verpflichtend.

### Schulquereinsteigendenuntersuchung

Verpflichtende Untersuchung für Kinder und junge Menschen, die erstmals eine Schule in öffentlicher und freier Trägerschaft in Deutschland besuchen.

Im Rahmen der Untersuchung werden die erforderlichen personenbezogenen Angaben einschließlich Gesundheitsdaten vom Gesundheitsamt auf der Grundlage des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes standardisiert erfasst, zum Zweck der Erfüllung von Dokumentationspflichten und der kommunalen Gesundheitsberichterstattung verarbeitet sowie für die Gesundheitsberichterstattung des Landes Brandenburg anonymisiert an das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit weitergeben und von diesem ausgewertet.

Zu den Gesundheitsdaten zählen Anamnesen, Diagnosen, Testergebnisse und Befunde, die vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst oder anderen Ärzten erhoben wurden.

Zu den Daten für die Gesundheitsberichterstattung der Kommunen und des Landes Brandenburg werden zusätzlich Daten zum Verhalten und dem sozialen Hintergrund des Kindes erfragt, welche in der Beantwortung freiwillig sind. Diese bilden die gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg ab. Sie dienen dazu gesundheitliche Risiken zu identifizieren und Schwerpunkte für den gesundheitlichen Entscheidungsprozess abzuleiten. Die Gesundheitsberichterstattung ist auf kommunaler und auf Landesebene die Grundlage für Gesundheitsplanung und Maßnahmendurchführung in der Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung.

## 2.2 Rechtsgrundlagen

Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf der Grundlage von Artikel 6 Abs. 1 Buchst. a, c, e und Artikel 9 Abs. 2 Buchst. a, h, i DSGVO in Verbindung mit:

### KITA-Untersuchung:

- § 6 Abs. 1 und 2 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG)
- § 1 Abs. 2 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst-Verordnung (KJGDV)
- § 11 Kindertagesstättengesetz (KitaG)

### Schuleingangsuntersuchung:

- § 6 Abs. 1 und 2 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG)
- § 1 Abs. 3 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst-Verordnung (KJGDV)
- § 4 Grundschulverordnung (GV)
- §§ 45 Abs. 1 und 65 Abs. 6 Brandenburgisches Schulgesetz (BbgSchulG)

Schulreihenuntersuchung:

- § 6 Abs. 1 und 2 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG)
- § 1 Abs. 3 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst-Verordnung (KJGDV)
- §§ 45 Abs. 1 und 65 Abs. 6 Brandenburgisches Schulgesetz (BbgSchulG)

Schulabgangsuntersuchung:

- § 6 Abs. 1 und 2 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG)
- § 1 Abs. 4 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst-Verordnung (KJGDV)
- § 32 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)
- § 3 Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung (JArbSchUV)
- §§ 45 Abs. 1 und 65 Abs. 6 Brandenburgisches Schulgesetz (BbgSchulG)

Schulquereinsteigendenuntersuchung:

- § 6 Abs. 1 und 2 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG)
- § 37 Abs. 1 Brandenburgisches Schulgesetz (BbgSchulG)
- §§ 45 Abs. 1 und 65 Abs. 6 Brandenburgisches Schulgesetz (BbgSchulG)

Die Verarbeitung der Daten wird ausschließlich von autorisierten Mitarbeitern vorgenommen. Die Gesundheitsdaten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

2.3. Kategorien der personenbezogenen Daten (bei Art. 14 DSGVO)

- Kontaktdaten (z. B. Name, Adresse)
- Gesundheitsdaten Ihres Kindes (z. B. Gesundheitsgeschichte, Befunde, Diagnosen)

**3. Quelle der Daten nach Artikel 14 DSGVO**

Kita-Untersuchung:

- durch Übermittlung der Meldebehörden an das Gesundheitsamt:  
Namen, Geburtsdatum und Adressdaten
- Daten ergeben sich aus Untersuchung und Angaben der Sorgeberechtigten

Schuleingangsuntersuchung:

- Erhebung des Gesundheitsamtes bei den Schulen:  
Namen, Geburtsdatum und Adressdaten der einzuschulenden Kinder
- Daten ergeben sich aus Untersuchung und Angaben der Sorgeberechtigten

Schulreihenuntersuchung:

- Erhebung des Gesundheitsamtes bei den Schulen mit Einwilligung der Erziehungsberechtigten:  
Namen, Geburtsdatum und Adressdaten
- Daten ergeben sich aus Untersuchung und Angaben der Sorgeberechtigten

Schulabgangsuntersuchung:

- Erhebung des Gesundheitsamtes bei den Schulen:  
Namen, Geburtsdatum und Adressdaten
- Daten ergeben sich aus Untersuchung und Angaben der Sorgeberechtigten

Schulquereinsteigendenuntersuchung:

- Erhebung des Gesundheitsamtes bei den Schulen:  
Namen, Geburtsdatum und Adressdaten
- Übermittlung der Namen, des Geburtsdatums und der Adressdaten mit Einverständnis der Betroffenen durch die Erstaufnahmeeinrichtung

- Daten ergeben sich aus Untersuchung und Angaben der Sorgeberechtigten

#### 4. Automatisierte Entscheidungsfindung (Profiling)

Eine automatisierte Entscheidungsfindung findet im Rahmen der Datenverarbeitung nicht statt.

#### 5. Empfänger

- Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Gesundheitsamt

#### 6. Weitergabe an Dritte

- Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (Übermittlung in anonymisiert Form)
- Es werden keine Daten an Drittländer oder internationale Organisationen übermittelt.

#### 7. Dauer der Speicherung und Löschung

Der Zeitpunkt der Löschung der elektronischen Daten oder der Vernichtung der Akten entspricht den Vorgaben zur ärztlichen Dokumentation. Danach werden die Daten in der Regel 10 Jahre vorgehalten. Im Einzelfall, z. B. bei Röntgenuntersuchungen, können sich Dokumentationspflichten bis zu 30 Jahren ergeben.

#### 8. Betroffenenrechte

Jede von der Verarbeitung personenbezogener Daten betroffene Person hat nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen und bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen, folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über die zu ihrer Person verarbeiteten Daten (Art. 15 DSGVO).
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten zu ihrer Person (Art. 16 DSGVO).
- Das Recht auf Löschung von Daten zu ihrer Person (Art. 17 DSGVO).
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu ihrer Person (Art. 18 DSGVO).
- Das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO).
- Das Recht auf jederzeitigen Widerspruch gegen die Datenverarbeitung (Art. 21 DSGVO).

#### 9. Widerrufsrecht bei Einwilligung

Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit widerrufen für die Zukunft. Der Widerruf gilt nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundene Verarbeitung nicht rechtswidrig. Die Widerrufserklärung kann ohne Angaben einer Begründung **[auf folgendem Weg]** an das **[Gesundheitsamt]** gerichtet werden.

#### 10. Beschwerderecht

Betroffene Personen, die der Ansicht sind, dass die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten unzulässig ist, haben das Recht sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren.

Die Beschwerde ist zu richten an:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und das Recht auf Akteneinsicht  
Stahnsdorfer Damm 77  
14532 Kleinmachnow  
Telefon: 033203/356-0

Fax: 033203/356-40

E-Mail: [poststelle@lda.brandenburg.de](mailto:poststelle@lda.brandenburg.de)

## 11. Pflicht zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten

### Kita-Untersuchung

Es besteht keine gesetzliche Pflicht an der Kita-Untersuchung teilzunehmen und keine gesetzliche Verpflichtung zur Bereitstellung von personenbezogenen Daten.

Die KITA-Untersuchung kann vom Gesundheitsamt allerdings nur im erforderlichen Umfang durchgeführt werden, wenn die notwendigen Daten bereitgestellt werden.

### Schuleingangsuntersuchung

Es besteht die gesetzliche Pflicht zur Teilnahme an der Schuleingangsuntersuchung sowie die Pflicht alle erforderlichen Angaben zu machen. Eine Nichtbereitstellung der Daten kann für Sie bzw. Ihr Kind rechtliche Nachteile haben.

Die Schuleingangsuntersuchung kann vom Gesundheitsamt nur im erforderlichen Umfang durchgeführt werden, wenn die notwendigen Daten bereitgestellt werden.

### Schulreihenuntersuchung

Es besteht keine gesetzliche Pflicht an Schulreihenuntersuchungen teilzunehmen und keine gesetzliche Verpflichtung zur Bereitstellung von personenbezogenen Daten.

Die Schulreihenuntersuchung kann vom Gesundheitsamt allerdings nur im erforderlichen Umfang durchgeführt werden, wenn die notwendigen Daten bereitgestellt werden.

### Schulabgangsuntersuchung

Es besteht die gesetzliche Pflicht zur Teilnahme an der Schulabgangsuntersuchung sowie die Pflicht alle erforderlichen Angaben zu machen. Eine Nichtbereitstellung der Daten kann für Sie bzw. Ihr Kind rechtliche Nachteile haben.

Die Schulabgangsuntersuchung kann vom Gesundheitsamt nur im erforderlichen Umfang durchgeführt werden, wenn die notwendigen Daten bereitgestellt werden.

### Schulquereinsteigendenuntersuchung

Es besteht die gesetzliche Pflicht zur Teilnahme an der Untersuchung der Schulquereinsteiger sowie die Pflicht alle erforderlichen Angaben zu machen. Eine Nichtbereitstellung der Daten kann für Sie bzw. Ihr Kind rechtliche Nachteile haben.

Die Untersuchung der Schulquereinsteiger kann vom Gesundheitsamt nur im erforderlichen Umfang durchgeführt werden, wenn die notwendigen Daten bereitgestellt werden.

## V Zentrales Einladungs- und Rückmeldewesen

### 1. Ziele und Aufgaben

Um die Teilnahmeraten an den Früherkennungsuntersuchungen U6, U7, U7a, U8, U9 und J1 zu erhöhen, hat das Land Brandenburg im Rahmen der Novellierung des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes (BbgGDG) zum 01.06.2008 mit § 7 das Zentrale Einladungs- und Rückmeldewesen (ZER) eingeführt.

#### § 7

#### **Einladungs- und Rückmeldewesen zu den Früherkennungsuntersuchungen**

- (1) Die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wirken auf eine erhöhte Teilnahmequote der Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hin. Das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit lädt als Zentrale Stelle alle Kinder entsprechend ihrem Alter zeitnah jeweils zu den für Kinder im Alter vom vollendeten neunten bis zum vollendeten 66. Lebensmonat und nach Vollendung des zehnten Lebensjahres vorgesehenen Untersuchungen nach § 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder, soweit die Kinder nicht gesetzlich versichert sind, zu entsprechenden ärztlichen Untersuchungen ein. Die Meldebehörden haben durch Übermittlung der in § 6 Abs. 2 Satz 3 genannten Daten sicherzustellen, dass das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit ab dem 1. Juni 2008 über die aktuellen Daten der Kinder, die zwischen sieben und 58 oder zwischen 144 und 150 Lebensmonate alt sind, verfügt.
- (2) Ärztinnen und Ärzte, die eine Untersuchung nach Absatz 1 im neunten bis 13., 20. bis 27. oder 43. bis 50. Lebensmonat durchgeführt haben, übermitteln dem Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit unverzüglich nach erfolgter Untersuchung die in Absatz 1 Satz 3 genannten Daten.
- (3) Das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit lädt diejenigen Kinder erneut zu einer Untersuchung nach Absatz 1 ein, bei denen nicht bekannt ist, ob sie an der betreffenden Untersuchung teilgenommen haben oder sich aufgrund einer schweren chronischen Erkrankung oder Behinderung in kontinuierlicher ärztlicher Behandlung befinden.
- (4) Die Daten nach Absatz 1 Satz 3 derjenigen Kinder, bei denen ungeachtet eines zweiten Einladungsschreibens nach Absatz 3 nicht bekannt ist, ob sie an einer altersentsprechenden Untersuchung teilgenommen haben, leitet das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit an den zuständigen Landkreis oder die kreisfreie Stadt weiter. Diese treffen geeignete und angemessene Maßnahmen, um auf eine erhöhte Teilnahmerate an den Früherkennungsuntersuchungen hinzuwirken.

Ziel dieser landesgesetzlichen Regelung ist es, möglichst allen Kindern die Inanspruchnahme der wichtigen und für Sorgeberechtigte kostenfreien Früherkennungsuntersuchungen zu ermöglichen sowie potenzielle Risikofamilien zu identifizieren, um so einen wirksamen Beitrag zur Gesundheit und zum Schutz der Kinder im Land Brandenburg zu leisten. Die Früherkennungsuntersuchungen sind ein Baustein der Gesundheitsvorsorge, der dazu beiträgt, Krankheiten, welche die körperliche und geistige Entwicklung von Kindern nicht geringfügig gefährden, frühzeitig zu erkennen und eine weiterführende medizinische Behandlung zu empfehlen.

Das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) lädt als Zentrale Stelle alle Kinder im Alter vom 9. Lebensmonat bis zum Beginn des 13. Lebensjahres zu den altersentsprechenden Früherkennungsuntersuchungen ein. Die Einladungsschreiben der Zentralen Stelle informieren zum Inhalt und zum Zweck der jeweils anstehenden Untersuchung und erläutern die rechtliche Grundlage. Die Sorgeberechtigtenkompetenz wird gestärkt und die Motivation, die Untersuchungen wahrzunehmen, wird erhöht.

Für die Früherkennungsuntersuchungen U6, U7 und U8 sind die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verpflichtet worden, unverzüglich die Bestätigung über die stattgefundenen Untersuchungen an die Zentrale Stelle zu senden. Die Einladungsschreiben der Zentralen Stelle sind bereits als Rückmeldeformular gestaltet, sodass für die Arztpraxis der geringstmögliche Aufwand entsteht; lediglich Arztstempel und Untersuchungsdatum sind zu ergänzen. Für Fälle, in denen die Familien das Einladungsschreiben des LAVG zur Untersuchung nicht vorlegen können, greifen die Arztpraxen auf ein Ersatzformular zurück, das vom LAVG zur Verfügung gestellt wurde. Bei der Rückmeldung werden keine

Untersuchungsergebnisse der Kinder weitergegeben, sondern nur bestätigt, dass das Kind an der Untersuchung teilgenommen hat.

Erhält die Zentrale Stelle nach dem Ende des jeweiligen Untersuchungszeitraumes und genau einen Monat vor Ablauf der Nachtoleranz keine Rückmeldung, wird ein sogenanntes Erinnerungsschreiben an die Familien versandt. Stichtagsgenau zum Ablauf der untersuchungsbezogenen Toleranzgrenzen zur U6, U7 und U8 werden, sofern bei der Zentralen Stelle keine Rückmeldung eingegangen ist und somit weiterhin unklar ist, ob das Kind die Früherkennungsuntersuchung erhalten hat, die Daten des Kindes an das jeweils zuständige Gesundheitsamt weitergegeben. Diese treffen geeignete und angemessene Maßnahmen, um auf eine erhöhte Teilnehmerate an den Früherkennungsuntersuchungen hinzuwirken. Die Wahl dieser Maßnahmen, liegt dann im Verantwortungsbereich der Landkreise und kreisfreien Städte.

Weitere Informationen zum ZER sowie Übersetzungen in vier weitere Sprachen (Englisch, Arabisch, Polnisch und Russisch) sind auf der Internetseite des LAVG zu finden (Start > Gesundheit > ZER). Ebenso ist hier ein ausführlicher Evaluationsbericht des ZER bereitgestellt.

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen wird in den Untersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Gesundheitsämter des Landes Brandenburg erfragt. Die Teilnehmeraten werden auf der Gesundheitsplattform Brandenburg (<https://gesundheitsplattform.brandenburg.de/>) dargestellt.

## 2. Empfehlungen zur Umsetzung

Die Gesundheitsämter der Landkreise und kreisfreien Städte sollen nach § 7 Abs. 4 BbgGDG geeignete und angemessene Maßnahmen ergreifen, um auf eine erhöhte Teilnehmerate an den Früherkennungsuntersuchungen der niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzte bzw. Ärztinnen und Ärzte mit Berechtigung zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen hinzuwirken. Dazu erhalten die Gesundheitsämter die Daten derjenigen Kinder, bei denen auch nach einem zweiten Einladungsschreiben der Zentralen Stelle keine Rückmeldung über die Teilnahme an einer altersentsprechenden Untersuchung (U6, U7 und U8) bei der niedergelassenen Ärztin/dem niedergelassenen Arzt vorliegt.

Die Entscheidung, welche Maßnahmen zur nachhaltigen Steigerung der Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen geeignet und angemessen sind, liegt im Verantwortungsbereich der Landkreise bzw. kreisfreien Städte. Die hier beschriebenen Maßnahmen sind als Empfehlungen anzusehen und können bedarfs- und situationsgerecht durch die Landkreise bzw. kreisfreien Städte ausgestaltet werden.

Auf der Grundlage der Unterrichtung durch die Zentrale Stelle nimmt das Gesundheitsamt Kontakt zu den Eltern bzw. Sorgeberechtigten des Kindes auf. Die erste Kontaktaufnahme kann schriftlich oder auch telefonisch erfolgen. Dabei berät das Gesundheitsamt über Inhalt und Zweck der ausstehenden Früherkennungsuntersuchung und insbesondere über die Bedeutung des Nachholens der versäumten Untersuchung. Das Gesundheitsamt bittet um umgehende Teilnahme an der Untersuchung und um Übersendung eines beigefügten Rückmeldeformulars (z. B. innerhalb von 7 Tagen). Gleichzeitig wird die persönliche oder ggf. telefonische Kontaktaufnahme zum Gesundheitsamt angeboten. Kommt eine Kontaktaufnahme innerhalb der angegebenen Zeit nicht zustande, sollte das Gesundheitsamt aufsuchend durch einen Hausbesuch tätig werden. Dieser sollte den Eltern bzw. Sorgeberechtigten vorher angekündigt werden. Hierbei ist darauf zu achten, dass der Hausbesuch nicht als Drohung und behördliche Kontrolle aufgefasst wird, sondern als Angebot zur gesundheitlichen Aufklärung und Information verstanden wird.

Die Versuche der Kontaktaufnahme sollten vom Gesundheitsamt in geeigneter Weise dokumentiert werden. Bei Bedarf vermittelt das Gesundheitsamt die notwendigen Kontakte zu einer Ärztin/einem Arzt. Für den Fall, dass eine Untersuchung bei einer niedergelassenen Ärztin/ einem niedergelassenen Arzt aus bestimmten Gründen nicht möglich ist, kann das Gesundheitsamt subsidiär die Durchführung einer Untersuchung anbieten.

Sollte eine Kontaktaufnahme mit den Eltern bzw. Sorgeberechtigten nicht möglich sein und auch keine Rückmeldung über die Durchführung der Untersuchung im Gesundheitsamt eingehen, ist dies allein noch kein Hinweis auf eine Kindswohlgefährdung. Liegen aber dem Gesundheitsamt gewichtige Anhaltspunkte vor, bei denen nicht auszuschließen ist, dass eine Kindswohlgefährdung möglich wäre, nimmt das Gesundheitsamt mit dem zuständigen Jugendamt Kontakt

## Musteranschreiben

auf, das seinerseits u. U. gemeinsam mit dem Gesundheitsamt geeignete und notwendige Hilfen anbietet und weitere erforderliche Maßnahmen ergreift.

Informationen an andere Stellen, wie Polizei, bleiben davon unberührt.

Die enge Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst ermöglicht einen effektiveren Kinderschutz.

### 3. Musteranschreiben

Folgende Seiten umfassen Musteranschreiben, die im Rahmen des Zentralen Einladungs- und Rückmeldewesens verwendet werden. Die Einladungen und Erinnerungen an U6, U7 und U8 sowie die Einladungen zu U7a, U9 und J1 werden durch die Zentrale Stelle versandt (siehe 3.1). weiterhin finden sich auch Vorlagen für Anschreiben und Rückmeldeformular, welche durch die Gesundheitsämter im Rahmen der Klärung der Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen Verwendung finden können (siehe 3.2).



## 3.1 Musteranschreiben durch die Zentrale Stelle



LAND BRANDENBURG

Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit  
Abteilung Gesundheit | Zentrales Einladungs- und Rückmeldewesen  
Großbeerenstr. 181 - 183 | 14482 Potsdam

**Landesamt für Arbeitsschutz,  
Verbraucherschutz und  
Gesundheit**  
Abteilung Gesundheit

«Vorname» «Nachname»  
«Strasse»  
«Plz» «Stadt»

Bearb.: Hr. Dr. med. Jatzkowski  
Gesch.-Z.: «Prozessnummer»  
Telefon: 0331 8683 - 845  
Telefax: 0331 27548-4545  
Internet: <http://lavq.brandenburg.de>

Potsdam, «Datum»

**Jetzt steht die Früherkennungsuntersuchung U7 an**

Liebe/Lieber «VornameK»,

für Kinder Deines Alters bieten gesetzliche und auch private Krankenkassen die kostenlose Früherkennungsuntersuchung U7 an (21. – 24. Lebensmonat), damit auftretende Krankheiten und Entwicklungsverzögerungen frühzeitig erkannt werden können. Zu dieser Früherkennungsuntersuchung möchten wir Dich - wie alle Kinder in Deiner Altersgruppe im Land Brandenburg – herzlich einladen.\*

**Was die Ärztin/der Arzt untersucht ...**

Seit der letzten Früherkennungsuntersuchung ist etwa ein ganzes Jahr vergangen und Du bist aus dem Babyalter herausgewachsen. Umso wichtiger ist es nun, wie Du Dich körperlich und geistig entwickelt hast. Die Ärztin/der Arzt prüft z. B., inwieweit die selbstständige Bewegungsfähigkeit, die Reaktionen auf Anregungen und Verbote und auch die gesprochene Sprache entwickelt sind. Außerdem wird die Vollständigkeit des Impfstatus überprüft; noch ausstehende Impfungen werden ggf. nachgeholt.

**Was ist zu tun?**

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte, bitte nehmen Sie diese für Ihr Kind wichtige Untersuchung wahr und vereinbaren Sie einen Termin mit Ihrer Kinderärztin/Ihrem Kinderarzt oder Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt.

Zu diesem Termin bitte folgende Unterlagen nicht vergessen:

- **den Impfpass,**
- **das gelbe Untersuchungsheft und**
- **dieses Schreiben.**

Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt hat nach der Untersuchung die Aufgabe, dieses Schreiben ausgefüllt an die nebenstehende Nummer zu faxen.

Sitz des LAVG:  
Horstweg 57  
14478 Potsdam

Postanschrift:  
Abteilung Gesundheit - Zentrales Einladungs- und Rückmeldewesen  
Großbeerenstr. 181 - 183  
14482 Potsdam

Arztbestätigung:

**Bitte per Fax an:  
0331 27548-4545**

Datum mit Stempel des Arztes

Falls Ihre Ärztin/Ihr Arzt in einem Bundesland außerhalb von Brandenburg niedergelassen ist, so gewährleisten Sie bitte auch in diesem Fall, dass uns die mit Datum und Arztstempel versehene Untersuchungsbestätigung per Fax zugeht.

Mit freundlichen Grüßen

«Prozessnummer»



Dr. med. Sascha Jatzkowski MPH

\* § 7 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG)  
**Einladungs- und Rückmeldewesen zu den Früherkennungsuntersuchungen**

- (1) Die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wirken auf eine erhöhte Teilnahmequote der Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hin. Das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit lädt als Zentrale Stelle alle Kinder entsprechend ihrem Alter zeitnah jeweils zu den für Kinder im Alter vom vollendeten neunten bis zum vollendeten 66. Lebensmonat und nach Vollendung des zehnten Lebensjahres vorgesehenen Untersuchungen nach § 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder, soweit die Kinder nicht gesetzlich versichert sind, zu entsprechenden ärztlichen Untersuchungen ein. Die Meldebehörden haben durch Übermittlung der in § 6 Abs. 2 Satz 3 genannten Daten sicherzustellen, dass das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit ab dem 1. Juni 2008 über die aktuellen Daten der Kinder, die zwischen sieben und 58 oder zwischen 144 und 150 Lebensmonate alt sind, verfügt.
- (2) Ärztinnen und Ärzte, die eine Untersuchung nach Absatz 1 im neunten bis 13., 20. bis 27. oder 43. bis 50. Lebensmonat durchgeführt haben, übermitteln dem Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit unverzüglich nach erfolgter Untersuchung die in Absatz 1 Satz 3 genannten Daten.
- (3) Das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit lädt diejenigen Kinder erneut zu einer Untersuchung nach Absatz 1 ein, bei denen nicht bekannt ist, ob sie an der betreffenden Untersuchung teilgenommen haben oder sich aufgrund einer schweren chronischen Erkrankung oder Behinderung in kontinuierlicher ärztlicher Behandlung befinden.
- (4) Die Daten nach Absatz 1 Satz 3 derjenigen Kinder, bei denen ungeachtet eines zweiten Einladungsschreibens nach Absatz 3 nicht bekannt ist, ob sie an einer altersentsprechenden Untersuchung teilgenommen haben, leitet das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit an den zuständigen Landkreis oder die kreisfreie Stadt weiter. Diese treffen geeignete und angemessene Maßnahmen, um auf eine erhöhte Teilnehmerate an den Früherkennungsuntersuchungen hinzuwirken.



LAND BRANDENBURG

Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit  
Abteilung Gesundheit | Zentrales Einladungs- und Rückmeldewesen  
Großbeerenstr. 181 - 183 | 14482 Potsdam

**Landesamt für Arbeitsschutz,  
Verbraucherschutz und  
Gesundheit**  
Abteilung Gesundheit

«Vorname» «Nachname»  
«Strasse»  
«Plz» «Stadt»

Bearb.: Hr. Dr. med. Jatzkowski  
Gesch.-Z.: «Prozessnummer»  
Telefon: 0331 8683 - 845  
Telefax: 0331 27548-4545  
Internet: <http://lavg.brandenburg.de>  
E-Mail: [ZER@LAVG.Brandenburg.de](mailto:ZER@LAVG.Brandenburg.de)

Potsdam, «Datum»

**Bitte nicht vergessen! Die Früherkennungsuntersuchung U7 steht an**

Liebe/Lieber «VornameK»,

wir hatten Dich vor 7 Monaten angeschrieben, um auf den fälligen Untersuchungstermin zu Deiner U7 hinzuweisen. Leider haben wir bisher keine Rückmeldung Deiner Ärztin/Deines Arztes erhalten, ob die Untersuchung erfolgte. Deshalb möchten wir nochmals an das Angebot der Früherkennungsuntersuchung erinnern.\*

**Was ist jetzt zu tun?**

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte, damit Ihr Kind noch die U7 erhalten kann, vereinbaren Sie bitte bei Ihrer Kinderärztin/Ihrem Kinderarzt oder Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt zeitnah einen Termin für diese Untersuchung.

**Bringen Sie bitte zu diesem Termin mit:**

- den Impfausweis,
- das gelbe Untersuchungsheft und
- dieses Schreiben.

Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt hat die Aufgabe, nach der Untersuchung dieses Schreiben ausgefüllt als Bestätigung an die nebenstehende Nummer zu faxen. Falls Ihre Ärztin/Ihr Arzt in einem Bundesland außerhalb von Brandenburg niedergelassen ist, so veranlassen Sie bitte auch dort, dass die Untersuchungsbestätigung an uns gefaxt wird.

**Warum sollte Ihr Kind an den Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen?**

Jede Untersuchung hat besondere Schwerpunkte. Allen gemeinsam ist, dass untersucht wird, ob sich Anzeichen für bestimmte Krankheiten zeigen und ob die Entwicklung Ihres Kindes altersentsprechend ist. Außerdem berät Sie Ihre

Sitz des LAVG:  
Horstweg 57  
14478 Potsdam

Postanschrift:  
Abteilung Gesundheit - Zentrales Einladungs- und Rückmeldewesen  
Großbeerenstr. 181 - 183  
14482 Potsdam

Arztbestätigung:

**Bitte per Fax an:  
0331 27548-4545**

Datum mit Stempel des Arztes

Ärztin oder Ihr Arzt, was in der nächsten Zeit bei Ihrem Kind gesundheitlich zu beachten ist.

**Was geschieht, wenn keine Untersuchungsbestätigung der Ärztin/des Arztes vorliegt?**

«Prozessnummer»

Wenn keine Untersuchungsbestätigung bei uns eingeht, wird das zuständige Gesundheitsamt Ihres Landkreises/Ihrer kreisfreien Stadt informiert, um mit Ihnen im Interesse der Gesundheit Ihres Kindes Kontakt aufzunehmen.

Falls Sie die Untersuchung bereits wahrgenommen haben, bitten wir Sie, uns dies mitzuteilen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Sascha Jatzkowski MPH

**\* § 7 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG)  
Einladungs- und Rückmeldewesen zu den Früherkennungsuntersuchungen**

(1) Die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wirken auf eine erhöhte Teilnahmequote der Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hin. Das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit lädt als Zentrale Stelle alle Kinder entsprechend ihrem Alter zeitnah jeweils zu den für Kinder im Alter vom vollendeten neunten bis zum vollendeten 66. Lebensmonat und nach Vollendung des zehnten Lebensjahres vorgesehenen Untersuchungen nach § 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder, soweit die Kinder nicht gesetzlich versichert sind, zu entsprechenden ärztlichen Untersuchungen ein. Die Meldebehörden haben durch Übermittlung der in § 6 Abs. 2 Satz 3 genannten Daten sicherzustellen, dass das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit ab dem 1. Juni 2008 über die aktuellen Daten der Kinder, die zwischen sieben und 58 oder zwischen 144 und 150 Lebensmonate alt sind, verfügt.

(2) Ärztinnen und Ärzte, die eine Untersuchung nach Absatz 1 im neunten bis 13., 20. bis 27. oder 43. bis 50. Lebensmonat durchgeführt haben, übermitteln dem Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit unverzüglich nach erfolgter Untersuchung die in Absatz 1 Satz 3 genannten Daten.

(3) Das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit lädt diejenigen Kinder erneut zu einer Untersuchung nach Absatz 1 ein, bei denen nicht bekannt ist, ob sie an der betreffenden Untersuchung teilgenommen haben oder sich aufgrund einer schweren chronischen Erkrankung oder Behinderung in kontinuierlicher ärztlicher Behandlung befinden.

(4) Die Daten nach Absatz 1 Satz 3 derjenigen Kinder, bei denen ungeachtet eines zweiten Einladungsschreibens nach Absatz 3 nicht bekannt ist, ob sie an einer altersentsprechenden Untersuchung teilgenommen haben, leitet das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit an den zuständigen Landkreis oder die kreisfreie Stadt weiter. Diese treffen geeignete und angemessene Maßnahmen, um auf eine erhöhte Teilnehmerate an den Früherkennungsuntersuchungen hinzuwirken.

## 3.2 Musteranschreiben durch das Gesundheitsamt

«Musterkreis/Musterkreisfreie Stadt»  
 «Gesundheitsamt, KJGD»  
 «Anschrift»  
 «Telefon-Nr., E-Mail-Adresse»

«Vorname» «Nachname»

«Straße»

«PLZ» «Stadt»

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

damit Ihr Kind gesund aufwachsen kann, ist es wichtig, dass Krankheiten und Entwicklungsstörungen frühzeitig erkannt werden. Dazu bieten die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen Früherkennungsuntersuchungen an. Durch die Abteilung Gesundheit im Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) wurde Ihr Kind zur Früherkennungsuntersuchung U ... eingeladen und in einem zweiten Schreiben an die Wahrnehmung erinnert. Leider liegt über die Teilnahme an der oben genannten Früherkennungsuntersuchung keine Rückmeldung durch Ihre Ärztin/Ihren Arzt vor. Die Abteilung Gesundheit des LAVG hat uns hierüber als zuständiges Gesundheitsamt informiert, damit wir zu Ihnen Kontakt aufnehmen\*

Möglicherweise hat die Untersuchung inzwischen stattgefunden, ohne dass eine Meldung im LAVG eingegangen ist oder Sie haben bereits einen Termin bei Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt vereinbart.

Bitte schicken Sie das beigefügte Rückmeldeformular innerhalb von 7 Tagen an uns zurück. Sie können auch persönlich oder telefonisch mit uns Kontakt aufnehmen. Diese kurze Frist ist notwendig, da die Untersuchung nur innerhalb einer bestimmten Frist durchgeführt werden kann.

Liebe Eltern/Sorgeberechtigte bitte nehmen Sie im Interesse der Gesundheit Ihres Kindes diese wichtige Untersuchung wahr und vereinbaren Sie schnellstmöglich einen Termin bei Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt, wenn eine Vorstellung noch nicht erfolgt sein sollte.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung. Sie erreichen uns « ... »

Mit freundlichen Grüßen

\*§ 7 Abs. 4 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz:

Die Daten nach Absatz 1 Satz 3 derjenigen Kinder, bei denen ungeachtet eines zweiten Einladungsschreibens nach Absatz 3 nicht bekannt ist, ob sie an einer altersentsprechenden Untersuchung teilgenommen haben, leitet das LAVG den zuständigen Landkreis oder die kreisfreie Stadt weiter. Diese treffen geeignete und angemessene Maßnahmen, um auf eine erhöhte Teilnehmerate an den Früherkennungsuntersuchungen hinzuwirken.

«Musterkreis/Musterkreisfreie Stadt»  
«Gesundheitsamt, KJGD»  
«Anschrift»  
«Telefon-Nr., E-Mail-Adresse»

### Rückmeldeformular

Name, Vorname des Kindes: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Hiermit bestätige ich, dass mein Kind an der Früherkennungsuntersuchung U .....

am: .....

bei: ..... (Name der Ärztin/des Arztes)

teilgenommen hat.

Ich bin damit einverstanden, dass bei o. g. Ärztin/Arzt seitens des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes eine Rückfrage über die Teilnahme erfolgen kann.

---

Sehr geehrte Frau Kollegin, Sehr geehrter Herr Kollege,

bitte unterstützen Sie die Bemühungen zur Steigerung der Teilnahmeraten an den Früherkennungsuntersuchungen im Interesse der Gesundheit Ihrer Patienten. Wir bitten Sie, untenstehende Angaben zu machen und den Sorgeberechtigten diese Benachrichtigung zur Weiterleitung an uns zu übergeben.

Das Kind ..... wurde am ..... in unserer Praxis vorgestellt und hat an der U ..... teilgenommen.

Mit freundlichen Grüßen

**Bildnachweis Titelseite**  
© goodluz - stock.adobe.com

Stand: Juli 2024

Layout: September 2024