

Anne Bredel-Geißler, Peter Martin, Anja Grimmer (Hg.)
Klinische Symptome
bei Menschen mit neuronalen Entwicklungsstörungen

Mensch und Medizin

Anne Bredel-Geißler, Peter Martin,
Anja Grimmer (Hg.)

Klinische Symptome bei Menschen mit neuronalen Entwicklungsstörungen

Ein Leitfaden zur Differenzialdiagnostik

Mit Beiträgen von Norbert Bohnert, Katharina Bücher,
Gloria Dorsch, Thomas Dreher, Guido Elsäßer,
Hauke Hermann, Markus Knuf, Eva Ledig, Verona Mau,
Christian Münter, Margarete Nowag, Georg Poppele,
Martin Rohlf, Petra Rösl, Tanja Sappok, Petra Schulz,
Jörg Stockmann, Tatjana Voss, Tobias Wagner
und Meike Wehmeyer

Psychozial-Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

© 2023 Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG, Gießen

info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form

(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)

ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert

oder unter Verwendung elektronischer Systeme

verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Kunstwerk eines Menschen mit Behinderung

Umschlaggestaltung und Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

ISBN 978-3-8379-3257-7 (Print)

ISBN 978-3-8379-7993-0 (E-Book-PDF)

Inhalt

Zu diesem Buch	9
Erstvorstellung im MZEB <i>Norbert Bohnert</i>	15
Adipositas <i>Georg Poppele & Margarete Nowag</i>	27
Anfälle <i>Anne Bredel-Geißler</i>	41
Störungen der Atmung <i>Verona Mau</i>	53
Chronische Obstipation <i>Jörg Stockmann</i>	65
Dermatologische Symptome <i>Markus Knuf</i>	77
Diarrhoe <i>Martin Rohlf</i>	93
Erbrechen <i>Tobias Wagner</i>	105
Ungewollter Gewichtsverlust <i>Martin Rohlf</i>	117

Harninkontinenz <i>Anne Bredel-Geißler</i>	131
Neuromuskuläre Skoliosen <i>Peter Martin & Thomas Dreher</i>	141
Ödeme <i>Petra Schulz, Christian Münter & Eva Ledig</i>	151
Rezidivierende Infekte <i>Georg Poppele & Petra Schulz</i>	167
Schlafstörungen <i>Anja Grimmer</i>	183
Schluckstörungen <i>Anja Grimmer</i>	203
Schmerzen <i>Peter Martin & Jörg Stockmann</i>	213
Sehen und Sehstörungen <i>Verona Mau & Petra Rösl</i>	227
Sexualität <i>Gloria Dorsch, Meike Wehmeyer & Tatjana Voß</i>	243
Stuhlinkontinenz <i>Anne Bredel-Geißler</i>	265
Verhaltensstörungen <i>Meike Wehmeyer, Hauke Hermann & Tanja Sappok</i>	277
Verschlechterung kognitiv-mnestischer Funktionen <i>Peter Martin</i>	297

Verschlechterung motorischer Funktionen bei Cerebralpareesen (CP) im Erwachsenenalter	311
<i>Peter Martin</i>	
Zahnschmerzen	327
<i>Katharina Bücher & Guido Elsäßer</i>	
Abkürzungen	337

Zu diesem Buch

Bei Menschen mit komplexen Entwicklungsstörungen sind selbst gut behandelbare medizinische Probleme oder Komplikationen signifikant häufiger und die Prognose deutlich schlechter als bei Menschen mit typischer Entwicklung. Die Gründe sind vielfältig. So ist das Gesundheitssystem bisher nicht auf die besonderen Bedürfnisse dieser Menschen ausgerichtet, weder strukturell-organisatorisch noch im Hinblick auf die fachliche Expertise.

Klinische Symptome werden auch aus weiteren Gründen oft nicht oder zu spät erkannt oder aber falsch interpretiert:

- Je häufiger klinische Merkmale bei einer spezifischen Zielgruppe von Patientinnen und Patienten gesehen werden, desto weniger nimmt man diese als beachtenswertes Phänomen wahr. Sie erscheinen plausibel und werden ohne gründliche Analyse zur Kenntnis genommen, auch wenn sie bei Patientinnen oder Patienten neu auftreten oder sich verändern. Hierzu gehören z. B. anfallsartig auftretende Symptome, Veränderungen des Muskeltonus, Inkontinenz, Schluck- oder Atemstörungen, Veränderungen des Gewichts oder des Verhaltens und andere Symptome.
- Behinderungsmerkmale bei Menschen mit neuronalen Entwicklungsstörungen zeigen eine enorme Variabilität und Bandbreite und beeinflussen sich gegenseitig. Symptome oder Medikamenteneffekte präsentieren sich oft untypisch.
- Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen, Sinnesstörungen und Störungen der verbalen Kommunikationsmöglichkeit können Beschwerden häufig nicht angemessen oder nicht mitteilen. Für Menschen mit schweren Entwicklungsstörungen entscheiden über Diagnostik und Therapie in der Regel Ärztinnen und Ärzte, medizinische Fachkräfte und das persönliche Umfeld, welches oft von der eigenen gesundheitlichen Situation aus urteilt.

Das vorliegende Buch widmet sich klinischen Problemen, die bei Menschen mit komplexen Entwicklungsstörungen häufig sind und eine besondere diagnostische und differenzialdiagnostische Herausforderung darstellen. Es wurde in der Absicht konzipiert, und unter Mitarbeit zahlreicher Autorinnen und Autoren geschrieben, um im klinischen Alltag eine Orientierung und einen Leitfaden bei wichtigen klinischen Problemen zu geben. Die Autorinnen und Autoren gehen auf spezifische diagnostische Möglichkeiten bei eingeschränkter Mitarbeitsmöglichkeit ein. Auf seltene Konstellationen bei bestimmten Syndromen wird hingewiesen. Beispiele aus dem klinischen Alltag verdeutlichen, dass bei klinischen Problemen bei diesen Personen sowohl nach syndromspezifischen, aber auch nach davon unabhängigen, häufig auch nicht alltäglichen Ursachen gesucht werden muss. Die Autorinnen und Autoren haben überwiegend jahrelange Erfahrung in der medizinischen Betreuung von Menschen mit neuronalen Entwicklungsstörungen, so dass hier ein enormer Erfahrungsschatz präsentiert werden kann.

Das Herausgeberteam hatte seit der Planung dieses Buches besondere diagnostische Probleme bei erwachsenen Personen mit angeborenen oder früh erworbenen Entwicklungsstörungen im Blick – speziell bei Patienten und Patientinnen, die Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEb) aufsuchen. Dies scheint zunächst eine Zielgruppe zu sein, die präzise definiert ist und für die entsprechend differenzialdiagnostische Überlegungen gezielt angestellt werden und diagnostische Pfade zielgerichtet beschränkt werden können.

Beides ist jedoch häufig nicht der Fall. Warum dies so ist, hat vielfältige Gründe. Menschen mit früh erworbenen oder angeborenen Entwicklungsstörungen wie intellektuelle Beeinträchtigungen, Cerebralpareesen oder Störungen des autistischen Spektrums zeigen jeweils ganz unterschiedliche, genetisch oder gehirnmorphologisch determinierte Behinderungsbilder hinsichtlich zahlreicher Aspekte der Ausprägung der Behinderung, des Zusammentreffens der unterschiedlichen neuronalen Entwicklungsstörungen (z. B. Cerebralparese und intellektuelle Beeinträchtigung) sowie der Komorbiditäten bzw. zusätzlich auftretender Sinnesstörungen. Vorhandene Behinderungsmerkmale beeinflussen sich gegenseitig, zudem wirken individuelle Kontextfaktoren auf die gesundheitliche Entwicklung. Dadurch sind Diagnostik, differenzialdiagnostische Überlegungen und Strategien im klinischen Alltag erschwert, im Einzelfall kompliziert und schwierig. Zu denken ist hier zum Beispiel an Personen, die von einem definierten gene-

tischen Syndrom betroffen sind, sich jedoch in der klinischen Ausprägung des Syndroms, in den Organsystemen, die von diesem Syndrom betroffen sind, untereinander deutlich unterscheiden.

Die Tatsache, dass Entwicklungsstörungen in der Bevölkerung insgesamt nicht häufig vorkommen und die jeweilige klinische Ausprägung sehr unterschiedlich ist, erklären, warum es so schwierig ist, in Bezug auf Diagnostik und Therapie bei dieser Personengruppe belastbare und im klinischen Alltag verwendbare evidenzbasierte Daten zu erhalten.

So wird es in der Praxis immer darum gehen, rationale und individuell angemessene diagnostische und therapeutische Wege zu beschreiten, die sich an Evidenzen orientieren, die für Personen mit typischer Entwicklung zur Verfügung stehen.

Dabei müssen für die Entscheidungsfindung immer die genannten Unschärfen und Lücken unter Berücksichtigung der individuellen Situation der jeweiligen Patientin bzw. des jeweiligen Patienten im Bewusstsein bleiben.

Aufgrund von Faktoren wie Sinnesstörungen (v. a. Hör- und Sehstörungen), kognitiv-intellektueller und Verhaltensbesonderheiten, des intellektuellen und emotionalen Entwicklungsniveaus und der Kommunikationsmöglichkeiten bestehen für jede zur Untersuchung kommende Person mit neuronaler Entwicklungsstörung unterschiedliche Voraussetzungen in Bezug auf das Erheben der Anamnese, der Aufklärung über mögliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen sowie die klinische und apparative Untersuchung. Diese entscheidend wichtigen Aspekte, oftmals als »soft skills« bezeichnet, aber auch Aspekte der Haltung sollen und können in diesem Buch nicht vermittelt werden, auch wenn sie in Bezug auf den medizinischen Behandlungserfolg grundlegend sind.

Hierher gehört auch die unterstützte Entscheidungsfindung, ein Prinzip, das Ärztinnen und Ärzte stets und selbstverständlich berücksichtigen müssen, um Patientinnen und Patienten davor zu bewahren, diagnostische und therapeutische Maßnahmen in einer Weise über sich ergehen lassen zu müssen, in der sie dies selbst nicht haben möchten.

Schließlich soll auch auf formale Aspekte des vorliegenden Buches kurz eingegangen werden. Jedes Kapitel hat den gleichen Aufbau und wird mit einer Fallvignette eingeleitet. Diese, möglicherweise starr anmutende Struktur soll die Lesbarkeit und Orientierung für die Leserinnen und Leser erleichtern.

In Bezug auf das Gendering haben wir uns entschieden, die weibliche

und männliche Bezeichnung zu verwenden, diversgeschlechtliche Personen beziehen wir in der gewählten Schreibweise explizit mit ein.

Die Autorinnen und Autoren der Kapitel haben unterschiedliche Begrifflichkeiten für die Menschen, um die es uns geht, verwendet. Die Bezeichnungen »geistige Behinderung«, »Intelligenzminderung«, »intellektuelle Entwicklungsstörung«, »neuronale Entwicklungsstörung«, »Störung der Intelligenzentwicklung«, »intellektuelle Beeinträchtigung« werden synonym verwendet und meinen Patientinnen und Patienten, deren Intelligenzniveau von der sogenannten durchschnittlichen Norm abweicht und unterhalb eines Intelligenzquotienten von 70 liegt, die kognitive Störung besteht seit Geburt oder wurde vor dem 18. Lebensjahr erworben. In der ICD-10 wird von einer »Intelligenzstörung« gesprochen, die folgendermaßen erklärt wird: »Ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten« (ICD-10-GM Version 2023). In der ersten Entwurfsfassung der deutschen Übersetzung der ICD-11 ist im Kapitel 6 von neuronalen Entwicklungsstörungen die Rede (11. Revision der ICD der WHO (ICD-11) in Deutsch – Entwurfsfassung 2022). Dem Herausgeber team war es wichtig, keine Festlegung auf einen einzelnen Begriff vorzunehmen, um die Vielfalt der Bezeichnungen, die verwendet werden, zu erhalten.

Dieses Buch versteht sich ausdrücklich als diagnostischer Leitfaden. Auf Therapien wird grundsätzlich nicht eingegangen. Ausnahmen finden sich in den Kapiteln »Verhaltensstörungen«, »Sexualität« und »Zahnschmerzen und orale Schmerzen«, weil wir diese Themen aus humanmedizinischer Perspektive als besonders speziell angesehen haben. Die Autorinnen und Autoren dieser Professionen geben in den Disziplinen außerhalb der Humanmedizin (Zahnmedizin, Psychotherapie, Pädagogik) wichtige Hinweise und Denkanstöße, die in den Curricula der Humanmedizin für diese spezielle Personengruppe nicht ausreichend Platz haben. Medizinisch-therapeutische Empfehlungen entsprechen ansonsten in vielen Einzelaspekten teilweise den aktuellen allgemeinen Leitlinien (z. B. Protonenpumpenhemmer bei gastroösophagealem Reflux), teilweise führen aber auch nur individuelle, an klinischer Erfahrung orientierte therapeutische Strategien weiter. Insgesamt ist die Datenlage für viele therapeutische Maßnahmen aber dünn. Diesem umfangreichen Thema mit dem dazugehörigen Diskussionsbedarf kann in diesem Band nicht genügend Raum gewährt werden.

Die Themen, denen sich das vorliegende Buch widmet, sehen wir im klinischen Alltag häufig. Sie stellen oft differenzialdiagnostische Herausforderungen dar. Wir betonen, dass mit der Auswahl der Kapitel kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden soll. Viele weitere Symptomkonstellationen, die uns täglich begegnen, sind noch nicht berücksichtigt worden. Die Bearbeitung weiterer Themen soll künftige Aufgabe sein.

Wahrscheinlich noch mehr als in anderen Gebieten der Medizin ist der klinischen Erfahrung und der angemessenen Zuwendung aller Beteiligten in der Medizin für Menschen mit intellektueller oder mehrfacher Beeinträchtigung ein sehr hoher Stellenwert zuzumessen. Wir hoffen, dazu beizutragen zu können, dass die Leserinnen und Leser, basierend auf möglichst viel glückender Diagnostik, für ihre klinische Tätigkeit von der Lektüre profitieren können.

*Anne Bredel-Geißler
Anja Grimmer
Peter Martin*

Erstvorstellung im MZEB

Norbert Bohnert

1. Fallbeispiel

Vorgestellt wird ein 19-jähriger junger Mann, bei dem eine neuronale Entwicklungsstörung im Sinne einer mindestens als mittelgradig einzustufenden geistigen Behinderung besteht und bei dem neben einer schwer behandelbaren Epilepsie auch zahlreiche Verhaltensauffälligkeiten beschrieben sind, die sich v. a. in einer psychomotorischen Unruhe, lautem Rufen und Schreien sowie fremd- und sachschädigenden Handlungen ausdrücken. Als Anliegen in Bezug auf die Behandlung im MZEB wurde eine Verbesserung der Anfallssituation, die Umstellung auf eine besser verträgliche Medikation und ganz grundsätzlich die Möglichkeit einer dauerhaften neuropsychiatrisch-epileptologischen Mitbetreuung angegeben. Nach jahrelanger ambulanter und stationärer Behandlung in einem neuropädiatrischen Zentrum und anschließend bei einem niedergelassenen neuropädiatrischen Kollegen bestand mit Erreichen des 18. Lebensjahres keine kontinuierliche nervenärztliche Betreuung mehr. Grund hierfür war neben der schwer behandelbaren Epilepsie auch die komplizierte psychosoziale Situation des jungen Mannes: Die getrenntlebenden Eltern, die ab dem 16. Lebensjahr beide als Sorgeberechtigte galten, beurteilten die Anfallssituation und die Verhaltensweisen ihres Sohnes unterschiedlich. Auch hinsichtlich der Einschätzung der Selbstständigkeit und des Unterstützungsbedarfs des Patienten im Alltag sowie in Bezug auf die notwendigen Fördermaßnahmen bestand keine Einigkeit. Mit Erreichen der Volljährigkeit wurde vom zuständigen Betreuungsgericht ein Berufsbetreuer bestimmt. Beim Erstkontakt waren beide Eltern anwesend, der Berufsbetreuer war allerdings kurzfristig verhindert.

Das Erstgespräch wurde von einer Heilpädagogin und einem Neurologen durchgeführt. Nachdem zunächst von den Eltern der Wunsch geäußert

worden war, das Anamnesegespräch getrennt voneinander durchzuführen, konnten sie sich jedoch schließlich einigen, gemeinsam dabei zu sein. Aufgrund der ausgeprägten Unruhe des Patienten war es im Verlauf nötig, dass sich jeweils ein Elternteil bei geöffneter Tür vor dem Sprechzimmer um deren Sohn kümmerte. Es wurde berichtet, dass er erst zwei Tage zuvor aus einer akutpsychiatrischen Behandlung entlassen worden war. Grund für die stationäre psychiatrische Aufnahme war zunehmend sach- und fremdschädigendes Verhalten der Mutter gegenüber gewesen. Beide Elternteile hatten umfangreiche schriftliche Unterlagen (teilweise ärztliche und therapeutische Berichte, teilweise eigene Aufzeichnungen und Notizen) mitgebracht. Dabei formulierten sie auch ihr Anliegen, mit den Unterlagen ihre jeweilige Sicht der Dinge zu untermauern und zu »beweisen«. Angesichts der zwischenzeitlich weit fortgeschrittenen Zeit und im Hinblick auf die zunehmende Unruhe des Patienten, konnten keine körperliche Untersuchung und auch keine apparativen Zusatzuntersuchungen mehr durchgeführt werden. Wir beschränkten uns auf eine Blutabnahme und nutzten die verbliebene Zeit, um mit dem Patienten und seinen Eltern ein zusammenfassendes Gespräch zu führen, in dessen Rahmen wir eine stationäre Aufnahme in unserer Klinik empfahlen und dies ausführlich begründeten.

2. Problembeschreibung

Die erstmalige Vorstellung von Patientinnen und Patienten in einem MZEB stellt insgesamt eine recht besondere Situation dar. Dies ist zum einen der Tatsache geschuldet, dass viele Patientinnen und Patienten eine sehr umfangreiche und komplizierte (Kranken-)Geschichte mitbringen und dabei vielfache und oft sehr unangenehme und belastende Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem gemacht haben. Zum anderen können sich viele Patientinnen und Patienten nicht oder nur sehr eingeschränkt verbal äußern. Daher können sie oft nur wenig oder nichts zum Anlass für die Vorstellung sagen oder ihre Fragen, Anliegen, Hoffnungen und auch Sorgen mitteilen, die sich mit der Konsultation verbinden. Auch können sie sich daher oft nicht dazu äußern, wie sich die aktuelle Situation entwickelt hat. Dementsprechend ist es wichtig, dass dieses erste Treffen gut vorbereitet ist, ausreichend Zeit und Raum für die Konsultation zur Verfügung steht, dass die erforderlichen Informationen gut fassbar gemacht werden können und dass die Patientin oder der Patient selbst in die Anam-

neseerhebung und Untersuchung angemessen mit einbezogen wird. Es ist erforderlich, möglichst viele Aspekte des täglichen Lebens der Patientin oder des Patienten zu erfassen, um etwa ein zunehmend verändertes Verhalten von Menschen, die sich nicht oder nur schwer verbal ausdrücken können, möglichst gut einordnen, die vorgetragenen Anliegen bewerten und im Verlauf auch Empfehlungen und Behandlungsvorschläge aussprechen zu können. Nicht zuletzt kann ein ausführliches Anamnesegespräch und eine eingehende körperliche Untersuchung dazu beitragen, eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung zu entwickeln und gegenseitiges Vertrauen zu fördern, wenn es dadurch gelingt zu vermitteln, dass Ärztin oder Arzt und Therapeutinnen und Therapeuten ein ehrliches Interesse an dem Menschen haben und versuchen, ihn und ihre oder seine Anliegen zu verstehen.

Der Weg zu diesem vertrauensvollen Miteinander kann sich indes durchaus schwierig gestalten. Vor allem Erstkontakte können sich kompliziert entwickeln und alle Beteiligten, insbesondere jedoch die Untersucher, müssen in der Lage sein, Kompromisse einzugehen, um ein Fundament für das weitere Vorgehen zu legen. Ein nicht zu unterschätzender Faktor in Bezug auf das Gelingen oder Misslingen dieses Unterfangens ist dabei der hohe Druck, unter dem An- und Zugehörige oft stehen, wenn es darum geht, ihr Anliegen deutlich zu machen. Wird die Zeit ausreichen, die Schwierigkeiten und wie sie sich entwickelt haben, darzulegen? Ist den Untersuchern überhaupt schon einmal ein ähnlicher »Fall« vorgetragen worden? Werden wir freundlich aufgenommen und ernstgenommen? Das sind durchaus Fragen, die uns ausgesprochen oder unausgesprochen immer wieder begegnen. Nicht selten begegnet uns auch tiefes Misstrauen, welches durchaus mit zahlreichen negativen Erfahrungen mit Personen und Institutionen des Gesundheitssystems zu tun hat. Vielfach erleben wir, dass die Problemkonstellationen, die zur Erstvorstellung geführt haben, von den An- und Zugehörigen ganz unterschiedlich wahrgenommen und bewertet werden. Dies kann bei der Erstvorstellung Spannungen und Irritationen führen, die oft schwer zu beherrschen und zu bewältigen sind.

Hilfreich können in der Vorbereitung eines Erstkontaktes Vorinformationen sein, die es z. B. erleichtern, eine schwierige psychosoziale Situation des Patienten zu erfassen. Ebenso hilfreich sind ergänzende Unterlagen, z. B. Vorberichte, die zum Untersuchungstermin mitgebracht werden und selbstverständlich auch eigene schriftliche Aufzeichnungen von An- und Zugehörigen. Oft gelingt es allerdings erst »im Nachgang«, die Bedeu-

tung dieser zusätzlichen Unterlagen zu sortieren und einzuordnen. Auch bei bester Vorbereitung der Erstuntersuchung müssen wir damit rechnen, dass die Konsultation praktisch unter ganz anderen Voraussetzungen stattfindet, als ursprünglich geplant oder angekündigt war. So können Schwierigkeiten bereits durch die Tatsache entstehen, dass nicht alle Beteiligten zum vereinbarten Zeitpunkt erscheinen, Wartezeiten entstehen und Gesprächssituationen eingefordert werden, die den vorgegebenen zeitlichen Rahmen vollkommen sprengen. In letzter Konsequenz kann dies dazu führen, dass auf wesentliche Bestandteile des Erstvorstellungstermins verzichtet werden muss. Dementsprechend kann es erforderlich sein, rasch Folgetermine zu vereinbaren, um etwa Untersuchungen nachzuholen, oder es muss vereinbart werden, bestimmte Informationen zu einem späteren Zeitpunkt einzuholen (z. B. telefonisch oder schriftlich).

Sehr hilfreich ist, wenn zwei UntersucherInnen anwesend sein können, die schon länger zusammenarbeiten und die in schwierigen Situationen zu unterschiedlichen Zeiten auch die Gesprächsführung übernehmen und sich gegenseitig unterstützen können. Ebenso hilfreich ist es, wenn dem Patienten oder der Patientin genügend Raum gegeben werden kann, um die in der Regel doch sehr lange Konsultation mit Unterstützung bewältigen zu können.

Letztlich lassen sich die grundsätzlichen Erfordernisse für das Gelingen einer (Erst-) Vorstellung in einem MZEB aus meiner Sicht durch vier Schlagworte zusammenfassen: »Zeit, Geduld, Platz, Personal«. – Ich möchte noch die Begriffe »Respekt« und »Sorgfalt« ergänzen und zwar sowohl bei den UntersucherInnen wie auch bei den An- und Zugehörigen.

Hieraus ergeben sich formale und inhaltliche Rahmenbedingungen, die im Folgenden stichpunktartig dargestellt werden.

3. Besonderheiten und Rahmenbedingungen

Terminvereinbarung und -vorbereitung

- Bitte um Zusendung/Mitbringen von Unterlagen und Vorbefunden
- Stammdaten, Kontaktadressen der Bezugspersonen
- aktueller Medikamentenplan
- ärztliche Berichte
- Kinderuntersuchungsheft – Früherkennung U1–U9