

KURZBERICHT

Thema	Expertise: Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern im Alter von 6 bis 10 Jahren
Schlüsselbegriffe	Früherkennung, Kinderkrankheiten, Kinderuntersuchung, Screening
Ressort, Institut	Bundesministerium für Gesundheit
Auftragnehmer(in)	Charité - Universitätsmedizin Berlin Das Projekt wurde durch eine Bietergemeinschaft, die die nachstehenden Institutionen umfasste, durchgeführt: Prof. Dr. Birgit Babitsch, Berlin School of Public Health an der Charité - Universitätsmedizin Berlin (Koordination); Dr. Susanna Wiegand, Interdisziplinäres SPZ der Charité-Kinderklinik - Universitätsmedizin Berlin; Dr. Oliver Blankenstein, Institut für Experimentelle Pädiatrische Endokrinologie, Interdisziplinäres SPZ der Charité-Kinderklinik - Universitätsmedizin Berlin, Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Nentwich, Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin; Assoziiertes und beratendes Mitglied der Bietergemeinschaft: Prof. Dr. Annette Grüters-Kieslich, Dekanin der Charité - Universitätsmedizin Berlin.
Projektleitung	Prof. Dr. Birgit Babitsch, Berlin School of Public Health an der Charité, Berlin
Autor(en)	
Beginn	15.06.2009
Ende	15.12.2009

Vorhabensbeschreibung, Arbeitsziele (max. 1.800 Zeichen)

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Rahmen der "Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit" eine Expertise ausgeschrieben, mit der geprüft werden soll, ob es sinnvoll und notwendig ist, die Zeitspanne der Untersuchungen nach § 26 SGB V ("Kinderuntersuchungen" oder "U-Untersuchungen") auf die Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen zu erweitern. Dabei sollte eine klare Abgrenzung zum Aufgabenbereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) vorgenommen werden. Folgende Fragestellungen sollten erarbeitet werden: (1 + 2) Welche Erkrankungen oder Störungen der körperlichen, geistigen und psychischen Entwicklung manifestieren sich in der Altersgruppe der 6- bis 10jährigen Kinder, die durch Untersuchungen in dieser Altersgruppe frühzeitig erkannt und nachfolgend therapiert werden könnten? Wie hoch sind die Prävalenzraten dieser Erkrankungen?

(3) Für welche der genannten Erkrankungen liegen zuverlässige Diagnoseverfahren vor? Welche Erkenntnisse hinsichtlich des Nutzens und hinsichtlich möglicher Risiken liegen für potentiell nachfolgende Therapien vor?

(4) Wie ist der Aufgabenbereich der U-Untersuchungen entsprechend den Festlegungen des § 26 SGB V und den Kinder-Richtlinien vom Aufgabenspektrum des ÖGD entsprechend der Zuständigkeiten der Länder abzugrenzen?

(5) Welche der genannten Erkrankungen und Störungen sind in Bezug auf die Möglichkeiten der Früherkennung dem Aufgabengebiet des § 26 SGB V zuzuordnen?

(6 +7) Bei welchen dieser Erkrankungen und Störungen bestehen Überschneidungen mit den Aufgaben des ÖGD? Welche Erkrankungen werden durch den ÖGD (z.B. im Rahmen der Schuluntersuchungen) bereits identifiziert?

(8) Ist es sinnvoll und notwendig das Früherkennungsprogramm des § 26 SGB V auf 6- bis 10jährige Kinder auszuweiten?

(9) Existieren bereits im nationalen oder internationalen Kontext Früherkennungsprogramme bei diesen Altersklassen, die den grundsätzlich vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu prüfenden Anforderungen an vertragsärztliche Leistungen genügen und an die deutschen Gegebenheiten adaptiert werden könnten? Wenn ja: Wie hoch ist deren Akzeptanz? Und welche Bedingungen müssten für eine sinnvolle Adaption beachtet werden?

Durchführung, Methodik

Die Fragestellungen wurden in 15 Arbeitspaketen bearbeitet:

Die Arbeitspakete A, B, C und D dienten vorrangig der Auswahl und Bewertung der in der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen relevanten Erkrankungen und Störungen. Die Auswahl erfolgte auf Grundlage der Prävalenzen des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS), ergänzt durch Sachverständigenrunden. Die Bewertung der Erkrankungen fußt auf einer systematischen Leitlinienrecherche. Zentrales Auswahlkriterium war die methodische Qualität. Diese wurde nach den von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften definierten Entwicklungsstufen bestimmt und immer die höchst mögliche Entwicklungsstufe der Beurteilung zugrunde gelegt.

Die Schnittstelle zwischen den Aufgaben der U-Untersuchungen nach SGB V und dem Aufgabenspektrum des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wurden in den Arbeitspaketen F, G und H untersucht. Zur Abgrenzung der Zuständigkeiten und Aufgabenbereiche des ÖGD wurde die ÖGD-Gesetzgebung einschließlich der Schulgesetze sowie das SGB V in einer juristischen Expertise ausgewertet. Vertieft wurden die Schuleingangsuntersuchungen insbesondere von Berlin und Baden-Württemberg untersucht.

In Arbeitspaket J wurde die Praxis von Früherkennungsuntersuchungen auf nationaler und internationaler Ebene analysiert.

Die Ergebnisse wurden in mehreren Schritten dokumentiert und in die Diskussion mit dem Lenkungsgremium sowie in die Anhörung und die Interviews mit der Sachverständigengruppe eingebracht (Arbeitspakete E, I, K, L, M, N). Der Abschlussbericht greift alle Projekt- und Diskussionsergebnisse auf (Arbeitspaket O).

In das Lenkungsgremium (LG) und in die Sachverständigengruppe (SG) wurden die für die zu bearbeitenden Fragestellungen relevanten Akteure berufen. Beide Gremien leisteten wesentlichen Input zur Projektgestaltung (LG) und zur Ergebnisbeurteilung (LG und SG). Die abschließende Beurteilung in der SG fand in einer Anhörung bzw. in vier Einzelinterviews statt. Im Vorfeld der Anhörung wurden die Sachverständigen um eine schriftliche Stellungnahme bzw. Diskussionsgrundlage zum Thesenpapier gebeten, welche vom Robert Koch-Institut, vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und von der Arbeitsgemeinschaft Allergiekranke Kind e. V. vorgelegt wurden.

Das Gesamtergebnis in Form eines entsprechend modifizierten Thesenpapiers wurde der SG und der LG in einer letzten Runde zur schriftlichen Kommentierung vorgelegt. Die mit den Experten geführten Interviews konnten bei zwei Personen in das Thesenpapier integriert werden und waren damit auch Teil des nach der Anhörung folgenden schriftlichen Abstimmungsprozesses. Das Resultat eines weiteren Interviews mündete in ein Minderheitsvotum. Die wesentlichen Inhalte des zuletzt geführten Interviews mit der Bundesärztekammer wurden in den Abschlussbericht eingearbeitet. Darüber hinaus konnten weitere Experten und Expertinnen gewonnen werden, die wichtigen Input zu Detailfragen der wissenschaftlichen Expertise leisteten.

Gender Mainstreaming

Als querschnittliche Dimension wurden Geschlechteraspekte systematisch im Rahmen der wissenschaftlichen Expertise berücksichtigt. Das Projekt berücksichtigte sowohl die Methoden des Gender Mainstreamings als auch der Gender-Based Analysis. Alle selbst angefertigten Analysen (z.B. Auswertung der KiGGS-Daten, Arbeitspaket A; Evidenztabelle, Arbeitspaket D und J) erfolgten stratifiziert für Jungen und Mädchen und wurden auf relevante Unterschiede hin geprüft, bei eigenen statistischen Auswertungen auch auf signifikante Unterschiede hin getestet. Mangelnde Differenzierungen nach Geschlecht in den Quellen wurden explizit ausgewiesen. In der Diskussion der Ergebnisse wurden geschlechtsspezifische Gemeinsamkeiten und Unterschiede dezidiert aufgegriffen und hinsichtlich der ggf. auch geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Folgen bewertet.

Eine geschlechterangemessene Sprache wurde verwendet. Die paritätische Besetzung des Lenkungsgremiums war gegeben; die der Sachverständigengruppe war aufgrund der festgelegten Hierarchie bei der Anfrage und der damit verknüpften Geschlechterverteilung in den angefragten Institutionen nur begrenzt umsetzbar.

In den Leitlinien wurde durch zusätzliche Fragen zum Gender Mainstreaming geprüft, ob auf Geschlechterunterschiede eingegangen wurde. Dies war bei der Mehrzahl der Leitlinien nicht der Fall, nur bei wenigen wurde in den Ergebnissen explizit auf Geschlechterunterschiede eingegangen (z. B. bei

ADHS), noch seltener wurden Empfehlungen geschlechterdifferenziert formuliert. Dies steht eindeutig im Widerspruch zu den bekannten geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Prävalenz und damit verbunden den sozialen Folgen der ausgewählten Erkrankungen sowie noch stärker der psychosozialen Störungen.

Ergebnisse, Schlussfolgerungen, Fortführung

Basierend auf den KiGGS-Daten ergänzt um Sachverständigenrunden wurden zehn Krankheiten bzw. Störungen ermittelt, die zwischen dem 6. und 10. Lebensjahr eine relevante Rolle spielen. Wichtigstes Auswahlkriterium war zunächst die Prävalenz der Erkrankungen und Störungen. Folgende Erkrankungen wurden in die systematische Bewertung aufgenommen: ADHS, Adipositas, Allergische Rhinitis, Asthma, Emotionale Störungen, Hörstörungen, Spastische obstruktive Bronchitis, Sehstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten. Mit Ausnahme der chronisch obstruktiven Bronchitis, den Hörstörungen und der Depression sowie eingeschränkt für die umschriebenen Störungen schulischer Fertigkeiten konnten für alle anderen Erkrankungen Belege erbracht werden, die auf die Sinnhaftigkeit einer Früherkennung in dieser Altersgruppe schließen ließen. Allerdings ist die Evidenzlage bei vielen Erkrankungen eher als schwach einzustufen.

Die Analyse der Zuständigkeiten zwischen dem ÖGD und dem SGB V kommt zu dem Ergebnis, dass für die 6- bis 10-Jährigen kein flächendeckendes Angebot besteht mit Ausnahme der Schuleingangsuntersuchungen. Die Schuleingangsuntersuchungen werden nahezu in allen Bundesländern – jedoch mit unterschiedlichen Schwerpunkten – durchgeführt; nur wenige Bundesländer – vornehmlich die Neuen Bundesländern – bieten noch weitere Schuluntersuchungen an. Im SGB V ist die Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen explizit ausgenommen.

Die Experten und Expertinnen des Lenkungsgremiums und der Sachverständigengruppe (hier eine Gegenstimme) sind sich einig, dass eine Lücke in der Früherkennung der 6- bis 10-jährigen Kinder besteht, die unbedingt durch eine weitere Früherkennungsuntersuchung zu schließen ist. Beide Gremien (drei Gegenstimmen in der Sachverständigengruppe, ein Alternativvorschlag) sprechen sich für eine flächendeckende Einführung einer weiteren Früherkennungsuntersuchung im 9. Lebensjahr gekoppelt an eine wissenschaftliche Begleitforschung aus. Neben einer allgemeinen Anamnese und körperlichen Untersuchung sollte den ausgewählten Erkrankungen bzw. Störungen (ADHS, Adipositas, Angststörungen, Allergische Atemwegserkrankungen, Sehstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und mit Einschränkung umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten) besonderes Augenmerk zuteil werden. Die Früherkennung ist, so die einhellige Ansicht der Sachverständigen (eine Gegenstimme), in eine Versorgungskette einzugliedern, in der einerseits die Aufgaben und Grenzen der Früherkennung klar definiert ist (keine Diagnostik) und die Überleitung im Falle eines auffälligen Befundes eindeutig festgelegt wird. Neben der reinen Früherkennung sollte auch die vorsorgliche Beratung (z.B. hinsichtlich Gesundheitsrisiken) im Konzept der neuen U-Untersuchung verankert werden.

Umsetzung der Ergebnisse durch das BMG

Die Expertise ist Grundlage für eine politische Entscheidung über die Notwendigkeit einer etwaigen Änderung des § 26 SGB V.

verwendete Literatur

AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2004) Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie. Methodische Empfehlungen. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/III/metho.htm>

RKI - Robert Koch-Institut (2008a) Public-Use-File KiGGS. Kinder- und Jugendgesundheitsurvey 2003-2006. Berlin.

RKI - Robert Koch-Institut (2008b) Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.