



Deutsche Akademie
für Kinder- und
Jugendmedizin e.V.

Dachverband der kinder- und
jugendmedizinischen Gesellschaften

Expertise:
Früherkennungsuntersuchungen bei
Kindern im Alter von 6 bis 10 Jahren

Abschlussbericht

**Wissenschaftliche Expertise im Auftrag des
Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)**

Berlin, den 14. Dezember 2009

Danksagung

Dieses Projekt hätte ohne die Unterstützung und das Fachwissen vieler Experten und Expertinnen und die konstruktive Zusammenarbeit im Lenkungsgremium und der Sachverständigengruppe nicht in dieser Form fertig gestellt werden können.

Wir möchten uns – als Bietergemeinschaft – an dieser Stelle ausdrücklich für die viele Zeit, das Engagement und die vielen konstruktiven und positiven Rückmeldungen zum Projekt bedanken!

1 Titel und Verantwortliche

1.1 Auftragstitel

Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern im Alter von 6 bis 10 Jahren

1.2 Kennzeichen

IIA5-2509KIG002

1.3 Projektleitung und -durchführung

Das Projekt wurde durch eine Bietergemeinschaft, die die nachstehenden Institutionen umfasste, durchgeführt. Die Koordination oblag Prof. Dr. Birgit Babitsch, Berlin School of Public Health an der Charité - Universitätsmedizin Berlin.

Bietergemeinschaft:

Prof. Dr. Birgit Babitsch (Koordination)

Berlin School of Public Health an der Charité - Universitätsmedizin Berlin

Oudenarder Str. 16, 13347 Berlin

Telefon: 030 450570811; Telefax: 030 450570972, e-Mail: birgit.babitsch@charite.de

Dr. Susanna Wiegand

Interdisziplinäres SPZ der Charité-Kinderklinik - Universitätsmedizin Berlin

Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Telefon: 030 450566885; Telefax: 030 450566926, e-Mail: susanna.wiegand@charite.de

Dr. Oliver Blankenstein

Institut für Experimentelle Pädiatrische Endokrinologie

Interdisziplinäres SPZ der Charité-Kinderklinik - Universitätsmedizin Berlin

Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Telefon: 030 450566483; Telefax: 030 450566926, e-Mail: oliver.blankenstein@charite.de

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Nentwich

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin

Telefon: 030 4000588-0; Telefax: 030 4000588-8, e-Mail: kontakt@dakj.de

**Assoziiertes und beratendes Mitglied der Bietergemeinschaft
Dekanin der Charité - Universitätsmedizin Berlin
Prof. Dr. Annette Grüters-Kieslich**

Charitéplatz 1, 10117 Berlin

Telefon: 030 450570252; Telefax: 030 450570952, e-Mail: v-dekan@charite.de

1.4 Projektmitarbeiterinnen

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen

Dr. Ulrike Müller (freie Mitarbeiterin, 15.6 bis 30.7.2009)

Anne Rehner, MPH (15.6 bis 15.12.2009)

Daniela Gohl, MPH (15.8 bis 15.12.2009)

Carmen Cristina Ciupitu, MScPH (15.10 bis 15.12.2009)

Studentische Mitarbeiterinnen

Elnaz Hajiloueian (15.6 bis 15.12.2009)

Diana Reni Lange (15.6 bis 15.12.2009)

1.5 Laufzeit

15. Juni 2009 bis 15. Dezember 2009

1.6 Finanzvolumen

132.626,93 Euro (inkl. 19 % MwSt)

2 Inhaltsverzeichnis

1	Titel und Verantwortliche	3
1.1	Auftragstitel	3
1.2	Kennzeichen.....	3
1.3	Projektleitung und -durchführung.....	3
1.4	Projektmitarbeiterinnen.....	4
1.5	Laufzeit	4
1.6	Finanzvolumen	4
2	Inhaltsverzeichnis	5
3	Zusammenfassung.....	8
4	Einleitung	9
4.1	Ausgangslage und Ziele	9
4.2	Begriffsdefinitionen.....	10
4.3	Struktur	11
4.3.1	Gremien	13
4.3.1.1	Zusammensetzung des Lenkungsgremiums	13
4.3.1.2	Zusammensetzung der Sachverständigengruppe	14
4.3.2	Externe Experten und Expertinnen	15
4.3.3	Kooperationspartner	15
5	Arbeits- und Zeitplan	16
6	Methodische Vorgehensweise	18
6.1	Arbeitspaket A – Identifikation von Erkrankungen.....	18
6.2	Arbeitspaket B - Befragung der GKV bezüglich Diagnosen aus U10 und U11 Früherkennungsuntersuchungen	19
6.2	Arbeitspaket C – Befragung von Fachgesellschaften und Selbsthilfegruppen zu Behandlungsleitlinien	21
6.4	Arbeitspaket D – Literaturbasierte Untersuchung der in Arbeitspaket A festgelegten Erkrankungen.....	23
6.5	Arbeitspaket F - Juristische Expertise zur Abgrenzung vom ÖGD.....	26
6.6	Arbeitspaket G - Expertise zu Zuständigkeiten & Überschneidungen bzgl. Erkrankungen mit dem ÖGD	27
6.7	Arbeitspaket H - Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen	27

7	Ergebnisse	31
7.1	Arbeitspaket A – Identifikation von Erkrankungen.....	31
7.2	Arbeitspaket B – Befragung der GKV bzgl. Diagnosen aus U10 und U11 Früherkennungsuntersuchungen	38
7.3	Arbeitspaket C – Befragung der Fachgesellschaften und Selbsthilfegruppen zu Behandlungs-Leitlinien	39
7.4	Arbeitspaket D - Leitlinienbasierte Untersuchung der in Arbeitspaket A festgelegten Erkrankungen.....	40
7.4.1	Adipositas (E.66)	42
7.4.2	Allergische Atemwegserkrankungen (Asthma (J45.) und allergische Rhinitis (J30.)).....	43
7.4.3	Hörstörungen (H90.;H91.).....	44
7.4.4	Sehstörungen (H53.)	46
7.4.5	ADHS (Hyperkinetische Störung, F90.)	47
7.4.6	Angststörungen (F40.; F93.).....	49
7.4.7	Depression (F30.; F31.; F32.; F33.; F34.)	50
7.4.8	Störungen des Sozialverhaltens (F91.).....	52
7.4.9	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81.)	54
7.5	Arbeitspaket F - Juristische Expertise zur Abgrenzung vom ÖGD	56
7.6	Arbeitspaket G - Expertise zu Zuständigkeiten & Überschneidungen bzgl. Erkrankungen mit dem ÖGD	57
7.7	Arbeitspaket H – Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen.....	59
7.8	Arbeitspaket J – Literaturbasierte Untersuchung: Praxis internationaler Früherkennungsprogramme & Bewertung.....	65
8	Zusammenfassung der Ergebnisse	67
8.1	Interpretation der Ergebnisse hinsichtlich der formulierten Projektziele	69
8.2	Darlegung und Diskussion kontroverser Positionen	70
9	Gender Mainstreaming Aspekte.....	74
10	Altersspezifische Aspekte.....	75
11	Gesamtbeurteilung	76
12	Empfehlungen und Verwendung der Projektergebnisse	77
13	Literaturverzeichnis.....	79
14	Anhang.....	88

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Projekttablauf einschließlich der Arbeitspakete und Meilensteine	12
--------------	--	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Zeitplanung	17
Tabelle 2:	Gesetzliche Krankenkassen mit Kostenübernahme für U10- und U11-Untersuchungen	20
Tabelle 3:	Übersicht über die kontaktierten Fachgesellschaften und Selbsthilfeorganisationen	22
Tabelle 4:	Prävalenzen 6- bis 10-Jähriger bei den im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) erfassten Krankheiten und Störungen	33
Tabelle 5:	Anzahl und Entwicklungsstufe der zur Beurteilung genutzten Leitlinien	41
Tabelle 6:	Übersicht über Untersuchungen in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst in den Bundesländern	58
Tabelle 7-1	Schuleingangsuntersuchungen Berlin	60
Tabelle 7-2	Schuleingangsuntersuchungen Baden-Württemberg	62
Tabelle 7-3	Schuleingangsuntersuchungen Brandenburg	63

3 Zusammenfassung

Das Bundesministerium für Gesundheit beabsichtigte mit der Auftragsvergabe an die Bietergemeinschaft bestehend aus Charité - Universitätsmedizin Berlin und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin zu prüfen, ob es sinnvoll und notwendig ist, die Zeitspanne der Untersuchungen nach § 26 SGB V auf die Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen zu erweitern. Das Projekt wurde vom 15. Juni bis zum 15. Dezember 2009 durchgeführt.

Der Lebensabschnitt von Kindern im Alter von 6 bis 10 Jahren ist durch vielfältige Veränderungen und Entwicklungsaufgaben geprägt und gilt als Phase guter Gesundheit. Auf der Grundlage des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) ergänzt durch Experten-/Expertinnenrunden wurden zehn Krankheiten und Störungen (u. a. Adipositas, ADHS, allergische Atemwegserkrankungen, Störungen des Sozialverhaltens) bestimmt, die eine besondere Relevanz für diese Altersgruppe haben. Jede der ausgewählten Erkrankungen wurde ausschließlich auf Basis nationaler/internationaler Leitlinien unter Hinzuziehung anerkannter Kriterien geprüft, inwiefern sie im Rahmen der Früherkennung Berücksichtigung finden sollten. Basierend auf unterschiedlichen Recherchestrategien wurden zudem vorhandene Früherkennungsprogramme analysiert. Obgleich die Evidenzlage sowohl für die Bewertung vieler Erkrankungen als auch für die Früherkennungsprogramme limitiert ist, liegen für die meisten doch ernstzunehmende Hinweise vor, die für eine Früherkennung dieser Erkrankung sprechen.

Eine Überschneidung der Aufgaben im SGB V und dem ÖGD lässt sich nur für die Schuleingangsuntersuchung erkennen; darüber hinaus sind weder im SGB V noch weitestgehend im ÖGD Früherkennungsmaßnahmen für diese Altersgruppe definiert. Prinzipiell wäre eine Zuordnung sowohl im Aufgabengebiet des SGB V als auch im ÖGD möglich.

Zwei Gremien (Lenkungs-gremium, Sachverständigengruppe) bewerteten die Ergebnisse und sprachen sich trotz der schwierigen Evidenzlage mehrheitlich für die flächendeckende Einführung einer weiteren U-Untersuchung im 9. Lebensjahr gekoppelt an eine wissenschaftliche Begleitforschung aus. Neben einer allgemeinen körperlichen Untersuchung und Anamnese soll der Fokus auf ADHS, Adipositas, Angststörungen, Allergischen Atemwegserkrankungen, Sehstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (mit Einschränkung) gelegt werden.

4 Einleitung

4.1 Ausgangslage und Ziele

Das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichte am 26. Januar 2009 eine Aufforderung zur Angebotsabgabe für die Ausschreibung „Expertise Kinderuntersuchungen für 6- bis 10-Jährige“. Die Angebotsfrist endete am 24. März 2009. Der Bietergemeinschaft aus Charité - Universitätsmedizin Berlin und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin wurde am 2. Juni 2009 der Zuschlag erteilt. Die Bearbeitung des Projektes begann am 15. Juni 2009 und wird am 15. Dezember 2009 abgeschlossen.

Ziel seitens des BMG war es, mit der Auftragsvergabe zu prüfen, ob es sinnvoll und notwendig ist, die Zeitspanne der Untersuchungen nach § 26 SGB V auf die Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen zu erweitern (siehe Leistungsbeschreibung [BMG 2009]). Im Einzelnen sollen in der wissenschaftlichen Expertise die nachstehenden Fragen geklärt werden [BMG 2009]:

1. Welche Erkrankungen oder Störungen der körperlichen, geistigen und psychischen Entwicklung manifestieren sich in der Altersgruppe der 6- bis 10-jährigen Kinder, die durch Untersuchungen in dieser Altersgruppe frühzeitig erkannt und nachfolgend therapiert werden könnten?
2. Wie hoch sind die Prävalenzraten dieser Erkrankungen in der genannten Altersgruppe und wie sind diese zu bewerten?
3. Für welche der unter Punkt (1) 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 Öffentlichen Gesundheitsdienstes entsprechend der Zuständigkeiten der Länder abzugrenzen?
5. Welche der unter Punkt (1) genannten Erkrankungen und Störungen sind in Bezug auf die Möglichkeiten der Früherkennung dem Aufgabengebiet des § 26 SGB V zuzuordnen?

6. Bei welchen dieser Erkrankungen und Störungen nach Punkt (1) bestehen Überschneidungen mit den Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes?
7. Welche der unter Punkt (1) genannten Erkrankungen oder Störungen werden durch die Tätigkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes (z.B. im Rahmen der Schuluntersuchungen) bereits identifiziert?
8. Ist es sinnvoll und notwendig das Früherkennungsprogramm des § 26 SGB V auf 6- bis 10-jährige Kinder auszuweiten?
9. Existieren bereits im nationalen oder internationalen Kontext Früherkennungsprogramme bei diesen Alterklassen, die den grundsätzlich vom Gemeinsamen Bundesausschuss anhand der evidenzbasierten Medizin zu prüfenden Anforderungen an vertragsärztliche Leistungen (Nutzen, medizinische Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit) 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?

4.2 Begriffsdefinitionen

Früherkennung

Unter Früherkennung werden Untersuchungen gefasst, die darauf abzielen, bestehende Krankheiten oder Störungen im Frühstadium zu entdecken. Eine Strategie zur Früherkennung ist das Screening.

Nutzen

Nutzen wird in der wissenschaftlichen Expertise im Sinne des medizinischen Nutzens ausgelegt. Diese Betrachtung umschließt nicht alle Aspekte der Nutzenbetrachtung, wie die Betrachtung der Kosten-Nutzen-Relation. Im Rahmen des Projektes, insbesondere vor dem Hintergrund der zur Verfügung stehenden zeitlichen und finanziellen/personellen Ressourcen, ist die Bearbeitung eines weiter gefassten Nutzen-Begriffs nicht möglich. Diesbezüglich besteht einvernehmlicher Konsens in der Bietergemeinschaft wie dem Lenkungsgremium. Auch die Sachverständigengruppe teilt einvernehmlich diese Einschätzung.

Aggregierte Evidenz

Unter aggregierter Evidenz werden systematische Zusammenstellungen der vorhandenen Evidenz nach den Prinzipien der Evidenzbasierten Medizin verstanden.

Klassifizierung der Leitlinien nach ihrer Entwicklungsstufe [AWMF 2004]

Entwicklungsstufe S1 entspricht der ersten Stufe. Die Empfehlungen basieren auf dem informellen Konsens einer repräsentativ zusammengesetzten Expertengruppe der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und werden vom Vorstand der Fachgesellschaft verabschiedet [AWMF 2004].

Bei **Entwicklungsstufe S2 (S2e und S2k)** werden die Leitlinien aus formal bewerteten (evidence level) Aussagen der wissenschaftlichen Literatur entwickelt oder in einem der bewährten formalen Konsensusverfahren beraten und verabschiedet (Nominaler Gruppenprozess, Konsensuskonferenz, Delphikonferenz) [AWMF 2004].

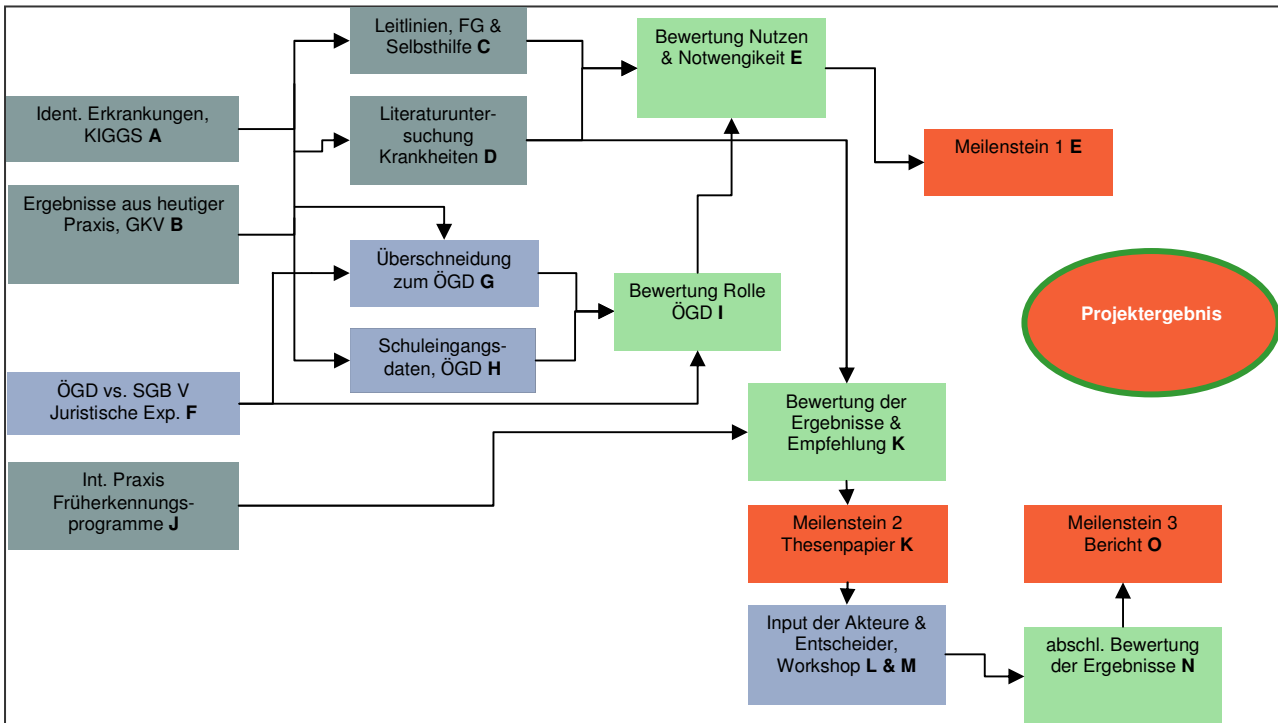
Mit der **Entwicklungsstufe S3** liegen Leitlinien vor, die alle Elemente der systematischen Entwicklung enthalten (Logik (Struktur klinischer Algorithmen); Formalisierter Konsensusprozess; EBM; Entscheidungsanalyse; Outcome-Analyse) [AWMF 2004]).

4.3 Struktur

Die Leistungsbeschreibung, spezifiziert durch die oben genannten Fragen, wurde in 15 Arbeitspakete überführt und entsprechend bearbeitet. Der Projektlauf ist in der nachstehenden Abbildung 1 dargestellt.

Die Arbeitspakete A, B, C und D dienen primär der Auswahl und der Bewertung der in der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen relevanten Erkrankungen und Störungen. 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. 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/Interviews mit der Sachverständigenengruppe eingebracht (Arbeitspakete E, I, K, L, M, N). Der vorliegende Abschlussbericht greift alle Projekt- und Diskussionsergebnisse auf (Arbeitspaket O).

Abbildung 1: Projektablauf einschließlich der Arbeitspakete und Meilensteine



In das Lenkungsgremium (LG) und in die Sachverständigengruppe (SG) wurden für die zu bearbeitenden Fragestellungen relevante Akteure berufen (Zusammensetzung beider Gremien (siehe Kapitel 4.3.1)). Beide Gremien leisteten wesentlichen Input zur Projektgestaltung (LG) und zur Ergebnisbeurteilung (LG und SG) (siehe Protokolle im Anhang II.). Die abschließende Beurteilung in der SG fand in einer Anhörung am 21. Oktober 2009 in Berlin bzw. in Einzelinterviews (N=4) 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 (Originale können auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden).

Das Gesamtergebnis in Form eines entsprechend modifizierten Thesenpapiers wurde der SG und der LG in einer letzten Runde zur schriftlichen Kommentierung vorgelegt (siehe Thesenpapier Stand 17. November 2009; Übersicht der Rückmeldungen im Anhang I-11). 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 (siehe Kapitel 8.2). 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 (siehe Kapitel 4.3.2).

4.3.1 Gremien

4.3.1.1 Zusammensetzung des Lenkungsgremiums

Das Lenkungsgremium setzt sich aus relevanten Akteuren für die Fragestellung der wissenschaftlichen Expertise sowie den Mitgliedern der Bietergemeinschaft zusammen. Aufgabe des Lenkungsgremiums war die Begleitung des Projektes hinsichtlich aller methodischen und inhaltlichen Fragen. Neben zwei Treffen vor Ort (Kick-off-Meeting und Meilenstein-1-Meeting) wurden Detailfragen in einem schriftlichen Austausch geklärt.

Die Nominierung und Berufung erfolgte im Kick-off-Meeting und in Rücksprache mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Die Liste der Mitglieder des Lenkungsgremiums wurde dem Bundesministerium für Gesundheit vertragsgemäß vorgelegt und von Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit akzeptiert. Alle Mitglieder des Lenkungsgremiums haben die Verpflichtungserklärung zur Wahrung des Datengeheimnisses unterzeichnet sowie sich des Stillschweigens über den Projektverlauf sowie die Projektergebnisse verpflichtet.

Die vollständige Liste der Mitglieder des Lenkungsgremiums kann der nachstehenden Übersicht entnommen werden:

Prof. Dr. Birgit Babitsch*	Berlin School of Public Health an der Charité
Dr. Oliver Blankenstein*	Sozialpädiatrisches Zentrum an der Charité-Kinderklinik
Dr. Gabriele Ellsäßer	Landesgesundheitsamt Brandenburg
Dr. Ulrich Fegeler	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
Prof. Dr. Annette Grüters-Kieslich*	Dekanin der Charité
Dr. Herbert Grundhewer	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
Prof. Dr. Hans-Jürgen Nentwich*	Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin
Petra Uschold	GKV-Spitzenverband
Dr. Robert Wegner	Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes
Dr. Susanne Weinbrenner, MPH	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
Dr. Susanna Wiegand*	Sozialpädiatrisches Zentrum an der Charité-Kinderklinik

* Bietergemeinschaft

4.3.1.2 Zusammensetzung der Sachverständigengruppe

In der Sachverständigengruppe sind die wesentlichen Akteure des Gesundheitswesens für die Fragestellung des Projektes vertreten. Das damit verbundene Ziel war, die Ergebnisse der wissenschaftlichen Expertise zu diskutieren und darauf aufbauend, eine gemeinsame Empfehlung zu entwickeln. Dies erfolgte auf Grundlage des hierfür entwickelten Thesenpapiers in einer Anhörung bzw. in Einzelinterviews (N=4). Die Mitglieder der Sachverständigengruppe repräsentieren die relevanten Akteure im Bereich der Gesundheitsversorgung, der ärztlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände, der Wissenschaft und der Patientenvertretung/Selbsthilfeorganisationen. Letzgenannte wurden spezifisch für die infrage kommenden Erkrankungen/Störungen ausgewählt.

Die Nominierung wurde mit dem Lenkungsgremium abgestimmt, dem Bundesministerium für Gesundheit vertragsgemäß vorgelegt und seitens des Bundesministeriums für Gesundheit akzeptiert. Alle Mitglieder der Sachverständigengruppe haben sich des Stillschweigens über den Projektverlauf sowie die Projektergebnisse verpflichtet (siehe Anwesenheitsliste im Anhang II).

Die vollständige Liste der Mitglieder der Sachverständigengruppe kann der nachstehenden Übersicht entnommen werden:

Dr. Thomas Mandel	GKV-Spitzenverband
Dr. Paul Rheinberger	Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dr. Wilfried Kunstmann*	Bundesärztekammer
Dr. Johannes Klein-Heßling	Bundespsychotherapeutenkammer
Prof. Dr. Hans-Michael Straßburg*	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
Dr. Herbert Grundhewer	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
Prof. Dr. Frank Häßler	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Dr. Robert Wegner	Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
Prof. Dr. Michael Lentze*	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
Dr. Hannelore Neuhauser	Robert Koch-Institut
Prof. Dr. Raimund Geene*	Hochschule Magdeburg-Stendal
Prof. Dr. Günter Esser	Universität Potsdam
Raimund Schmid, Prof. Dr. Dr. h.c. Hubertus von Voss	Kindernetzwerk e.V.

Petra Festini	ADHS Deutschland e. V.
Dr. Silvia Pleschka	Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V.
Stefan Schuster, Dr. Hartwig Höhre	Arbeitsgemeinschaft Allergiekranke Kind e. V.

* Es wurde ein Einzelinterview durchgeführt.

4.3.2 Externe Experten und Expertinnen

Die Expertise weiterer Experten und Expertinnen ist in die Bearbeitung des Projektes eingeflossen. Namentlich zu nennen sind:

- Frau Dr. Heidrun Kahl, die uns eine aktualisierte Übersicht zu den Angeboten im ÖGD zur Verfügung stellte,
- Frau Prof. Dr. Susanne Lau, Charité - Universitätsmedizin Berlin, die die Synopse zu Allergischen Atemwegserkrankungen kritisch durchsah und bewertete,
- Frau Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl und Herr Dr. Christian Bachmann, Charité - Universitätsmedizin Berlin, die das Thesenpapier zu den psychischen Störungen kritisch durchsahen und bewerten sowie eine Expertise zu den Testverfahren für die psychischen Störungen erstellten.

4.3.3 Kooperationspartner

Kooperationspartner des Projektes waren die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz sowie das Bezirksamt Mitte von Berlin. In der erstgenannten Institution unterstützten Prof. Dr. Gerhard Meinschmidt und Dr. Sylke Oberwöhrmann das Projekt mit aktuellen Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung (Sonderauswertung) in Berlin. Dr. Matthias Brockstedt und Jeffrey Butler als Vertreter der zweitgenannten Institution standen für ein vertiefendes Interview zur Aufgabenstellung des ÖDG und die Abgrenzung zum SGB V zur Verfügung.

5 Arbeits- und Zeitplan

Der im Angebot beschriebene zeitliche Ablauf konnte weitgehend eingehalten werden (siehe Tabelle 1). Einzelne Arbeitspakete stellten sich in der Bearbeitung als deutlich aufwändiger (Arbeitspaket J) bzw. schwieriger (Arbeitspaket B) dar. Unbeschadet dessen konnten alle Meilensteine zum geplanten Zeitpunkt vorgelegt und in die Diskussion mit dem Lenkungsgremium bzw. der Sachverständigengruppe eingespeist werden.

Zeitlich länger als ursprünglich geplant, dauerte die Bearbeitung der Arbeitspakete A (Identifikation der Erkrankungen), F (Juristische Expertise) und J (Früherkennungsprogramme). Diese zeitlichen Abweichungen waren jeweils inhaltlich begründet. Bei Arbeitspaket A wurden neben der Auswertung der KiGGS-Daten bereits mehrere Experten-/Expertinnenrunden zur Bewertung der Erkrankungen durchgeführt und damit schon eine wichtige Vorarbeit für das Arbeitspaket D geleistet. Da parallel mit der Bearbeitung in Arbeitspaket D begonnen werden konnte, folgte daraus keine relevante inhaltliche Verzögerung im Gesamtprojektverlauf. Der Auftrag der juristischen Expertise war umfangreicher als ursprünglich konzipiert – dies war ein wichtiges Ergebnis des Experteninterviews (Arbeitspaket G). Deutlich wurde hierdurch, dass für eine umfassende Bewertung nicht nur für jedes einzelne Bundesland die ÖGD-Gesetzgebung sondern auch die Schulgesetzgebung zu prüfen ist. Aufgrund der Studienlage war die systematische Literaturrecherche für das Arbeitspaket J nur in mehreren Schleifen zufrieden stellend zu bearbeiten. Hierdurch ergab sich für dieses Arbeitspaket die größte Abweichung zur ursprünglichen Zeitplanung.

Deutlich früher als geplant wurde die Nominierung der Sachverständigengruppe vorgenommen (Arbeitspaket L) und mit dem Lenkungsgremium und dem Bundesministerium für Gesundheit abgestimmt. Dies erschien aufgrund des nötigen zeitlichen Vorlaufs dringend geboten.

Tabelle 1: Zeitplanung

Arbeitspakete /KW 2009	25/26	27/28	29/30	31/32	33/34	35/36	37/38	39/40	41/42	43/44	45/46	47/50
A Identifikation von Erkrankungen nach KIGGS												
B Befragung der GKV bzgl. Diagnosen aus U10 und U11 Früherkennungsuntersuchungen												
C Befragung von Fachgesellschaften und Selbsthilfegruppen zu Behandlungsleitlinien												
D Literaturbasierte Untersuchung der Erkrankungen												
E Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit durch das wissenschaftliche Lenkungsgremium												
F Juristische Expertise zur Abgrenzung vom ÖGD												
G Expertise zu Zuständigkeiten und Überschneidungen bzgl. Erkrankungen mit ÖGD												
H Auswertung Schuleingangsdaten												
I Bewertung der Rolle des ÖGD durch das wissenschaftliche Lenkungsgremium												
J Literaturbasierte Untersuchung der Praxis von Früherkennungsprogramme im internationalen Raum und deren Bewertung												
K Bewertung aller Projektergebnisse durch das wissenschaftliche Lenkungsgremium, Ausarbeitung von Empfehlungen und Entwicklung eines Thesenpapiers												
L Zusammenstellen der Sachverständigengruppe												
M Durchführung von Interviews oder eines Workshops bzw. einer Anhörung												
N Ergebnisaufbereitung und deren Bewertung durch wissenschaftliches Lenkungsgremium												
O Verfassen des Abschlussberichts												

Zwischen-
bericht
31.7.09

Meilen-
stein 1

Meilen-
stein 2

Meilen-
stein 3

6 Methodische Vorgehensweise

6.1 Arbeitspaket A – Identifikation von Erkrankungen

Das primäre Ziel in diesem Arbeitsschritt war es, Erkrankungen oder Störungen der körperlichen, geistigen und psychischen Entwicklung basierend auf den Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) zu identifizieren [RKI 2008a], die sich in der Altersgruppe der 6- bis 10-jährigen Kinder manifestieren. Zusätzlich wurde mittels Experten-/Expertinnenrunden bereits in diesem Arbeitsschritt eine Bewertung hinsichtlich der Prävalenz, der daraus resultierenden Beeinträchtigung der Entwicklung, den diagnostischen Möglichkeiten und den therapeutischen Konsequenzen vorgenommen.

Festgelegt wurde, die relevanten Erkrankungen für diese Altersgruppe im Rahmen der wissenschaftlichen Expertise auf Basis epidemiologischer Kennzahlen zu bestimmen, mit dem Ziel nur solche Krankheiten und Störungen auszuwählen, die aufgrund ihrer Prävalenz als häufig zu betrachten sind. Als cut-off Grenze wurde eine Prävalenz von ca. 4 bis 5 % definiert. Die Bestimmung der Prävalenz in dieser Altersgruppe erfolgte primär auf Basis der KiGGS-Daten. Mit dieser Datengrundlage eröffneten sich klare Vorteile, wie Aktualität und Repräsentativität; gleichzeitig bestanden auch Limitationen, die sich durch die Eingrenzung auf spezifische Krankheitsbilder und die unterschiedlichen Bezugszeitpunkte (12-Monate vs. Lebenszeitprävalenz) bzw. Bezugsgruppen (Bevölkerung vs. Zielgruppen) ergaben. Zudem ist bei der Verwendung der KiGGS-Daten zu berücksichtigen, dass die Angaben zu den Erkrankungen zum Teil subjektive Angaben der Eltern darstellen (wie z. B. CSHCN-Screener, SDQ). Für einen Teil der Erkrankungen wurden zusätzliche Angaben über ein ärztliches Interview erhoben. Bei subjektiven Angaben besteht grundsätzlich die Gefahr der Über- bzw. Unterschätzung. Jedoch überwiegen die Vorteile der KiGGS-Daten die Begrenzungen; durch ihr Alleinstellungsmerkmal begründen sie ihre besondere Eignung für die wissenschaftliche Expertise.

Neben den zur Verfügung stehenden Berichten und Publikationen des Robert Koch-Instituts wurden eigene Auswertungen mit den KiGGS-Daten durchgeführt und wie folgt stratifiziert: 6-Jährige, 7- bis 8-Jährige, 9- bis 10-Jährige sowie Gesamtgruppe der 6- bis 10-Jährigen. Alle Analysen wurden zudem getrennt für Mädchen und Jungen ausgewertet; die Geschlechterunterschiede wurden auf Signifikanz (Chi²-Test) geprüft.

Zur weiteren Validierung der auf Basis der KiGGS-Daten vorgenommenen Einstufung wurden zusätzliche Experten-/Expertinnenbewertungen (Mitglieder des Lenkungsgremiums sowie zusätzlich eine Fokusgruppe) unter Berücksichtigung der Kriterien nach Wilson und Jungner (1968) eingeholt. Hierzu wurde ein Kurzbewertungsinstrument basierend auf den Kriterien von Wilson & Jungner (1968), des UK National Screening Committee (überarbeitete Version, Juni 2009) und dem Fragenkatalog des G-BA zum Thema „Screening auf Hörstörungen bei Neugeborenen“ [G-BA 2008] entwickelt. Folgende Items wurden in die Abfrage einbezogen:

- Bedeutsames Gesundheitsproblem *(1 bis 4)*
- Früherkennung möglich und sinnvoll *(1 bis 4)*
- Krankheitszeichen eindeutig erfassbar *(1 bis 4)*
- Valides Screeninginstrument existent *(ja/nein)*
- Therapie möglich und wirksam *(1 bis 4)*
- Medizinischer Nutzen bei früher Behandlung hoch *(1 bis 4)*.

Die Einschätzungen wurden mittels einer Likert-Skala abgefragt (1= stimme ganz entschieden zu; 4 = stimme ganz und gar nicht zu).

Die Berücksichtigung aller Informationen und insbesondere der Bewertung durch die Experten und Expertinnen führte schlussendlich zur Auswahl der in der wissenschaftlichen Expertise berücksichtigten Erkrankungen und Störungen.

6.2 Arbeitspaket B - Befragung der GKV bezüglich Diagnosen aus U10 und U11 Früherkennungsuntersuchungen

Das Ziel dieses Arbeitspaketes war es, zunächst Daten über Häufigkeiten der Diagnosen und deren therapeutischer Konsequenzen der bereits durchgeführten U10- und U11-Untersuchungen zu erheben und diese dann mit den in Arbeitspaket A identifizierten Erkrankungen und Störungen abzugleichen und gegebenenfalls zu spezifizieren und zu erweitern.

Die folgenden Organisationen wurden per Email kontaktiert und nach der Verfügbarkeit von Daten aus U10- und U11-Untersuchungen befragt:

- 24 Krankenkassen, welche U10 und / oder U11-Untersuchungen erstatten (siehe Tabelle 2)
- die Kassenärztlichen Vereinigungen
- das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
- das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG)
- das Dezernat Innovation und Nutzenbewertung ärztlicher Leistungen, Prävention der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Die angeschriebenen Krankenkassen sind der folgenden Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2: Gesetzliche Krankenkassen mit Kostenübernahme für U10- und U11-Untersuchungen (Stand 23. Juni 2009/*Ergänzungen: Stand 1. Oktober 2009; [Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte 2009])

Name der Kasse	U10	U11
1. AOK Bayern	Ja	Ja
2. AOK – Brandenburg	Ja	Ja
3. AOK Rheinland/Hamburg	Ja	Ja
4. BKK Aktiv Westfalen-Lippe	Ja	Ja
5. BKK-Lv. Baden-Württemberg	Ja	Ja*
6. BKK-Lv. Bremen	Ja	Nein
7. BKK-Lv. Hessen	Ja	Ja*
8. BKK-Lv. Niedersachsen	Ja	Ja*
9. BKK-Lv. Nordrhein-Westfalen mit Westfalen-Lippe	Ja	Nein
10. BKK VAG Nord	Ja	Ja
11. BKK-Vertragsgemeinschaft BW	Ja	Nein
12. BKK Victoria-D.A.S.	z. T., länderabhängig	z. T., länderabhängig
13. Deutsche BKK	Ja	Ja
14. GEK	Ja	Ja
15. GEK Schleswig-Holstein	Ja	Ja
16. HZK	Ja	Ja
17. HZK Schleswig-Holstein	Ja	Ja
18. KKH	Ja	Ja
19. METRO AG Kaufhof BKK (<i>nicht Bayern</i>)	Ja	Ja

Name der Kasse	U10	U11
20. SECURVITA Krankenkasse	Ja	Ja
21. Siemens BKK	Ja	Nein
22. TK-Sachsen	Ja	Ja
23. TK-Thüringen	Ja	Ja
24. Vereinigte IKK Nordrhein-Westfalen mit Westfalen-Lippe	Ja	Nein

6.2 Arbeitspaket C – Befragung von Fachgesellschaften und Selbsthilfegruppen zu Behandlungsleitlinien

In diesem Arbeitspaket wurden im ersten Schritt für die in Arbeitspaket A und B identifizierten Erkrankungen die relevanten pädiatrischen Fachgesellschaften und Selbsthilfeorganisationen ermittelt. Im zweiten Schritt wurden diese Fachgesellschaften und Selbsthilfeorganisationen kontaktiert und bezüglich vorhandener Behandlungsleitlinien sowie ihrer Einschätzung und Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit einer Krankheitsfrüherkennung der von ihnen jeweils vertretenen Erkrankung bzw. Störung. Da viele der Fachgesellschaften und Selbsthilfeorganisationen auch als Mitglied in der Sachverständigengruppe nominiert wurden, bestanden hier z. T. Überschneidungen mit den Arbeitspaketen L und M.

Die Adressrecherche erfolgte primär über das Internet; zusätzlich wurde der Selbsthilfe-Rundbrief 35 [Sekis 2007] ausgewertet.

Im Internet wurden folgende Zugänge genutzt:

Fachgesellschaften

Die Suche erfolgte über die Seiten des AWMF (www.awmf.de)

1. Leitlinien für Kinder und Jugendliche
2. Liste der AWMF-Mitgliedsorganisationen

Selbsthilfeinitiativen

Bei der Recherche wurde entschieden – insbesondere begründet durch vorliegende Projektergebnisse [Hey 2008] – sich auf die Selbsthilfeorganisationen zu begrenzen, da diese von den einzelnen Selbsthilfegruppen bzgl. Fachinformationen auch konsultiert werden. Die Recherche wurde wie folgt durchgeführt:

1. Datenbank von NAKOS

In der von NAKOS zusammengestellten sog. ‚grünen Adressen Bundesweite Selbsthilfeorganisationen und -vereinigungen‘ sind derzeit 365 Selbsthilfeorganisationen gelistet (http://www.nakos.de/site/selbsthilfe/sh_organisationen/). Über die Suchfunktion und den Suchbegriff „Kinder“ wurde eine erste Suche durchgeführt. Im zweiten Schritt wurde krankheitsspezifisch vorgegangen und für jede in Arbeitspaket A ausgewählte Erkrankung das Verzeichnis auf weitere relevante Selbsthilfeorganisationen geprüft.

2. Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (BAG)

In der BAG sind derzeit 105 Selbsthilfeorganisationen organisiert (<http://www.bag-selbsthilfe.de>). Die dort gelisteten Selbsthilfeorganisationen wurden auf Relevanz gesichtet.

Die nachstehenden Fachgesellschaften und Selbsthilfeorganisationen wurden schriftlich (e-Mail) kontaktiert. Bei Non-Response war eine Nachfassaktion per e-Mail und Telefon vorgesehen.

In nachstehenden Tabelle 3 sind alle kontaktierten Fachgesellschaften und Selbsthilfeorganisationen aufgeführt.

Tabelle 3: Übersicht über die kontaktierten Fachgesellschaften und Selbsthilfeorganisationen

Fachgesellschaften	Selbsthilfeorganisationen
Deutsche Adipositas-Gesellschaft e. V.	ADHS Deutschland e. V.
Deutsche Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie e. V.	Adipositas Verband Deutschland e. V.
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V.	Allergie- und umweltkrankes Kind e. V.
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.	Bundesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Kinder und Jugendlichen mit Teilleistungs-/Wahrnehmungs-Störungen e. V.
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.	Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e. V.
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.	Bundesvereinigung Selbständigkeitshilfe bei Teilleistungsschwächen e. V.
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.	Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e. V.
Gesellschaft für Neuropädiatrie e. V.	Deutsche - Adipositas - Selbsthilfe e. V.

Fachgesellschaften	Selbsthilfeorganisationen
	Deutsche Angst-Selbsthilfe e. V.
	Deutsche Haut- und Allergiehilfe e. V.
	Deutscher Allergie- und Asthmabund e. V.
	Deutscher Neurodermitis Bund e. V.
	Deutscher Schwerhörigenbund e. V.
	Deutsches Bündnis gegen Depression e. V.
	Initiative zur Förderung rechenschwacher Kinder e. V.
	Kindernetzwerk e. V.
	Landesverband Legasthenie und Dyskalkulie Berlin e. V.
	Lernen Fördern - Bundesverband zur Förderung Lernbehinderter e. V.
	Patientenliga Atemwegserkrankungen e. V.

6.4 Arbeitspaket D – Literaturbasierte Untersuchung der in Arbeitspaket A festgelegten Erkrankungen

Die systematische Bewertung der ausgewählten Erkrankungen hinsichtlich ihrer Prävalenzen, Früherkennungsmaßnahmen, verfügbarer Diagnoseverfahren und Therapiemaßnahmen einschließlich deren Risiken sowie den Konsequenzen aus Nicht-Behandlung für die weitere Entwicklung und Gesundheit des Kindes erfolgte entsprechend des Antrages ausschließlich auf Basis aggregierter Evidenz in Form von Leitlinien. Begründet wird diese Vorgehensweise im Wesentlichen durch die dem Projekt zeitlich und finanziell zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Recherchestrategie

Die Recherche der Leitlinien erfolgte über eine

- systematische Auswertung des Internetportals der AWMF
- systematische Suche auf den Internetseiten der relevanten Fachgesellschaften sowie schriftliche Anfragen bei den relevanten Fachgesellschaften und Selbsthilfegruppen (Ergebnisse des Arbeitspaketes C)

- systematische Recherche über PubMed und internationale Leitlinien-Datenbanken (Rechercheauftrag an das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)).

Die Suchbegriffe wurden zum einen krankheitsspezifisch definiert und enthielten zum anderen stets die gleichen Suchbegriffe zu „Leitlinien“ (siehe im Anhang I-4: Synopsen zu den einzelnen Erkrankungen).

Einschluss- und Ausschlusskriterien

Die Auswahl der Leitlinien erfolgte in mehreren Schritten (siehe unten). Die methodische Qualität wurde als wichtigstes Kriterium festgelegt und gilt als Knock-out-Kriterium. Der Anspruch an hochwertige Evidenz ist am Besten erfüllt in S3-Leitlinien, die – sofern vorhanden – an erster Stelle berücksichtigt werden. S3-Leitlinien sind evidenzbasierte Leitlinien, die zusätzlich einen formalen Konsensusprozess durchlaufen haben, so dass sie höchsten Qualitätsansprüchen genügen (siehe Kapitel 4.2). Bei den internationalen Leitlinien wurde in Anlehnung an die AWMF-Kriterien eine Einstufung in S3, S2 und S1 vorgenommen.

Als Override-Kriterien gelten folgende Annahmen: wenn keine S3-Leitlinien vorhanden sind, werden S2-Leitlinien einbezogen; wenn keine S3- und keine S2-Leitlinien vorhanden sind, werden S1-Leitlinien einbezogen und schließlich, wenn keine S3-, S2- oder S1-Leitlinien vorhanden sind, wird erst im letzten Schritt auf systematische Reviews, Metaanalysen oder HTA-Berichte zurückgegriffen, da diese nicht zwingend Handlungsempfehlungen enthalten.

Falls sich keines der genannten Dokumente findet, kann eine systematische Bewertung der Erkrankung nicht vorgenommen werden. Eine systematische Bewertung der Primärliteratur nach den Kriterien der Evidenzbasierten Medizin ist in dem zeitlich zur Verfügung stehenden Rahmen nicht zu leisten.

Die Bewertung der Treffer und die Auswahl der einzubeziehenden Leitlinien erfolgten mehrstufig:

1. Stufe:

- a. Ausschluss von narrativen Reviews, Reporten, Artikeln, Statements etc.
- b. Ausschluss von Leitlinien, welche die Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen nicht einschließen
- c. Ausschluss von Leitlinien, welche vor 2004 publiziert wurden

d. Ausschluss von Leitlinien mit falschem Krankheitsfokus

2. Stufe:

a. S3-Standard (Override: S2, S1)

Leitlinien, die durch das Ausschlussverfahren als nicht-relevant identifiziert werden konnten, wurden nach der zweiten Stufe endgültig ausgeschlossen.

DELBI-Bewertung

Die Bewertung der Leitliniengüte wurde für jede der ausgewählten Leitlinie mit dem Deutschen Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) [AWMF & ÄZQ 2008] durchgeführt. Die Bewertung erfolgte jeweils durch zwei Reviewerinnen. Abweichungen in der Bewertung wurden konsensuell vereinheitlicht. Keine Leitlinie wurde aufgrund geringer methodischer Qualität ausgeschlossen.

Auswertung

Zur Auswertung der Leitlinien wurde der Fragenkatalog des G-BA zum Thema „Screening auf Hörstörungen bei Neugeborenen“ verwendet (siehe Anhang I.1) und um Fragen zum Gender Mainstreaming ergänzt. Die Leitlinien wurden entlang dieser Fragestellungen ausgewertet, d.h. die ausgewählten Leitlinien wurden für jede Frage systematisch durchsucht und die entsprechenden Textstellen/Informationen wurden dann pro Leitlinie tabellarisch erfasst. Zur abschließenden Bewertung wurden die Ergebnisse aus den einzelnen Leitlinien entlang der nachstehenden Punkte in einer Synopse zusammengefasst (*in Klammer sind die Nummern der einzelnen Fragen des Fragenkatalogs aufgeführt*):

- Definition (V1.1)
- Epidemiologie (V1.1)
- Diagnostik (V1.3,V3.11)
- Therapie (V1.2)
- Folgen aus Nicht-Behandlung (V1.4)
- Früherkennung: möglich & sinnvoll (V1.5,V2.6)
- Früherkennung: Testverfahren (V2.7)

- Früherkennung: Routine (V3.10,V4.14, V2.7)
- Früherkennung: Kosten-Nutzen (V2.8,V2.9,V5)
- Früherkennung: Machbarkeit (V4.12)
- Gender Mainstreaming (G1-3).

Eine erste Bewertung der Synopsen erfolgte im Lenkungsgremium. Die Anmerkungen wurden in ein Thesenpapier, welches eine komprimierte Zusammenfassung der einzelnen Synopsen darstellt, eingearbeitet und in einer zweiten Runde mit den Experten und Expertinnen der Sachverständigengruppe (Anhörung bzw. persönlichen Interviews) diskutiert. In einer dritten Feedback-Schleife erhielten das Lenkungsgremium und die Sachverständigengruppe das erneut überarbeitete Thesenpapier zur abschließenden Abstimmung. Auf dieser Basis erfolgte dann die Finalisierung des Thesenpapiers. Zur Verdeutlichung der in der Sachverständigengruppe erzielten Empfehlungen bzw. der ergänzenden Hinweise werden diese im Text durch Hervorhebung (grau) kenntlich gemacht.

6.5 Arbeitspaket F - Juristische Expertise zur Abgrenzung vom ÖGD

Das Ziel dieses Arbeitspaketes war es, die jeweiligen Zuständigkeiten und Aufgabenbereiche des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der U-Untersuchungen entsprechend der Festlegungen nach § 26 SGB V und den Kinder-Richtlinien zu untersuchen und abzugrenzen. Hierzu wurde eine juristische Expertise in Auftrag gegeben, mit der Maßgabe, die Fragen 4 bis 7 des Leistungskataloges des Bundesministeriums für Gesundheit zu bearbeiten. In Feinabsprachen mit der Kanzlei Schröder-Printzen, Kaufmann & Kollegen wurde der Auftrag wie folgt präzisiert: 1) Beurteilung des SGB V und 2) Beurteilung der ÖGD-Gesetzgebung in den einzelnen Bundesländern ergänzt um die jeweiligen Schulgesetze. Hierbei konnte im zeitlich zur Verfügung stehenden Rahmen nur auf die Gesetzeslage Bezug genommen werden nicht jedoch auf die jeweiligen Ausführungsbestimmung sowie die tatsächliche Umsetzung.

6.6 Arbeitspaket G - Expertise zu Zuständigkeiten & Überschneidungen bzgl. Erkrankungen mit dem ÖGD

Die Sicht des öffentlichen Gesundheitsdienstes in die Fragestellung der wissenschaftlichen Expertise einzubeziehen, war der Gegenstand des Arbeitspaketes G. Dies wurde im Rahmen des Projektes wie folgt umgesetzt:

1. Durchführung eines Expertengespräch (Bezirksamt Mitte von Berlin, Herrn Dr. Brockstedt, Herrn J. Butler)
2. Nominierung von Experten/-innen des ÖGD in das Lenkungsgremium und in die Sachverständigengruppe und damit eine kontinuierliche Integration der Perspektive des ÖGD in den Projektverlauf
3. Einbeziehung der Expertise: Aktualisierte bundesweite Recherche zu Angeboten des ÖGD für Kinder im Alter von 6 bis 10 Jahren [Kahl 2007, 2009].

Diese Ergebnisse wurden abschließend mit den Ergebnissen aus dem Arbeitspaket F (Juristische Expertise) zusammengeführt.

6.7 Arbeitspaket H - Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen

Mit dem Arbeitspaket wird die Identifizierung der bereits in der Regel im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung vom ÖGD erhobenen Erkrankungen/Störungen angestrebt. Die Auswertung der Daten war für die Bundesländer Berlin und Baden-Württemberg geplant – zusätzlich wurden auch Daten aus dem Bundesland Brandenburg hinzugezogen. Ergänzend wurden folgende Arbeitsschritte durchgeführt:

1. Internetrecherche zur Gesundheitsberichterstattung zum Thema Kindergesundheit/ Erkrankungen im Kindesalter
2. Anfrage bei den zuständigen Ministerien der Bundesländer, die weitere Schuluntersuchungen in der Altersgruppe 6 bis 10 Jahre durchführen (Ergebnis der Arbeitspakete F und G).

Die Datengrundlage – neben den Spezialauswertungen für Berlin – ist nachstehend dargestellt:

- Spezialbericht der Gesundheitsberichterstattung Berlin 2008: Grundausswertung der

Einschulungsdaten 2006 zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin

- Spezialbericht der Gesundheitsberichterstattung Berlin 2007-1: Grundausswertung der Einschulungsdaten 2005 zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin
- Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2006: Landesweite Auswertung für Baden-Württemberg
- Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2007: Landesweite Auswertung für Baden-Württemberg
- Einschulungsuntersuchung im Land Brandenburg 2005: Standardtabellen
- Einschulungsuntersuchung im Land Brandenburg 2008: Standardtabellen.

Die wichtigsten Ergebnisse wurden tabellarisch zusammengefasst (siehe Kapitel 7.7). Aufgrund der Anwendung unterschiedlicher Erhebungsinstrumente und Tests ist die Vergleichbarkeit der Daten für Berlin, Baden-Württemberg und Brandenburg erheblich eingeschränkt.

In einem weiteren zusätzlichen Schritt wurden telefonische und schriftliche Anfragen bezüglich der Bereitstellung von Informationen und Daten zu weiteren Schuluntersuchungen und Einschulungsuntersuchungen an folgende Bundesländer gestellt:

- Hessen (Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit)
- Mecklenburg-Vorpommern (Ministerium für Soziales und Gesundheit)
- Sachsen-Anhalt (Ministerium für Soziales und Gesundheit)
- Sachsen (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz)
- Thüringen (Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit).

Weitere Daten zu Einschulungsuntersuchungen konnten für die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen akquiriert werden. Auch hier ist die Vergleichbarkeit der Daten aufgrund der Anwendung unterschiedlicher Erhebungsinstrumente und Tests eingeschränkt. Daten zu weiteren Schuluntersuchungen konnten im Rahmen des Projektes nicht beschafft werden.

6.8 Arbeitspaket J – Literaturbasierte Untersuchung: Praxis internationaler Früherkennungsprogramme & Bewertung

Die systematische Bewertung der Früherkennung bzw. von etablierten Früherkennungsmaßnahmen im europäischen und angloamerikanischen Raum für die in Arbeitspaket A festgelegten Erkrankungen erfolgte ebenfalls auf Basis aggregierter Evidenz bevorzugt in Form von Leitlinien. Begründet wird diese Vorgehensweise im Wesentlichen durch die begrenzten dem Projekt zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Recherchestrategie

Eine systematische Recherche über PubMed und nationale und internationale Leitlinien-Datenbanken analog der Vorgehensweise in Arbeitspaket D wurde vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) durchgeführt. Zusätzlich wurden in mehreren Schleifen weitere, nachfolgend spezifizierte Recherchestrategien angewandt:

- Datenbankrecherche (u. a. Cochrane Library, Trip Database)
- systematische Suche auf den Seiten der Gesundheitsministerien in ausgewählten Ländern (USA, Kanada, Australien, Neuseeland und Europa)
- systematische Recherche bei relevanten Institutionen
- Recherche im Internet mit den Suchmaschinen Google/Google Scholar.

In der ÄZQ-Recherche wurden die Suchbegriffe zum einen krankheitsspezifisch definiert und enthielten zum anderen spezifische Suchbegriffe zur Früherkennung (siehe Anhang I-9: Synopse). Die Suchbegriffe in der Internetrecherche waren u. a.: "screening program* child*"; „national screening program* child* "; „health screening school-child*"; "health assessment school-child*"; "health screening primary school"; "school child* health surveillance" und "child* health surveillance policy" (siehe Anhang I-9: Synopse). Des Weiteren wurde auf den Internet Seiten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) mit dem Schlagwort „Screening“ gesucht und von den 47 Treffern diejenigen ausgewählt, die sich auf Kinder beziehen. Weitere Organisationen, bei denen systematisch recherchiert wurde, waren: National Health and Medical Research Council (NHMRC), Canadian Task Force on Preventive Healthcare (CTFPHC), Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), UK National Screening Committee (UK NSC) und U. S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Die Methodik sowie die Ergebnisse der einzelnen Recherchen sind ausführlich in der

Synopse (siehe Anhang I-9 sowie Kapitel 7.8) beschrieben.

Einschluss- und Ausschlusskriterien

Die Auswahl erfolgt in einem mehrstufigen Prozess:

Folgende Kriterien führten zum Ausschluss (verbindliche Knock-out-Kriterien):

- Ausschluss, wenn ausschließlich andere Altersgruppen als die 6- bis 10-Jährigen eingeschlossen waren
- Ausschluss, wenn ausschließlich andere als die festgelegten Erkrankungen behandelt werden
- Ausschluss, wenn Publikationsdatum vor 2004.

Auf eine Klassifizierung der Leitlinien als weiteres Einschlusskriterium wurde verzichtet. Im Falle nur weniger einschlägiger Leitlinien wurden auch - sofern vorhanden - systematische Reviews einbezogen.

Auswertung

Die Auswertung orientierte sich – wie schon in Arbeitspaket D – an dem Fragenkatalog des G-BA zum Thema „Screening auf Hörstörungen bei Neugeborenen“ (G-BA 2008], siehe Anhang I-1) und schließt zudem Kriterien der Testgüte ein. Die Leitlinien/systematischen Reviews wurden systematisch ausgewertet; die Ergebnisse wurden in einer Synopse entsprechend zusammengefasst (siehe Anhang I-9).

7 Ergebnisse

7.1 Arbeitspaket A – Identifikation von Erkrankungen

Die Prävalenz chronischer Erkrankungen - krankheitsübergreifend entsprechend des „Children with Special Health Care Needs“ (CSHCN-Screener) - liegt in der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen bei 15,8 % (Gesamtgruppe, siehe Tabelle 4). Bemerkenswert sind zwei Ergebnisse:

- die Prävalenz chronischer Erkrankungen steigt von 12,1 % bei den 6-Jährigen auf 17,8 % bei den 9 bis 10 Jahre alten Kindern an (jeweils Gesamtgruppe) und
- die Prävalenz für chronische Erkrankungen ist bei Jungen nahezu doppelt so hoch wie bei den Mädchen – eine Tendenz, die innerhalb jeder untersuchten Altersgruppe vorzufinden ist: Im Alter von 6 Jahren sind 15,5 % der Jungen und 8,6 % der Mädchen chronisch krank; bei den 7- bis 8-Jährigen bzw. den 9- bis 10-Jährigen liegen die Zahlen bei 20 % der Jungen vs. 11,1 % der Mädchen bzw. 23,5 % der Jungen und 11,8 % der Mädchen. Diese Geschlechterunterschiede sind statistisch signifikant.

Der gleiche Trend wird auch bei den emotionalen und verhaltensbezogenen Problemen in den letzten sechs Monaten (SDQ-Gesamtproblemwert) deutlich: Die vergleichsweise niedrigen Prävalenzen bei den 6-Jährigen (Gesamtgruppe: 4,9 %) steigen mit jeder Altersstufe an und liegen bei den 9- bis 10-Jährigen mehr als doppelt so hoch im Vergleich zu den 6-Jährigen, nämlich bei 10,5 % (Gesamtgruppe). Die Geschlechterunterschiede sind in jeder Altersgruppe statistisch signifikant: In der Gesamtgruppe der 6- bis 10-Jährigen liegt die Prävalenz bei 10,6 % (Jungen) und 5,8 % bei den Mädchen.

Von den chronischen Einzelerkrankungen fallen die atopischen Erkrankungen bei den 6- bis 10-Jährigen durch eine hohe Prävalenz auf – allerdings ist hier zu beachten, dass es sich hier um Angaben zur Lebenszeitprävalenz handelt: insbesondere Neurodermitis (14,6 %, Gesamtgruppe), Heuschnupfen (9,7 % Gesamtgruppe) und Asthma (4,4 %, Gesamtgruppe). Während beim Heuschnupfen die Prävalenz bei den 6- bis 10-Jährigen mit zunehmendem Alter deutlich ansteigt, gibt es beim Krankheitsbild der Neurodermitis eine nur sehr geringe Zunahme der Prävalenz in der betrachteten Altersgruppe. Zudem finden sich beim Auftreten der Neurodermitis keine deutlichen Geschlechterunterschiede, während die Prävalenz des Heuschnupfens statistisch signifikant bei

Jungen höher ist als bei Mädchen.

Die Prävalenz der spastischen obstruktiven Bronchitis – auch hier die Lebenszeitprävalenz – liegt ebenfalls sehr hoch mit 14,6 % in der Gesamtgruppe der 6- bis 10-Jährigen (deutlich niedriger ist hingegen die 12-Monatsprävalenz). Wiederum leiden Jungen häufiger - überwiegend statistisch signifikant - an dieser Erkrankung.

Übergewicht und Adipositas sind weitere Krankheitsbilder, die in der untersuchten Altersgruppe sehr häufig vorkommen: es sind 14,4 % bzw. 5,8 % in der Gesamtgruppe der 6- bis 10-Jährigen. Den Prävalenzzahlen in Abhängigkeit von der Altersgruppe kann man entnehmen, dass eine Zunahme der Prävalenz im Zeitraum zwischen dem 6. und dem 7./8. Lebensjahr stattfindet. Die Geschlechterunterschiede sind nur bei den 7 bis 8 Jahre alten Kindern statistisch signifikant.

Von den psychischen bzw. verhaltensbezogenen Krankheiten zeigt sich bei den Krankheitsbildern ADHS und ‚emotionale Probleme‘ eine Zunahme der Prävalenz mit zunehmendem Alter: Die Häufigkeit der diagnostizierten ADHS steigt von 2,1 % (jeweils Gesamtgruppe) im Alter von 6 Jahren auf 6,5 % bei den 9- bis 10-Jährigen an; die korrespondierenden Werte bei den emotionalen Problemen liegen bei 7,7 % im Alter von 6 Jahren und steigen auf 12,4 % bei den 9- bis 10-Jährigen. Geringe altersspezifische Unterschiede finden sich hingegen betrachtet für die letzten sechs Monate für Verhaltensprobleme (15 % Gesamtgruppe), Peer-Probleme (10,2 % Gesamtgruppe) und Prosoziales Verhalten (3 % Gesamtgruppe).

Hervorzuheben sind die besonders deutlichen Geschlechterunterschiede bei ADHS; Jungen leiden statistisch signifikant sehr viel häufiger an dieser Erkrankung als Mädchen. In der Gruppe der 6- bis 10-Jährigen liegt die Prävalenz von Jungen bei 7,6 % und die der Mädchen bei 1,6 %. Auch bei den Verhaltensproblemen zeigt sich dieser Trend: Jungen sind bei den verhaltensbezogenen Störungen häufiger betroffen. Anders ist es bei den emotionalen Problemen; hier sind nur geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu sehen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in der untersuchten Altersgruppe der 6- bis 10-jährigen Kinder die Prävalenz einen Alterstrend aufweist. Zudem zeigen sich – abhängig vom Krankheitsbild – häufige und z. T. signifikante Geschlechterunterschiede zu Lasten der Jungen.

Tabelle 4: Prävalenzen 6 bis 10-Jähriger bei den im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) erfassten Krankheiten und Störungen (Angaben in %, gewichtet; Auswertung der KiGGS-Daten durch AN für BMG-Projekt)

Krankheit/Störung ¹	6 Jahre			7 bis 8 Jahre			9 bis 10 Jahre			6 bis 10 Jahre		
	J (N=516)	M (N=490)	G (N=1.006)	J (N=1.044)	M (N=1.019)	G (N=2.063)	J (N=1.083)	M (N=1.002)	G (N=2.085)	J (N=2.643)	M (N=2.511)	G (N=5.154)
Krankheitsübergreifend												
CSHCN-Screener ² : Chronische Krankheiten (EFB) ^{***}	15,5	8,6	12,1	20,0	11,1	15,7	23,5	11,8	17,8	20,5	10,9	15,8
Amtlich anerkannte Behinderung (EFB) [*]	1,0	0,7	0,9	2,6	1,0	1,8	2,4	1,8	2,1	2,2	1,2	1,7
SDQ-Gesamtproblemwert ³ - auffällig (EFB) ^{**}	3,5	1,4	4,9	9,8	5,3	7,6	13,2	7,6	10,5	10,6	5,8	8,2
Somatisch – chronisch												
Heuschnupfen, allergische Bindehautentzündung (CAPI) [*]	8,7	4,1	6,4	10,5	7,5	9,1	14,1	9,9	12,0	11,6	7,8	9,7
Heuschnupfen (EFB) [*]	9,4	6,2	7,9	12,3	8,2	10,3	15,8	10,9	13,4	13,1	8,9	11,1
Neurodermitis, atop. Ekzem (CAPI) [*]	12,8	13,9	13,3	15,1	13,5	14,3	15,1	16,1	15,6	14,7	14,6	14,6
Neurodermitis (EFB) [*]	14,8	19,2	17,0	18,0	17,0	17,5	18,3	19,6	18,9	17,4	18,5	17,9
Allerg. Kontaktekzem (EFB) [*]	6,2	8,5	7,3	6,0	11,1	8,5	6,6	16,3	11,4	6,2	12,6	9,3
Asthma (CAPI) [*]	3,9	2,8	3,5	5,8	2,1	4,0	5,5	5,3	5,4	5,3	3,5	4,4
Spastische obstruktive Bronchitis (CAPI) [*]	17,7	11,3	14,6	19,1	10,4	14,8	15,0	13,5	14,2	17,3	11,8	14,6

Krankheit/Störung ¹	6 Jahre			7 bis 8 Jahre			9 bis 10 Jahre			6 bis 10 Jahre		
	J (N=516)	M (N=490)	G (N=1.006)	J (N=1.044)	M (N=1.019)	G (N=2.063)	J (N=1.083)	M (N=1.002)	G (N=2.085)	J (N=2.643)	M (N=2.511)	G (N=5.154)
Psoriasis (EFB)*	0,2	1,6	0,9	0,7	1,4	1,0	0,7	1,5	1,1	0,6	1,5	1,0
Herzkrankheit (CAPI)*	2,5	3,5	3,0	2,1	2,3	2,2	2,1	2,6	2,3	2,1	2,7	2,4
Blutarmut, Anämie (CAPI)*	3,5	1,7	2,6	2,5	2,3	2,4	2,0	2,8	2,4	2,5	2,5	2,5
Krampfanfall (CAPI)*	2,7	3,5	3,1	4,9	3,6	4,2	4,8	3,8	4,3	4,4	3,7	4,0
Schilddrüsenkrankheit (CAPI)*	0,6	0,2	0,4	0,5	0,7	0,6	0,9	1,4	1,2	0,7	0,9	0,8
Zuckerkrankheit (CAPI)*	0	0	0	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
Skoliose (CAPI)*	3,5	2,5	3,0	2,4	2,3	2,4	4,0	4,4	4,2	3,3	3,2	3,2
Migräne (CAPI)*	0,2	1,5	0,8	0,6	1,1	0,8	2,7	1,8	2,2	1,4	1,4	1,4
Schwerhörigkeit (CAPI) (n=2.771)*	18,2	16,7	17,5	15,9	13,7	14,9	2,3	11,9	12,1	15,0	13,6	14,3
Dauerhaft schwerhörig (EFB) (n=3.567)*	2,9	1,2	2,1	1,0	1,4	1,2	1,3	1,0	1,2	1,5	1,1	1,3
Brillenträger (MB)	14,1	10,3	12,3	15,5	15,1	15,3	17,0	20,6	18,7	15,8	16,3	16,0
Kurzsichtigkeit – jemals (EFB)*	4,1	3,8	4,0	4,9	7,2	6,0	9,8	12,4	11,0	6,7	8,5	7,6
Weitsichtigkeit – jemals (EFB)*	9,2	5,6	7,4	10,3	9,5	9,9	7,5	11,6	9,5	9,0	9,5	9,3
Hornhautverkrümmung – jemals (EFB)*	7,5	3,8	5,7	6,6	5,9	6,3	5,8	7,9	6,8	6,5	6,3	6,4
Schielen – jemals (EFB)*	4,4	3,4	3,9	3,9	4,9	4,4	3,8	4,5	4,2	4,0	4,4	4,2

Krankheit/Störung ¹	6 Jahre			7 bis 8 Jahre			9 bis 10 Jahre			6 bis 10 Jahre		
	J (N=516)	M (N=490)	G (N=1.006)	J (N=1.044)	M (N=1.019)	G (N=2.063)	J (N=1.083)	M (N=1.002)	G (N=2.085)	J (N=2.643)	M (N=2.511)	G (N=5.154)
Stark untergewichtig (<P3; Kromeyer-Hauschild) (MB)	1,4	1,3	1,4	2,1	1,0	1,5	2,0	2,6	2,3	1,9	1,7	1,8
Übergewicht (>P90 Kromeyer-Hauschild) (MB)	10,9	10,4	10,6	16,1	12,7	14,4	15,7	16,9	16,3	14,9	13,9	14,4
Adipositas (>P97; Kromeyer-Hauschild) (MB)	4,3	3,0	3,7	7,7	5,1	6,4	6,1	6,4	6,2	6,4	5,2	5,8
Psychisch/Verhaltensbezogen												
ADHS (von Arzt/Ärztin oder Psychologe/-in festgestellt) (EFB)*	3,4	0,7	2,1	7,1	1,3	4,2	10,4	2,5	6,5	7,6	1,6	4,7
ADHS-Verdachtsfall (≥ 7 , SDQ, EFB)**	6,5	3,1	4,8	8,3	4,7	6,5	7,8	4,9	6,3	7,7	4,5	6,1
Hyperaktivität (EFB) – auffällig (SDQ; EFB)**	10,2	4,8	7,6	14,5	6,0	10,4	14,1	6,9	10,6	13,5	6,0	9,9
Emotionale Probleme – auffällig (SDQ; EFB)**	7,1	8,3	7,7	8,7	8,2	8,4	13,5	11,3	12,4	10,3	9,4	9,9
Verhaltensprobleme – auffällig (SDQ; EFB)**	20,0	9,8	15,1	17,6	12,1	14,9	19,8	10,4	15,3	18,9	11,0	15,1
Peer-Probleme (EFB) – auffällig (SDQ; EFB)**	10,6	5,9	8,4	10,6	6,9	8,8	14,1	11,0	12,6	12,0	8,3	10,2
Prosoziales Verhalten – auffällig (SDQ; EFB)**	2,2	0,5	2,8	4,1	2,6	3,3	3,3	1,9	2,6	3,8	2,1	3,0
Emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme (EFB)*	7,1	1,9	4,6	9,9	4,3	7,2	10,4	4,4	7,5	9,6	3,9	6,8
→ wenn vorhanden, Problemdauer mind. 12 Monate (EFB, Subgruppe)***	71,9	50,0	67,5	95,5	91,9	94,4	89,5	97,3	91,9	89,3	90,2	89,5
Verzög. Sprachentwicklung (CAPI) (n=2.771)*	5,8	3,8	4,9	4,5	2,3	3,5	4,0	3,6	3,8	4,6	3,1	3,9

Krankheit/Störung ¹	6 Jahre			7 bis 8 Jahre			9 bis 10 Jahre			6 bis 10 Jahre		
	J (N=516)	M (N=490)	G (N=1.006)	J (N=1.044)	M (N=1.019)	G (N=2.063)	J (N=1.083)	M (N=1.002)	G (N=2.085)	J (N=2.643)	M (N=2.511)	G (N=5.154)
Somatisch – akut												
Lungenentzündung (CAPI)*	12,2	10,8	11,6	12,4	9,4	10,9	10,7	10,3	10,5	11,7	10,1	10,9
Mittelohrentzündung (CAPI)*	60,2	50,6	55,5	61,2	55,9	58,6	57,5	54,3	55,9	59,5	54,2	56,9

Legende

M = Mädchen, J = Jungen, G= Gesamtgruppe; signifikante Geschlechterunterschiede sind fett markiert

EFB – Elternfragebogen; CAPI – Ärztliche Befragung zu Erkrankungen; MB - Messbogen

¹ Fallzahlen variieren bei den einzelnen Krankheiten.

² Children with Special Health Care Needs-Screener – Bejahung von mindestens einer der 5 Hauptfragen [RKI 2008a]

³ Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) [RKI 2008a]

* Lebenszeitprävalenz

** 6-Monats-Prävalenz

*** 12-Monats-Prävalenz

Im zweiten Schritt wurden den Mitgliedern des Lenkungsgremiums mit pädiatrischer Expertise die Tabelle 4 vorgelegt, mit dem Auftrag, diese nach dem Kurzbewertungsinstrument (siehe Kapitel 6.1) zu bewerten. Nachstehend sind die Ergebnisse zusammengefasst, die Einzelbeurteilung ist der Tabelle 4_A im Anhang I-2 zu entnehmen:

- Die Erkrankungen Adipositas, Sehstörungen und Hörstörungen wurden durchgängig in allen 5 Items zustimmend bewertet, überwiegend mit der Kategorie ‚ich stimme ganz entschieden zu‘. Das Item ‚valide Screeninginstrumente‘ wurde überwiegend mit ‚ja‘ bewertet.
- Die Erkrankungen obstruktive Bronchitis, Skoliose, Neurodermitis, allergische Rhinitis, Asthma, umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten, umschriebene Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen und emotionale Störungen sind in den Bewertungen eher zustimmend beurteilt worden; es zeigten sich jedoch Probleme – häufig bei den Items ‚Früherkennung möglich und sinnvoll‘ sowie ‚valides Screening-Instrument vorhanden‘. Hinsichtlich ihrer Bedeutung für Kinder im Alter von 6 bis 10 Jahren wurden diese Erkrankungen bzw. Störungen ähnlich eingeschätzt.
- Bei den Erkrankungen ADHS und Störungen des Sozialverhaltens haben nur drei der Experten und Expertinnen Beurteilungen abgegeben, was eine Aussage zur Priorisierung erschwert.
- Die folgenden Erkrankungen wurden als nicht priorisiert von der weiteren Bewertung ausgeschlossen: Krampfanfall/epileptischer Anfall, orthopädische Erkrankungen, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Pubertas præcox, atopische Erkrankung, atopisches Ekzem und allergisches Kontaktekzem.

Die als weiterer Bewertungsschritt durchgeführte Fokusgruppe mit (niedergelassenen) Pädiatern und Pädiaterinnen stuft sieben von neun Erkrankungen als relevant ein. Diese sind: obstruktive Bronchitis, allergische Rhinitis, Asthma, umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten, emotionale Störungen, ADHS und Störungen des Sozialverhaltens. Als Begründung für den Ausschluss der anderen Erkrankungen wurde angeführt:

- Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen und Neurodermitis treten in der Regel vor dem 6. Lebensjahr auf und sind bereits in medizinischer Behandlung.

- Skoliose hat eine zu geringe Prävalenz und würde auch im Rahmen der körperlichen Untersuchung einer neuen U-Untersuchung diagnostiziert werden können, ohne dafür einen spezifischen Fokus legen zu müssen.

In der Fokusgruppe wurde auf die Bedeutung einiger zusätzlicher Krankheitsbilder verwiesen, u. a. Migräne, Spannungskopfschmerzen und Bauchschmerzen, Gelenk- und Gliederschmerzen sowie Enuresis, Enkopresis und Obstipation. Diese Erkrankungen bzw. Störungen wurden innerhalb der Expertise nicht untersucht.

Als Ergebnis der einzelnen Arbeitsschritte wurden für die wissenschaftliche Expertise folgende Erkrankungen bei 6- bis 10-Jährigen als relevant festgelegt (alphabetische Ordnung):

1. ADHS
2. Adipositas
3. Allergische Rhinitis
4. Asthma
5. Emotionale Störungen
6. Hörstörungen
7. Obstruktive Bronchitis
8. Sehstörungen
9. Störungen des Sozialverhaltens
10. Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten.

7.2 Arbeitspaket B – Befragung der GKV bzgl. Diagnosen aus U10 und U11 Früherkennungsuntersuchungen

Ergebnisse zu den aus U10 und U11-Untersuchung gestellten Diagnosen konnten im Rahmen des Projektes nicht ermittelt werden. Die wesentlichen Ursachen liegen hierfür nach Aussage verschiedener gesetzlicher Krankenversicherungen darin, dass keine verbindliche Dokumentation, Datensammlung und Auswertung der Daten erfolgt. Zum Teil verbleiben die Dokumentationen bei den Ärzten; entsprechend sind damit Auswertungen nicht vorhanden. Auch seitens der Kassenärztlichen Landesvereinigungen werden keine Auswertungen über die Abrechnungen hinaus vorge-

nommen.

Ein möglicher Zugang besteht über die BKK (Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg), die Daten von U10- und U11-Untersuchungen zusammengetragen hat. Ein Vertragsentwurf liegt der Charité vor und kann in weiterführenden Fragestellungen eingebracht werden.

7.3 Arbeitspaket C – Befragung der Fachgesellschaften und Selbsthilfegruppen zu Behandlungs-Leitlinien

Drei Fachgesellschaften [Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V., Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V., Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.] gaben Hinweise auf existierende Leitlinien und weitere Kontaktdaten zu Experten und Expertinnen, die diesbezüglich Auskunft geben könnten (Methodik siehe Kapitel 6.3). Auch von fünf für die Expertise relevanten Selbsthilfeorganisationen kamen Rückmeldungen zu krankheitsspezifischen Leitlinien (Deutscher Schwerhörigenbund e.V., ADHS Deutschland e.V., Landesverband Legasthenie und Dyskalkulie Berlin e.V., Deutsche Angst-Selbsthilfe e.V., Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V.). Eine Erweiterung der Datenbasis für die Bewertung der Erkrankungen (Arbeitspaket D) hat sich hierdurch nicht ergeben.

In einem zweiten Schritt wurde eine telefonische Nachfassaktion zur Frage der Krankheitsfrüherkennung durchgeführt. Aufgrund der Nominierung für die Sachverständigengruppe (Arbeitspaket L) kam es hier zu einer Überlappung der beiden Arbeitspakete. In Folge dessen wurde nur mit folgenden Fachgesellschaften eine Befragung durchgeführt:

- Deutsche Adipositas- Gesellschaft e.V. (schriftliche Antwort)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (telefonische Befragung, vertreten auch in der Sachverständigengruppe)

Neben der Durchführung einer telefonischen Befragung eines Vertreters der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin beantwortete die Deutsche Adipositas- Gesellschaft e.V. die Fragen schriftlich. Die Befragung orientierte sich am Fragenkatalog des G-BA zum Thema „Screening auf Hörstörungen bei Neugeborenen“ [G-BA 2008]. Beide Experten befürworteten Screeningmaßnahmen mit dem Ziel, Erkrankungen und Risikofälle im Kindesalter frühzeitig zu erkennen und Folgeerkrankungen zu verringern, und unterstrichen die Notwendigkeit der Standardi-

sierung von Untersuchungen. Sie waren beide der Meinung, dass momentan genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, die Screenings durchführen könnten. Einer der Befragten wies jedoch auf die Entstehung möglicher kinderärztlicher Versorgungslücken in der Zukunft hin und betonte den Bedarf an Weiterbildung von Allgemeinärzten/-innen im Bereich der Früherkennung. Aufgrund der Überschneidungen mit den Organisationen, die für das Lenkungsgremium und die Sachverständigengruppe nominiert wurden, wurde um Doppelungen zu vermeiden, auf eine weitergehende Nachbefragung in diesem Arbeitsschritt verzichtet.

7.4 Arbeitspaket D - Leitlinienbasierte Untersuchung der in Arbeitspaket A festgelegten Erkrankungen

Entsprechend der methodischen Vorgehensweise wurde die Bewertung der unter A ausgewählten Erkrankungen durchgeführt (siehe Kapitel 7.1). Die Auswertung erfolgte mehrstufig und ist im Einzelnen wie folgt dokumentiert:

1. Ausführliche Auswertung der Leitlinien entlang des Fragenkatalogs (Anhang I-13: G-BA-Tabellen)
2. Verdichtung der Informationen in Synopsen (Anhang I-4: Krankheitsspezifische Synopsen)
3. Verdichtung der Synopsen in Thesen (Anhang I-12: Thesenpapier Stand 17. November 2009)
4. Aktualisiertes Thesenpapier basierend auf Diskussion in Sachverständigengruppe und Lenkungsgremium (im Folgenden dargestellt).

Die Beurteilung der einzelnen Erkrankungen basiert auf unterschiedlichen Entwicklungsstufen (definiert nach [AWMF 2004]) die bei den internationalen Leitlinien in Anlehnung an die Kriterien vorgenommen wurden. In Tabelle 5 sind die zugrunde liegenden Leitlinien entsprechend der AWMF-Entwicklungsstufen dargestellt.

Tabelle 5: Anzahl und Entwicklungsstufe der zur Beurteilung genutzten Leitlinien

Erkrankung	Anzahl LL	S1	S2	S3
ADHS	3			X
Adipositas	5			X
Allergische Rhinitis	5	X		
Angststörungen	4	X		
Asthma	4			X
Depression	5	X		
Hörstörungen	1		X	
Sehstörungen	2			X
Störungen des Sozialverhaltens	3	X		
Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	1	X		

Nachstehend sind die wesentlichen Ergebnisse in Thesen dargestellt – die ausführliche Darstellung der Methodik und der Ergebnisse findet sich in den Synopsen im Anhang I-4. Grau hervorgehoben sind die Kommentare bzw. Ergänzungen in der Sachverständigengruppe. Diese Aussagen stellen eine Ergänzung zu den in den Leitlinien vorhandenen Angaben dar und finden sich in dieser Form nicht in den Leitlinien.

7.4.1 Adipositas (E.66)

1. Adipositas erfüllt im weitesten Sinne alle Voraussetzungen für eine routinemäßige Berücksichtigung in der Früherkennung bei 6- bis 10-Jährigen. Weiterführend zu prüfen gilt, die Folgen aus Nichtbehandlung sowie eine Kosten-Nutzen-Relation.
2. Datenbasis: Der Bewertung liegen fünf S3-Leitlinien aus den Jahren 2005 bis 2009 zugrunde [RNAO 2005; NICE 2006a; Lau et al. 2007; August et al. 2008; AGA 2009].
3. Definition: Eine Adipositas liegt vor, wenn der Körperfettanteil an der Gesamtkörpermasse pathologisch erhöht ist [AGA 2009].
4. Relevanz: Adipositas ist eine relevante Erkrankung im Kindesalter mit im Altersverlauf zunehmender Tendenz. Nach Angaben des KiGGS sind 5,8 % der 6- bis 10-Jährigen betroffen; die Angaben in den berücksichtigten Leitlinien berichten Prävalenzen von 8 % [Lau et al. 2007] bis 17,1 % [August et al. 2008].
5. Diagnostik: Die Bestimmung der Adipositas sollte im Kindes- und Jugendalter anhand populations- und geschlechtsspezifischer Altersperzentile für den BMI erfolgen (Deutschland: ab der 97sten Perzentile; Evidenzgrad III, [August et al. 2008]). Ergänzend zur Messung des Körpergewichts und -größe soll auch der Blutdruck bei den Kindern bestimmt werden.
6. Therapie: Kombinierte multidisziplinäre Therapieprogramme sollten Therapien, die nur einzelne Aspekte berücksichtigen, vorgezogen werden (Evidenzgrad Ib, [AGA 2009]). Die empfohlene Therapie beginnt in der Regel mit einem Programm zur Verhaltensänderung (Ernährungstherapie, Bewegung). Ein aktueller Cochrane-Review [Oude Luttikhuis 2009] belegt die Wirksamkeit multimodaler Programme in der Adipositas-Therapie.
7. Folgen aus Nichtbehandlung: Explizite Hinweise finden sich nur im Zusammenhang mit Adipositas-assoziierten Komorbiditäten (kardiovaskuläre Probleme, Typ 2 Diabetes mellitus, verschiedene Krebsarten, psychosoziale Störungen, etc.) in den Leitlinien. Zudem wird das Fortbestehen der pädiatrischen Adipositas in das Erwachsenenalter hinein thematisiert.
8. Nutzen der Früherkennung: Die Anwendung des BMI bei Screeninguntersuchungen und Verlaufsbeobachtungen wird in 4 von 5 Leitlinien empfohlen (Evidenzgrad III, [Lau et al. 2007]). Eine der Leitlinien empfiehlt kein Screening für Adipositas im Kindesalter [NICE 2006a].

9. Testverfahren für die Früherkennung: Eine eindeutige Bestimmung der Adipositas ist über die populations- und geschlechtsspezifische Altersperzentile für den BMI und die darin festgelegten Grenzwerte möglich.
10. Kosten-Nutzen-Bewertung der Früherkennung: Angaben zur Kosten-Nutzen-Relation einer Früherkennungsuntersuchung sind in den Leitlinien nicht vorhanden.

7.4.2 Allergische Atemwegserkrankungen (Asthma (J45.) und allergische Rhinitis (J30.))

1. Eine Zusammenfassung der Erkrankungen Asthma, allergische Rhinitis und obstruktive Bronchitis wurde in der Diskussion des Lenkungsgremiums empfohlen. Während für Asthma ausreichend wissenschaftliche Evidenz vorliegt, gilt dies für die beiden anderen Erkrankungen nicht. Diese sollten entsprechend nicht eigenständig berücksichtigt werden, sondern als mögliche Risikofaktoren bzw. zur Differentialdiagnostik im Kontext des allergischen Asthmas. Die Sachverständigengruppe sprach sich einstimmig dafür aus, die obstruktive Bronchitis, da irrelevant für diese Altersgruppe, auszuschließen.
2. Datenbasis: Der Beurteilung von Asthma liegen vier S3-Leitlinien publiziert zwischen 2005 bis 2009 [Becker et al. 2005; NHLBI 2007; RNAO 2008; BÄK, KBV & AWMF 2009] und der allergischen Rhinitis fünf S1-Leitlinien veröffentlicht in 2007 und 2008 zugrunde. Leitlinien zur chronischen spastischen Bronchitis in der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen konnten nicht gefunden werden.
3. Definition: Asthma ist eine chronisch entzündliche Erkrankung der Atemwege [NHLBI 2007; RNAO 2008; BÄK, KBV & AWMF 2009], charakterisiert durch eine bronchiale Hyperreagibilität und eine variable Atemwegsobstruktion [BÄK, KBV & AWMF 2009]. Als Formen des Asthmas werden das allergische Asthma und das intrinsische oder nicht-allergische Asthma unterschieden [BÄK, KBV & AWMF 2009].
4. Relevanz: Asthma ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindesalter. Die Prävalenz beträgt nach Auswertung des KiGGS 4,4 % in der betrachteten Altersgruppe; eine andere Leitlinie [RNAO 2008] beziffert die Prävalenz auf 10 bis 13 % und weist auf eine steigende Tendenz im zeitlichen Trend hin.
5. Diagnostik: Die Diagnose des Asthmas stützt sich auf charakteristische Beschwerden und

Symptome und den Nachweis einer (partiell-)reversiblen Atemwegsobstruktion und/oder einer bronchialen Hyperreagibilität [BÄK, KBV & AWMF 2009].

6. Therapie: Die Asthmatherapie zielt übereinstimmend in allen Leitlinien auf die Suppression der asthmatischen Entzündung und in die Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität und der Atemwegsobstruktion. In zwei Leitlinien [NHLBI 2007; BÄK, KBV & AWMF 2009] liegen Algorithmen zur präklinischen und klinischen Behandlung vor.
7. Folgen aus Nichtbehandlung: Zu den Folgen aus Nichtbehandlung liegen keine Angaben in den Leitlinien vor.
8. Nutzen der Früherkennung: Die Angaben in den Leitlinien zur Früherkennung sind inkonsistent; ein Expert Panel kommt zu dem Schluss, dass eine Früherkennung und damit frühe Intervention den Verlauf der Erkrankung beeinflusst [NHLBI 2007]; im Unterschied dazu empfiehlt eine andere Leitlinie ein Screening im Rahmen der „nursing assessment of respiratory health“ (Evidenzgrad IV; [RNAO 2008]).
9. Testverfahren für die Früherkennung: Eine Früherkennung des Asthmas in dieser Altersgruppe ist zweifelsfrei möglich; standardisierte Screeninginstrumente sind vorhanden. Nach der Leitlinie der BÄK, KBV & AWMF [2009] existiert jedoch derzeit kein allgemeingültiger Konsens, welche Einzelkomponenten eines Screenings bei Exponierten am wirksamsten sind (z. B. Fragebögen/ Lungenfunktionsdiagnostik/Prick-Testungen, spezifische IgE-Bestimmungen).
10. Kosten-Nutzen-Bewertung der Früherkennung: Angaben zur Kosten-Nutzen-Relation einer Früherkennungsuntersuchung sind in den Leitlinien nicht vorhanden.

7.4.3 Hörstörungen (H90.; H91.)

1. Relevanz der Erkrankung im Sinne der Inzidenz für erworbene Hörstörungen (Zustand nach rezidivierender Otitis media) ist für die betrachtete Altersgruppe fraglich und wird eher niedrig eingestuft, da angeborene Hörstörungen bei Kindern bereits durch das Neugeborenen-Hörscreening bzw. die früheren U-Untersuchungen erkannt werden. Des Weiteren ist das Ergebnis der aktuellen Beratung um die Früherkennung von Hörstörungen im G-BA abzuwarten. Der Ausschluss der Hörstörungen wird einstimmig von der Sachverständigengruppe unterstützt auch unter zur Kenntnisnahme der Daten des Landes Brandenburg.

2. Datenbasis: Der Bewertung liegt nur eine S2-Leitlinie aus dem Jahre 2005 zugrunde [DGPP 2005].
3. Definition: Unter Schallleitungsschwerhörigkeiten (SLS) werden Störungen der Schallübertragung im äußeren Gehörgang und/oder im Mittelohr verstanden. Unter Schallempfindungsschwerhörigkeiten werden Hörstörungen verstanden, die durch Innenohr- oder Hörnervenschädigungen bedingt sind.
4. Relevanz: Eine Prävalenz von 3 bis 8 % bis zum Alter von 7 Jahren wird für die passagere Schallleitungsschwerhörigkeit angenommen; für eine permanente konduktive Schallleitungsschwerhörigkeit wird die Prävalenz auf unter 5 % (keine Altersspezifizierung) geschätzt. Hörstörungen treten bei bestimmten Risikogruppen (u. a. Kinder mit Down Syndrom) öfter auf (Prävalenzen zwischen 40 % und 50 %). Nach Angaben des KiGGS liegt die Lebenszeitprävalenz in der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen bei 14,3 % (Subgruppe).
5. Diagnostik: Die Diagnose von Hörstörungen erfolgt durch die Erhebung einer Anamnese und eine klinische Untersuchung. Zur Erstabklärung gehören die Ohrmikroskopie, ggfs. die Otoskopie und der vollständige Untersuchungsbefund Kopf-Hals. Die Leitlinie empfiehlt, dass die klinische Untersuchung neben der Ohrinspektion auch die Erhebung der endonasalen und oralen Spiegelbefunde sowie die Kommunikations- und Sprachentwicklungsdiagnostik und die Verhaltensbeobachtung umfassen sollte. Bei den verschiedenen Hörprüfungsverfahren gibt es alters- und entwicklungsabhängige subjektive und objektive Messverfahren mit verschiedenartigen Testmaterialien.
6. Therapie: Sowohl für die Schallleitungsschwerhörigkeit als auch für Schallempfindungsschwerhörigkeit liegen verschiedene therapeutische Optionen vor. Für Schallleitungsschwerhörigkeit empfiehlt die Leitlinie konservative, operative sowie apparative Therapieverfahren. Die Auswahl der ist abhängig von Ursache, Dauer, Ausmaß der Störung und Komorbidität. Für die Therapie der Schallempfindungsschwerhörigkeit nennt die Leitlinie zwei Therapieformen.
7. Folgen aus Nichtbehandlung: Die Leitlinie betont, dass es ohne adäquate Behandlung der passageren Schallleitungsschwerhörigkeiten intermittierend oder chronisch zu eitriger Otorrhoe mit der Folge der Arrosion der Ossikel des Mittelohres und damit zu einer zunehmenden Schallleitungsschwerhörigkeit kommt.

8. Nutzen der Früherkennung: Die Leitlinie enthält keine relevanten Aussagen für Kinder im Alter von 6 bis 10 Jahre.
9. Testverfahren für die Früherkennung: Der Screening-Level der Verfahren zur Überprüfung des Hörvermögens dient der orientierenden Hörprüfung und sollte bei den regelmäßigen Routineuntersuchungen von in der pädaudiologischen Diagnostik erfahrenen Untersuchern durchgeführt werden. Reihenuntersuchungen für ältere Kinder in Schulen oder Kindergärten werden häufig noch mit Dreitonaudiometern durchgeführt werden, um so in einem schnellen Screening die Notwendigkeit einer weiteren Untersuchung festzustellen. Die Stimmgabelversuche nach Rinne und Weber können als Screening Hinweise zur Art der Hörstörung geben (Schallleitung, Schallempfindung), sind aber zur Diagnostik einer Hörstörung bei Kindern nicht ausreichend aussagekräftig.
10. Kosten-Nutzen-Bewertung der Früherkennung: Angaben zur Kosten-Nutzen-Relation einer Früherkennungsuntersuchung sind in der Leitlinie nicht vorhanden.

7.4.4. Sehstörungen (H53.)

1. Eine Berücksichtigung von Sehstörungen wird nur eingeschränkt im Lenkungsgremium und wenn eher für die älteren Kinder der betrachteten Altersgruppe (9 bis 10 Jahre) für sinnvoll erachtet. Diese Einschätzung teilt die Sachverständigengruppe nicht. Sie empfiehlt einstimmig, den Passus „*eingeschränkt*“ bei den Sehstörungen zu löschen und diese bei der Früherkennung in dieser Altersgruppe zu berücksichtigen. Begründet wurde dies damit, dass im Schulalter bestimmte Sehstörungen (Astigmatismus, Myopie) deutlich zunehmen und zudem einfache und schnelle Tests mit hoher Testgüte vorhanden sind.
2. Datenbasis: Der Bewertung liegen zwei S3-Leitlinien aus dem Jahr 2007 zugrunde [AAO 2007a/b].
3. Definition: Sehschwäche bzw. -störung (einseitig oder beidseitig) bedeutet eine Reduktion der Sehschärfe, die aber nicht nur einer strukturellen Anomalie bzw. Abnormalität des Auges zuzuschreiben ist.

4. Relevanz: Nach Angaben des KiGGS liegt die Lebenszeitprävalenz zwischen 4,2 % (Schielen) und 9,3 % (Weitsichtigkeit); die Spanne der in den berücksichtigten Leitlinien berichteten Prävalenzen liegt je nach Störung zwischen 2 % (Amblyopie) und 28 % (Astigmatismus) [AAO 2007b].
5. Diagnostik: Beide Leitlinien empfehlen die gründliche Abfrage einer Itematterie (Anamnese), ein Assessment der physiologischen Funktionen sowie des anatomischen Status. Hierzu liegen verschiedene diagnostische Test vor, die alle samt mit dem Evidenzgrad A:III in beiden Leitlinien bewertet wurden. Die Überprüfungsmethode variiert ja nach Alter des Kindes und dem Level der Kooperation.
6. Therapie: Therapieoptionen stehen zur Verfügung, die überwiegend mit dem Evidenzgrad A:1 [AAO 2007a] bewertet wurden. Eine der beiden Leitlinien stellt zudem einen Entscheidungsbaum für Amblyopia zur Verfügung [AAO 2007a].
7. Folgen aus Nichtbehandlung: Eine der Leitlinien betont, dass mit seltenen Ausnahmen eine im frühen Kindesalter unentdeckte und ungenügend behandelte Sehschwäche einen lebenslangen Seh-Schaden mit sich bringt [AAO 2007a].
8. Nutzen der Früherkennung: Beide Leitlinien betonen, dass Früherkennung die effektivste Möglichkeit ist, Sehstörungen zu entdecken. Die Früherkennung sollte regelmäßig im Kindesalter erfolgen und ist besonderes effektiv im frühen Kindesalter.
9. Testverfahren für die Früherkennung: Effektive Testverfahren sind vorhanden. Eine Leitlinie stellt in einer ausführlichen Tabelle, die in den einzelnen Altersgruppen einzusetzenden Testverfahren, dar [AAO 2007b].
10. Kosten-Nutzen-Bewertung der Früherkennung: Eine Leitlinie zeigt auf, dass eine frühe Erkennung und Behandlung von Sehschwäche sehr kosteneffektiv und effizient ist im Vergleich zu anderen Interventionen in der Gesundheitsversorgung [AAO 2007a].

7.4.5 ADHS (Hyperkinetische Störung, F90.)

1. ADHS wird eine hohe Relevanz aufgrund der Prävalenz und den mit ADHS verbundenen Folgen zugesprochen unter der Voraussetzung, dass ein mit ausreichender Testgüte und im Rahmen der pädiatrischen Versorgung einsetzbares Instrument vorhanden ist. Die abschließende Bewertung erfolgt derzeit und steht entsprechend noch aus. Nach übereinstimmender

Aussage der Experten/-innen zu diesem Krankheitsbild in der Sachverständigengruppe liegen Screeninginstrumente mit hoher Textgüte vor, die sich in der pädiatrischen Praxis gut einsetzen lassen. Die Priorisierung folgender Screening-Instrumente - SDQ bzw. CBCL/4-18 - wird einstimmig unterstützt (siehe Expertise [Lehmkuhl & Bachmann 2009] im Anhang I-10). Das Screening muss Teil eines mehrstufigen Vorgehens im Sinne einer Versorgungskette sein.

2. Datenbasis: Der Bewertung basiert auf zwei S3-Leitlinien der Jahre 2007 und 2009 [Nutt et al. 2007; NICE 2009].
3. Definition: Eine allgemeingültige Definition ADHS findet sich in der internationalen Literatur nicht. Die Definitionen variieren und beziehen sich inhaltlich sowohl auf Symptome als auch auf die Pathologie von ADHS. Übereinstimmung besteht in der Anwendung der Diagnosekriterien nach DSM-IV und ICD-10.
4. Relevanz: Nach Angaben des KiGGS wurde bei 4,7 % der 6- bis 10-Jährigen ein ADHS diagnostiziert; der Range in der Prävalenz beträgt in der internationalen Literatur zwischen 1 % - 16 % [NICE 2009]. Die starke Varianz der Prävalenz-daten ist durch die unterschiedliche Definition von ADHS begründet (DSM-IV oder ICD-10).
5. Diagnostik: Es besteht Übereinstimmung, die Diagnosekriterien nach DSM-IV und ICD-10 anzuwenden. Beide Leitlinien empfehlen eine mehrdimensionale Untersuchung (u. a. Interview mit Eltern, Kind, Schulpersonal, Einbeziehung von Entwicklungs-/Krankheitsgeschichte, familiärem Kontext, schulischem Umfeld, anderen Risikofaktoren).
6. Therapie: Das ADHS- Management sollte auf die mehrdimensionale Pathologie und Komorbidität von ADHS abgestimmt werden, multimodal angelegt sein und je nach Bedarf medikamentöse Behandlungsmaßnahmen, Verhaltenstherapie, Erziehungsmaßnahmen, Elternt raining, kognitive Behandlungsmaßnahmen und schulische Unterstützung beinhalten. Eine der beiden Leitlinien weist darauf hin, dass die medikamentöse Behandlung bei Kindern im Schulalter nicht per se die Therapie der ersten Wahl ist, sondern den Fällen mit schweren Symptomen und Einschränkungen vorbehalten bleibt, die auf nicht-medikamentöse Behandlungsmaßnahmen nicht angesprochen haben [NICE 2009].
7. Folgen aus Nichtbehandlung: Beide Leitlinien weisen darauf hin, dass Erwachsene, die bereits im Kindesalter unter ADHS gelitten haben, ein erhöhtes Risiko für antisoziales Verhalten haben. ADHS tritt häufig in Verbindung mit verschiedenen Komorbiditäten auf, die bei Nicht-

Behandlung bis ins Jugend- und Erwachsenenalter bestehen.

8. Nutzen der Früherkennung: Eine Leitlinie rät aufgrund fehlender Evidenz von der Anwendung universeller Screenings bei ADHS ab [NICE 2009].
9. Testverfahren für die Früherkennung: Verschiedene Screeninginstrumente stehen zur Verfügung, wie *Adult ADHD Self Report Scale or the Barkley scales based on the DSM-IV checklist for ADHD symptoms* [NICE 2009]. In beiden Leitlinien findet sich eine Überschneidung zwischen Früherkennung und Diagnostik.
10. Kosten-Nutzen-Bewertung der Früherkennung: Als mögliche negative Begleiteffekte werden die Identifikation von falsch positiven und negativen Fällen und die damit verbundenen Kosten benannt [NICE 2009].

7.4.6 Angststörungen (F40.; F93.)

1. Angststörungen sind in der Altersgruppe relevant und bergen die Gefahr der Chronifizierung bei Nichtbehandlung. Nach übereinstimmender Aussage der Experten/-innen zu diesem Krankheitsbild in der Sachverständigengruppe liegen Screeninginstrumente mit hoher Testgüte vor, die sich in der pädiatrischen Praxis gut einsetzen lassen. Die Priorisierung der Screeninginstrumente - SDQ bzw. CBCL/4-18 - wird einstimmig unterstützt (siehe Expertise [Lehmkuhl & Bachmann 2009] im Anhang I-10). Das Screening muss Teil eines mehrstufigen Vorgehens im Sinne einer Versorgungskette sein. Unter diesen Voraussetzungen empfehlen das Lenkungsgremium wie auch die Sachverständigengruppe einhellig die Berücksichtigung im Rahmen einer neuen Früherkennungsuntersuchung in dieser Altersgruppe.
2. Datenbasis: Der Bewertung liegen vier S1-Leitlinien aus den Jahren 2006 bis 2007 zugrunde [CPA 2006; AACAP 2007b; DGKJP 2007a/b].
3. Definition: Die Definition von Angststörungen in den deutschen Leitlinien [DGKJP 2007a/b] orientiert sich an den ICD-10 Kriterien. Die amerikanische und kanadische Leitlinie [CPA 2006; AACAP 2007b] definieren Angststörungen anhand der DSM-IV-TR Kriterien.
4. Relevanz: Die Angaben zur Prävalenz schwanken zwischen 6 und 20 %. Im KiGGS hatten 9,9 % eine emotionale Störung.
5. Diagnostik: Bei der Diagnose sind entwicklungsangepasste Grade normaler Angst von Kindern zu berücksichtigen. Alle Leitlinien bestätigen die Diagnostizierbarkeit von Angststö-

rungen; das Auftreten der unterschiedlichen Formen von Angststörungen variiert jedoch nach Alter. Alle Leitlinien empfehlen die Einbeziehung multipler Informationsquellen (Kind, Eltern, Lehrer) und den Einsatz standardisierter Fragebögen zur Unterstützung der Diagnose von Angststörungen. Eine Leitlinie enthält einen diagnostischen Entscheidungsbaum [DGKJP 2007a].

6. Therapie: Alle Leitlinien empfehlen ein multimodales Behandlungskonzept mit einer Einbeziehung aller Betroffenen (Kind, Familie, Schule) und eine Anwendung von psychologischen, kognitiv-verhaltenstherapeutischen, edukativen und pharmakologischen Therapiemaßnahmen. Eine Hierarchie der Behandlungsentscheidung ist in Entscheidungsbäumen festgelegt [DGKJP 2007a/b]. Die Evidenzgrade liegen für die einzelnen Therapieformen zwischen II/1 und V [DGKJP 2007a/b]
7. Folgen aus Nichtbehandlung: Zwei Leitlinien empfehlen die frühe Diagnose und Behandlung von Angststörungen, da hierdurch das Risiko einer chronischen Manifestation der Angststörung und der Entwicklung von depressiven Störungen und des Suchtmittelmissbrauchs verringert wird [CPA 2006; AACAP 2007b].
8. Nutzen der Früherkennung: Nur eine der Leitlinien geht explizit auf die Frage der Früherkennung ein und empfiehlt ein Screening von Angststörungen im Rahmen von psychiatrischen Untersuchungen sowie auf Gemeindeebene [AACAP 2007b].
9. Testverfahren für die Früherkennung: Dezidierte Hinweise auf Testverfahren zur Früherkennung enthält keine der Leitlinien [AACAP 2007b; DGKJP 2007a/b]; gleichwohl wird in drei Leitlinien auf Testdiagnostik hingewiesen (z. B. für 8-Jährige und älter: „*Multidimensional Anxiety Scale for Children or Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*“ [AACAP 2007b]).
10. Kosten-Nutzen-Bewertung der Früherkennung: Angaben zur Kosten-Nutzen-Relation einer Früherkennungsuntersuchung sind in den Leitlinien nicht vorhanden.

7.4.7 Depression (F30.; F31.; F32.; F33.; F34.)

1. Depressionen werden nach systematischer Bewertung und Diskussion im Lenkungsgremium eher als eine Störung des Jugendalters und weniger des Kindesalters betrachtet. Zudem besteht für Depressionen im Kindesalter keine Sicherheit darüber, welcher Entwicklung die

kindliche Depression folgt und mit welchen Kurzzeit- und Langzeitfolgen diese assoziiert ist. Die Nicht-Berücksichtigung der Depression wird einstimmig von der Sachverständigengruppe unterstützt.

2. Datenbasis: Der Bewertung liegen fünf S1-Leitlinien aus den Jahren 2005 und 2007 zugrunde [NICE 2005; NICE 2006b; DGKJP 2007c/d; AACAP 2007c].
3. Definition: Als klinische Depression wird eine Spektrumsstörung bezeichnet, die sowohl sub-syndromische als auch aus syndromische Symptomen einschließt. Diese umfassen depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, anhaltende affektive Störungen, dysthyme Störungen, etc. Die eine der deutschen Leitlinien [DGKJP 2007c] bezieht sich auf die ICD F32, F33 und F34; die andere [DGKJP 2007d] bezieht sich auf die ICD F30 und F31.
4. Relevanz: Die Spanne der Prävalenz depressiver Störungen beträgt 0,6 % bis 2 % im Kindesalter [NICE 2005; AACAP 2007c]. In der Altersgruppe der 6- bis 11-Jährigen beträgt die Inzidenz von Depression 0,5 %-0,75 % [NICE 2005]. Die Inzidenz einer bipolaren affektiven Störung liegt bei den unter 10-jährigen Kindern zwischen 0,3 % und 0,5 % [DGKJP 2007d]. Im KiGGS hatten 9,9 % eine emotionale Störung.
5. Diagnostik: Alle Leitlinien bestätigen die Diagnostizierbarkeit depressiver und affektiver Störungen. Hierarchien des diagnostischen Vorgehens werden in den deutschen Leitlinien festgelegt [DGKJP 2007c/d]. Davon enthält eine Leitlinie auch Hinweise auf vorhandene Testdiagnostik [DGKJP 2007c]. Einsatzfähige Kriterien für die Diagnose einer Depression sind vorhanden. Es ist darauf zu achten, dass dysthyme oder bipolare affektive Störungen aufgrund ihrer unterschweligen Symptomatik im Kindesalter schwer diagnostizierbar sind.
6. Therapie: Alle Leitlinien weisen auf Therapierbarkeit depressiver und affektiver Störungen hin. Ein Entscheidungsbaum zur Therapie bei depressiven Störungen [DGKJP 2007c] und eine Hierarchie des therapeutischen Vorgehens [DGKJP 2007d] sind in den deutschen Leitlinien vorhanden. Die Behandlung depressiver Störungen umfasst je nach Schweregrad in jedem Falle eine Psychotherapie und ggf. ergänzend eine Pharmakotherapie und sowohl primär ambulant nur unter bestimmten Bedingungen stationär erfolgen. Jede Therapiephase sollte Maßnahmen der Psychoedukation, des Fallmanagements und die Einbeziehung des familiären und schulischen Kontextes beinhalten (Evidenzgrad MS, [AACAP 2007c]).

7. Folgen aus Nichtbehandlung: Die Risiken, die mit einer depressiven Störung im Kindes- und Jugendalter zusammenhängen, schließen die Ausweitung eines depressiven Zustandes auf das Erwachsenenalter und begleitende emotionale, soziale, berufliche und somatische Beeinträchtigungen, ein erhöhtes Risiko für Substanzmissbrauch und vorzeitigen Tod durch Suizid ein [NICE 2005; NICE 2006b; AACAP 2007c].
8. Nutzen der Früherkennung: Zwei Leitlinien weisen darauf hin, dass die depressive Symptomatik durch Checklisten (oder andere Instrumente) und gemeindebasierte Screening-Verfahren erfassbar ist [NICE 2005; NICE 2006b; AACAP 2007c]. Eine Leitlinie empfiehlt, dass die psychiatrische Untersuchung von Kindern und Jugendlichen Fragen beinhalten sollte, die sich auf die depressive Symptomatik beziehen (Evidenzgrad: MS). Zudem wird die Erhebung der familiären Krankheitsgeschichte aller Kinder und Jugendlicher mit einer vermuteten launischen Schwankung empfohlen (Evidenzgrad: GPP, [NICE 2005]). Bei einer bipolaren affektiven Störung kann eine Evaluation begleitender Risiken durchgeführt werden [NICE 2006b; AACAP 2007c]. Ein Routine-Screening für Kinder wird in einer Leitlinie ab dem 11. Lebensjahr empfohlen (Evidenzgrad: B, [NICE 2005]).
9. Testverfahren für die Früherkennung: Drei Leitlinien [NICE 2005; NICE 2006b; AACAP 2007c] weisen darauf hin, dass ein Screening für Depression oder bipolare affektive Störungen durch Fragebögen zur Selbstauskunft erfolgen kann. Es wird jedoch nicht ausdrücklich angegeben, ob der in der einen Leitlinie [NICE 2006b] empfohlene Fragebogen auch für Kinder geeignet ist.
10. Kosten-Nutzen-Bewertung der Früherkennung: Vorsicht bei der Diagnostizierung einer bipolaren affektiven Störung bei Kindern und Jugendlichen mit einer manischen Episode und einer familiären Krankheitsgeschichte wird empfohlen. Eine Leitlinie [NICE 2005] weist darauf hin, dass es wenige Informationen über Kosten der Depression im Kindes- und Jugendalter gibt.

7.4.8 Störungen des Sozialverhaltens (F91.)

1. Eine Früherkennung der Störungen des Sozialverhalten für die Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen wird aufgrund der hohen Prävalenz und der gesicherten Kurz- und Langzeitfolgen dieser Störung unter der Voraussetzung von Screeninginstrumenten mit ausreichender Testgüte für sinnvoll erachtet. Die Sachverständigengruppe empfiehlt eine Eingrenzung auf die

Störungsbilder Aggressivität und Dissozialität. Beide haben eine extrem schlechte Prognose insbesondere bei den „early starters“. Kinder in dieser Altersgruppe mit diesem Störungsbild sind als Hochrisikogruppe zu betrachten. Zudem existieren für beide Erkrankungen Screeningverfahren mit hoher Testgüte (SDQ bzw. CBCL/4-18), die sich in der Pädiatrie einsetzen lassen. Das Screening muss Teil eines mehrstufigen Vorgehens im Sinne einer Versorgungskette sein.

2. Datenbasis: Der Bewertung liegen drei S1-Leitlinien aus dem Jahr 2007 zugrunde [DGKJP 2007e/f; AACAP 2007d].
3. Definition: Die Störungen des Sozialverhaltens umfassen ein Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens mit Verletzungen altersentsprechender sozialer Erwartungen, welches länger als 6 Monate besteht [DGKJP 2007e/f].
4. Relevanz: Angaben zur Prävalenz liegen in einer Leitlinie nur zum ODD (Oppositional defiant disorder) vor. Hiernach ist ODD eine der häufigsten Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen mit einer Prävalenz zwischen 1 und 16 % [AACAP 2007d].
5. Diagnostik: Diagnostische Entscheidungsbäume sowie Hinweise auf entbehrliche Diagnostik sind in zwei Leitlinien enthalten [DGKJP 2007e/f].
6. Therapie: Interventionen bei Störungen des Sozialverhaltens können in Abhängigkeit von der Schwere der Störung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich stattfinden [DGKJP 2007e/f]. Die Behandlung der ODD kann besonders problematisch sein und erfordert oft eine multimodale Therapie, die psychosoziale und ggf. medikamentöse Therapiemaßnahmen einschließt [AACAP 2007d]. Eine Hierarchie der Behandlungsentscheidung ist in Entscheidungsbäumen festgelegt [DGKJP 2007e/f]. Zudem finden sich Hinweise auf entbehrliche Therapiemaßnahmen in zwei Leitlinien [DGKJP 2007e/f]. Die Evidenzgrade liegen für die einzelnen Therapieformen zwischen I und V [DGKJP 2007e/f].
7. Folgen aus Nichtbehandlung: Eine Leitlinie weist darauf hin, dass der Beginn der Erkrankung vor dem 10. Lebensjahr einen eher ungünstigen chronischen Verlauf zur dissozialen Persönlichkeitsstörung hat [DGKJP 2007e].
8. Nutzen der Früherkennung: Eine frühe Intervention bei den Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten ist zu bevorzugen, da die Erfolgsaussichten besser und auch Progressionen zu verhindern sind [AACAP 2007d].

9. Testverfahren für die Früherkennung: Über die Diagnostik hinaus werden keine spezifischen Angaben zur Früherkennung gemacht.
10. Kosten-Nutzen-Bewertung der Früherkennung: Angaben zur Kosten-Nutzen-Relation einer Früherkennungsuntersuchung sind in den Leitlinien nicht vorhanden.

7.4.9 Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81.)

1. Eine sichere Früherkennung dieser Entwicklungsstörung im Rahmen einer pädiatrischen Untersuchung ist nach Ansicht des Lenkungsgremiums aufgrund der Komplexität und Länge der Testinstrumente nur begrenzt möglich und würde eine enge Kooperation mit der Schule voraussetzen. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten mit hoher Wahrscheinlichkeit im Kontext der Schule auffällig werden. Der oben stehende Passus und damit der Ausschluss der umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten wurde in der Sachverständigengruppe sehr kontrovers diskutiert. Das abschließende Meinungsbild führte zu einer Wiederaufnahme der umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten – fokussiert auf die Legasthenie und Dyskalkulie – in den Katalog der Erkrankungen; jedoch mit dem Vermerk „eingeschränkt“ und im Sinne einer Erprobungsklausel. Modellhaft kann damit auch die notwendige Vernetzung des pädagogischen und medizinischen Bereichs sowie das Konzept „Früherkennung mit vorsorglicher Beratung“ getestet werden.
2. Datenbasis: Der Bewertung liegt eine S1-Leitlinie aus dem Jahr 2007 zugrunde [DGKJP 2007g].
3. Definition: Der Begriff der umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten umfasst die spezifischen und deutlichen Beeinträchtigungen des Erlernens des Lesens, Rechtschreibens und Rechnens. Darunter gefasst sind folgende Störungen: Lese- und Rechtschreibstörung (F81.0), Isolierte Rechtschreibstörung (F81.1), Rechenstörung (F81.2) und kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten (F81.3).
4. Relevanz: Angaben zur Prävalenz liegen weder in der berücksichtigten Leitlinie noch in den KiGGS-Daten vor.

5. Diagnostik: Die Diagnose einer Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten kann durch standardisierte Verfahren erfolgen. Die Leitlinie enthält eine Hierarchie für die Diagnostik. Nach dem Ausschluss von Entwicklungsstörungen, die durch mangelnden Unterricht, neurologische Erkrankungen oder psychiatrische Störungen verursacht sind, sollte die Symptomatik durch eine Anamnese und Exploration mit dem betroffenen Schüler, seinen Eltern und - wenn möglich – dem/der Deutschlehrer/-in bzw. dem/der Mathematiklehrer/-in erhoben werden. Unverzichtbar ist die Testung von Lesen und Rechtschreiben zusammen mit einer Intelligenzdiagnostik. Standardisierte Verfahren, die diesen Zweck erfüllen, sind vorhanden. Die Diagnose der umschriebenen Entwicklungsstörungen ist aus der Diskrepanz der Lese- und Rechtschreibleistung bzw. Rechenleistung zum relativ höheren Intelligenzniveau abzuleiten. Die Berechnungsgrundlagen sowie Prozentränge sind in der Leitlinie dargestellt.
6. Therapie: Die Behandlungsziele umfassen die funktionelle Behandlung des Lesens und Rechtschreibens bzw. des Rechnens und die Unterstützung des Kindes bei der psychischen Bewältigung der Beeinträchtigungen infolge der Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten. Ziel der Hilfsmaßnahmen ist es auch, die Kooperation von Elternhaus und Schule zu gewinnen. Ggf. ist eine Behandlung der begleitenden psychischen Symptome notwendig um eine Unterstützung im Rahmen der Eingliederungshilfe sicherzustellen. Die Behandlung kann gemäß Fall-Charakteristika ambulant, teil-stationäre und unter bestimmten Umständen auch stationär erfolgen.
7. Folgen aus Nichtbehandlung: Angaben zu den Folgen einer Nichtbehandlung sind in der Leitlinie nicht vorhanden.
8. Nutzen der Früherkennung: Angaben zum Nutzen einer Früherkennungsuntersuchung sind in der Leitlinie nicht vorhanden.
9. Testverfahren für die Früherkennung: Angaben zur Verfahren bei einer Früherkennungsuntersuchung sind in der Leitlinie nicht vorhanden.
10. Kosten-Nutzen-Bewertung der Früherkennung: Angaben zur Kosten-Nutzen-Relation einer Früherkennungsuntersuchung sind in der Leitlinie nicht vorhanden.

7.5 Arbeitspaket F - Juristische Expertise zur Abgrenzung vom ÖGD

Die Kanzlei Schroeder-Printzen, Kaufmann & Kollegen wurde mit der juristischen Expertise beauftragt, da sie nicht nur über eine Expertise im Medizin- und Gesundheitsrecht verfügt, sondern auch den engen zeitlichen Rahmen einhalten konnte. Die Ergebnisse des in Auftrag gegebenen juristischen Gutachtens (siehe im Anhang I-5: Gutachten der Kanzlei Schroeder-Printzen, Kaufmann & Kollegen vom 17. September 2009) wurden in den nachstehenden Thesen zusammengefasst und, wo gekennzeichnet, mit anderen Datenquellen (eine Zusammenstellung der Aktivitäten des ÖGD [Kahl 2009] und Expertengespräche) verbunden.

1. Für die Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen gibt es keine bundeseinheitlichen Regelungen zur Früherkennung.
§ 26 SGB V in Verbindung mit der Kinderrichtlinie legt für die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres einen Anspruch auf die Untersuchungen U1 bis U9 und nach Vollendung des 10. Lebensjahrs eine Jugendgesundheitsuntersuchung (Richtlinie des G-BA) fest.
In einzelnen Bundesländern sind Maßnahmen für Kinder im Alter von 6 bis 10 Jahren vorgesehen, die in der Regel jedoch sehr allgemein gehalten sind und wenig konkrete Anhaltspunkte bieten. Bzgl. der Regelungen in den einzelnen Bundesländern ist sehr deutlich zwischen den alten und den neuen Bundesländern zu differenzieren. Schuleingangsuntersuchungen werden in allen Bundesländern durchgeführt; hier sind allerdings unterschiedliche Modelle und Schwerpunkte zu unterscheiden. Der öffentliche Gesundheitsdienst hat zudem i.d.R. primärpräventive Aufgaben.
2. Überschneidungen bestehen in der betrachteten Altersgruppe aufgrund der Gesetzeslage zwischen dem Aufgabengebiet des § 26 SGB V und den Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit Ausnahme der U9 und der Schuleingangsuntersuchung nicht.
3. In den Bundesländern Hessen, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Freistaat Sachsen, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern (jedoch nicht flächendeckend) sieht die Landesgesetzgebung zum öffentlichen Gesundheitsdienst Untersuchungen in der betrachteten Altersgruppe vor [siehe auch Kahl 2009].

4. Hessen: Die Verordnung des Hessischen Sozialministeriums zur Schulgesundheitspflege sieht nach der Schuleingangsuntersuchung eine schulärztliche Untersuchung in 4-jährigen Abständen vor. Die Verordnung tritt jedoch zum 31. Dezember 2009 außer Kraft.
- Brandenburg: *Neben der Schuleingangsuntersuchung ist eine Reihenuntersuchung für die 5./6. Jahrgangsstufe vorgesehen (außerhalb der betrachteten Altersgruppe).*
- Sachsen-Anhalt: § 1 der Verordnung über schulärztliche Untersuchungen sieht zusätzlich zur Schuleingangsuntersuchung einmal jährlich in den Klassenstufen 3 und 6 ärztliche Untersuchungen vor.
- Freistaat Sachsen: Werden gem. § 26a Abs. 5 SächsSchulG neben der Schuleingangsuntersuchung weitere Untersuchungen in den Klassenstufen 2/3 und 6 durchgeführt.
- Thüringen: § 4 Abs. 2 der Thüringer Verordnung über Schulgesundheitspflege sieht neben der Schulaufnahmeuntersuchung mindestens für zwei weitere Klassenstufen (in der Regel 4. und 8.) standardisierte Reihenuntersuchungen vor.

Die im Arbeitspaket A ausgewählten und nach der Einbeziehung von Expertenmeinungen (Lenkungs-gremium und Sachverständigengruppe) näher eingegrenzten Erkrankungen könnten im Rahmen der Früherkennung sowohl dem Aufgabengebiet des § 26 SGB V als auch dem Aufgabengebiet des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zugeordnet werden.

7.6 Arbeitspaket G - Expertise zu Zuständigkeiten & Überschneidungen bzgl. Erkrankungen mit dem ÖGD

Das Ergebnis des Expertengesprächs fand in vielen Punkten eine Bestätigung in den Ergebnissen der juristischen Expertise (siehe Kapitel 7.5). Wichtige Aspekte aus Sicht des ÖGD sind nach Expertenmeinung (siehe Protokoll im Anhang I-6):

- Die Beteiligung des ÖGD in der gesundheitlichen Versorgung der 6- bis 10-Jährigen hat sich in Berlin durch die Abschaffung der Schuluntersuchungen einerseits und durch den Kapazitätsabbau andererseits deutlich reduziert mit der Folge, dass es kein flächendeckendes und systematisches Angebot mit Ausnahme der Schuleingangsuntersuchung mehr gibt.
- Durchgeführt werden derzeit in Berlin durch den ÖGD die Schuleingangsuntersuchung – flächendeckend – und die Jugendarbeitschutzuntersuchungen in der Hälfte der Bezirke.

- Der Fokus in den Schuleingangsuntersuchungen differiert in den Bundesländern. Berlin und Nordrhein-Westfalen haben einen spezifischen schulischen Fokus. Das grundlegende Ziel der Schuleingangsuntersuchung ist es, gezielte Fördermaßnahmen festzulegen.
- In einigen Bundesländern (Bayern und Baden-Württemberg) haben sich neue Kooperationsmodelle bei den Schuleingangsuntersuchungen mit der von der GKV-finanzierten U9-Untersuchung etabliert. Probleme werden bei der Datenqualität, insbesondere für die Vollständigkeit der erfassten Daten, gesehen.
- Die im Rahmen des Arbeitspaketes A festgelegten Erkrankungen werden in ihrer Relevanz für diese Altersgruppe von den ÖGD-Experten geteilt. Folgende Erkrankungen wurden explizit benannt: Sehstörungen, Hörstörungen, Haltungsschäden (insb. behandlungsbedürftige Skoliose), Epilepsie, Adipositas, Atopien, Skeletterkrankungen, Psychische Störungen und Erkrankungen, ADHS und umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten.

Die Ergebnisse der bundesweiten Recherche zu Angeboten des ÖGD für 6- bis 10-Jährige wurden der wissenschaftlichen Expertise in aktualisierter Form durch Frau Kahl zur Verfügung gestellt (siehe Tabelle 6). Für nahezu alle Bundesländer liegen aktuelle Informationen vor. Schuleingangsuntersuchungen werden in nahezu allen Bundesländern durch den ÖGD durchgeführt; weitere Schuluntersuchungen finden nur wenigen Bundesländern noch statt. Eine Häufung kann in den neuen Bundesländern beobachtet werden (siehe auch Kapitel 7.5).

Tabelle 6: Übersicht über Untersuchungen in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst in den Bundesländern [Kahl 2007, 2009 (grau unterlegt)]

Bundesland	Schuleingangsuntersuchung	Grundschule
Baden-Württemberg	Ja Alle Einschüler	Nein
Bayern	Ja* Auswahl	4. Klasse Impfbuchkontrolle
Berlin	Ja Alle Einschüler	Nein
Brandenburg	Ja Alle Einschüler	Nein
Bremen	Ja Alle Einschüler	Nein
Hamburg	Wieder seit 2003 Alle Einschüler	4./5.Klasse**

Bundesland	Schuleingangsuntersuchung	Grundschule
Hessen	Ja Alle Einschüler	Nicht flächendeckend
Mecklenburg-Vorpommern	Ja Alle Einschüler	4. Klasse** gesamt
Niedersachsen	Ja Alle Einschüler	4. Klasse Impfbuchkontrolle
Nordrhein-Westfalen	Ja alle Einschüler	4. Klasse Projekte
Rheinland-Pfalz	Ja alle Einschüler	Nein
Saarland	Ja Alle Einschüler	Nein
Sachsen	Ja Alle Einschüler	2. Klasse (70 %)
Sachsen-Anhalt	Alle Einschüler mit 5J., ggf. 2. US	3. Klasse gesamt
Schleswig-Holstein	Ja Alle Einschüler	Nein
Thüringen	Ja Alle Einschüler	4. Klasse gesamt

Legende:

* Screening aller Kinder durch Assistenten/-innen mit Weiterleitung der auffälligen Kinder (z. B. alle ohne U9) an den Schularzt/Schulärztin (in Bayern 12,9 % 2004/2005)

** nicht flächendeckend

7.7 Arbeitspaket H – Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen

Die Rahmenbedingungen bei der Durchführung von Schuleingangsuntersuchungen und die Schwerpunkte differieren in den einzelnen Bundesländern (siehe auch Kapitel 7.6). Im Rahmen der wissenschaftlichen Expertise wurden die Daten der Schuleingangsuntersuchungen der Bundesländer Berlin, Baden-Württemberg und ergänzend Brandenburg analysiert. Deutlich wird bei den in den Tabellen 7-1 bis 7-3 dargestellten Ergebnissen, dass für die einzelnen Bundesländer unterschiedliche Angaben zur Gesundheit der Einschüler und Einschülerinnen vorliegen. Zudem werden unterschiedliche Erfassungsmethoden eingesetzt, was die Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Bundesländern erschwert. In Folge dessen werden die Ergebnisse nachstehend getrennt für die einzelnen Bundesländer dargestellt.

Berlin: Die Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas sind von 2005 bis 2007 leicht um 0,3 % bzw. 0,4 % zurückgegangen (Übergewicht 2005: 7,1 %, 2007: 6,8 %; Adipositas: 2005: 5,2 %, 2007: 4,8 %). Hervorzuheben ist, dass die Prävalenzen von Adipositas bei den Jungen in allen Jahren deutlich höher sind als bei den Mädchen.

Im Bereich der motorischen und kognitiven Entwicklung fand von 2005 bis 2006 fast durchgehend eine leichte Zunahme der grenzwertigen und auffälligen Befunde statt. Von 2006 bis 2007 ist im Bereich der motorischen und kognitiven Entwicklung für beide Geschlechter ein leichter Rückgang der Befunde unter das Niveau der Daten von 2005 zu beobachten (Körperkoordination grenzwertig 2005: 16,5 %; 2006: 16,8 %; 2007: 15,3 %). Auch hier zeigen sich zu allen Untersuchungszeitpunkten deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. In allen untersuchten Bereichen schneiden Jungen schlechter ab als Mädchen.

Analog ist im Bereich der sprachlichen Entwicklung eine leichte Zunahme bzw. ein Gleichbleiben der grenzwertigen und auffälligen Befunde von 2005 bis 2006 und ein leichter Rückgang von 2006 bis 2007 zu beobachten. Auch hier sind die Jungen durchgehend leistungsschwächer als die Mädchen. So treten beispielsweise 2006 beim Nachsprechen von Sätzen bei den Jungen in 14,1 % der Fälle grenzwertige Befunde auf, bei den Mädchen sind es 11,2 %.

Tabelle 7-1: Schuleingangsuntersuchungen Berlin 2005 bis 2007 (Angaben in Prozent, [Oberwöhrmann & Bettge 2007, 2008; Bettge & Oberwöhrmann 2009])

Erhebungsjahr	2005			2006			2007		
	J	M	G	J	M	G	J	M	G
untersuchte Kinder	14.630	13.054	27.684	14.307	13.093	27.400	13.642	12.667	26.309
Körpergewicht¹⁾									
Übergewicht (>90. bis 97. Perzentil)	6,8	7,5	7,1	6,6	6,6	6,6	6,7	6,8	6,8
Adipositas (>97. Perzentil)	5,6	4,9	5,2	5,1	4,5	4,8	5,4	4,2	4,8
Motorische und kognitive Entwicklung									
Körperkoordination grenzwertig	16,9	16,0	16,5	17,2	16,3	16,8	15,7	14,8	15,3
Körperkoordination auffällig	16,7	13,7	15,3	16,0	10,7	13,5	13,8	9,7	11,8
Visuomotorik grenzwertig	10,0	9,1	9,5	10,7	8,9	9,9	10,3	9,4	9,9
Visuomotorik auffällig	19,1	15,2	17,3	21,3	15,9	18,8	19,4	14,4	17,0
Visuelle Wahrnehmung grenzwertig	11,5	11,2	11,3	12,0	11,1	11,5	11,1	10,7	10,9
Visuelle Wahrnehmung auffällig	14,4	13,7	14,1	16,5	13,3	15,0	14,2	12,1	13,2

Erhebungsjahr	2005			2006			2007		
	J	M	G	J	M	G	J	M	G
Sprachliche Entwicklung²⁾									
Pseudowörter nachsprechen grenzwertig	14,0	14,1	14,1	15,4	14,1	14,7	14,5	12,0	13,3
Pseudowörter nachsprechen auffällig	9,5	7,6	8,6	10,6	8,0	9,3	8,7	7,2	8,0
Wörter ergänzen grenzwertig	14,9	14,1	14,5	15,1	13,7	14,4	14,3	13,0	13,7
Wörter ergänzen auffällig	12,1	10,3	11,2	12,4	9,8	11,2	10,8	8,3	9,6
Sätze nachsprechen grenzwertig	11,9	10,9	11,5	14,1	11,2	12,7	13,1	11,5	12,3
Sätze nachsprechen auffällig	12,0	9,8	10,9	13,9	11,7	12,8	13,5	11,4	12,5

¹⁾ gegenüber den im Spezialbericht 2007-1 und 2008-1 veröffentlichten Zahlen korrigierte Berechnung mit monatsgenauen Tabellen [Bettge & Oberwöhrmann 2009]

²⁾ nur Kinder mit mindestens guten Deutschkenntnissen (von der Auswertung ausgeschlossene Kinder mit weniger als guten Deutschkenntnissen: 2005 n = 3.503, 2006 n = 3.530, 2007 n = 2.984)

J= Jungen; M= Mädchen; G= Gesamt

Baden-Württemberg: Im Bereich der motorischen und kognitiven Entwicklung ist von 2006 bis 2007 eine deutliche Zunahme grobmotorischer, visuomotorischer und graphomotorischer Störungen zu beobachten. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind erheblich. Jungen weisen in allen Bereichen deutlich mehr Störungen auf als Mädchen. Grobmotorische Störungen zum Beispiel traten im Jahr 2007 bei 15,9 % der untersuchten Jungen im Vergleich zu 7,6 % der untersuchten Mädchen auf.

Die Hör- und Sehfähigkeit hat sich von 2006 bis 2007 bei allen untersuchten Kindern in fast allen untersuchten Bereichen leicht verschlechtert. Hörstörungen haben beispielsweise von 2006 (6,5 %) zu 2007 (6,7 %) um 0,2 % zugenommen. Auffallend ist, dass bei Mädchen in beiden Jahren häufiger Hörstörungen diagnostiziert wurden als bei Jungen. Im Bereich der Sehstörungen sind keine deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschiede zu beobachten. Tendenziell treten bei Jungen seltener Sehfehler, jedoch häufiger Schielfehler auf als bei den Mädchen.

Tabelle 7-2: Schuleingangsuntersuchungen Baden-Württemberg 2006 bis 2007
(Angaben in Prozent, [Krämer 2007; Kompauer 2009])

Erhebungsjahr	2006			2007		
	J	M	G	J	M	G
Erkrankung						
Körpergewicht**						
Übergewicht (>90. bis 97. Perzentil)				6,2	6,1	
Adipositas (>97. Perzentil)				4,3	4,0	
Motorische und kognitive Entwicklung*						
Grobmotorische Störungen/auffällig	14,1	6,7	10,7	15,9	7,8	12,1
Visuomotorik/grenzwertig						
Visuomotorische Störungen/auffällig*	17,3	9,9	13,8	19,6	11,3	15,7
Graphomotorische Störungen/auffällig	26,8	18,5	22,9	34,2	24,1	29,5
Sprachliche Entwicklung						
Sprachentwicklungsverzögerung/auffällig	10,8	7,6	9,3	12,0	8,1	10,2
Artikulationsstörungen/auffällig	19,0	12,7	16,0	21,0	14,6	18,0
Hörfähigkeit						
Hörstörung/auffällig	6,1	6,8	6,5	6,5	6,8	6,7
Sehfähigkeit						
Brillenräger	7,3	7,2	7,3	7,1	7,3	7,2
Sehfehler/auffällig	17,9	20,1	18,9	18,5	20,6	19,5
Schielfehler/auffällig	2,8	2,5	2,7	2,9	2,8	2,8

* angewandte Verfahren: u. a. VSRT, Schleifentest, Breuer Weuffen, Visual Motor Integration

J= Jungen; M= Mädchen; G= Gesamt

Brandenburg: Die Prävalenz von Adipositas ist im Zeitraum von 2005 bis 2008 rückläufig (2005: 4,3 %; 2007: 3,6 %; 2008: 3,3 %). Dieser Rückgang könnte zumindest für die Jahre 2005 bis 2007 durch einen Wechsel des Referenzsystems begründet sein. Anders als in Berlin wiesen die Mädchen im Jahr 2005 eine etwas höhere Adipositasprävalenz als die Jungen auf. Im Jahr 2008 lag die Prävalenz bei beiden Geschlechtern bei 3,3 %.

Im Bereich der Sprach-/Sprech-/Stimmstörungen schneiden die Jungen in den Jahren 2005 und 2008 deutlich schlechter ab (2005: Jungen: 12,1 %; Mädchen: 7,3 %). Bei den Hörstörungen ist der geschlechtsspezifische Unterschied sowohl im Jahr 2005 als auch 2008 marginal. Die Jungen schneiden etwas schlechter ab als die Mädchen (2005: Jungen: 5,3 %; Mädchen: 5,2 %).

Die Prävalenz von ADS/ADHS hat von 2007-2008 insgesamt zugenommen (2007: 4,1 %; 2008: 4,3 %). Es ist ein deutlicher Unterschied zwischen Jungen und Mädchen zu beobachten (2008:

Jungen: 6,0; Mädchen: 2,3 %).

Bei den umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten ist von 2007 bis 2008 insgesamt ein leichter Rückgang zu verzeichnen (2007: 11,6 %; 2008: 11,5 %). Der geschlechtsspezifische Unterschied ist hier allerdings beträchtlich (2008: Jungen: 14,7 %; Mädchen: 8,0 %).

Die Prävalenzen für Asthma bronchiale und Allergische Rhinitis haben bei den Einschülern von 2005-2008 insgesamt zugenommen (Asthma bronchiale: 2005:2,1 %; 2008: 3,3 %; Allergische Rhinitis: 2005: 1,7 %; 2008: 2,8 %). Demgegenüber ist die Prävalenz für Neurodermitis insgesamt leicht gesunken (2005: 7,5 %; 2008: 7,4 %).

Tabelle 7-3: Schuleingangsuntersuchungen Brandenburg 2005 bis 2008
(Angaben in Prozent, [Böhm & Lüdecke 2005, 2008])

Erhebungsjahr	2005			2007			2008
	J	M	G	J	M	G	G
Körpergewicht							
Adopisitas (>97. Perzentil)	4,3	4,4	4,3*	3,6	3,3	3,3	3,3
Motorische und kognitive Entwicklung							
Sprachliche Entwicklung							
Sprach-/Sprech-/Stimmstörungen	12,1	7,3	9,8				
Sprach-/Sprechstörungen				2,5	2,8	1,6	2,2
Hörfähigkeit							
Hörstörung/auffällig	5,3	5,2	5,2	1,6	1,7	1,6	1,7
Sehfähigkeit							
Sehstörungen	14,2	14,5	14,3				
Sehfehler/auffällig				12,8	12,1	11,7	11,9
ADS/ADHS				4,1	6,0	2,3	4,3
Intellektuelle Entwicklungsverzögerung	4,9	3,1	4,1				
Intelligenzdefizite				2,9	3,0	1,9	2,4
Umschriebene Entwicklungsstörungen				11,6	14,7	8,0	11,5
Emotionale/soziale Störungen	2,8	1,6	2,3	5,7	7,8	4,5	6,2
Enuresis;andere psych.Erkrankungen	3,4	2,0	2,7	2,6	3,2	2,0	2,6
Wahrnehmungsstörungen, psychomotor. Störungen, Teilleistungsschwäche	6,7	2,9	4,9				
Störungen des Knochenapparates	2,7	1,8	2,3				
Störung der Fußstatik				4,2	5,7	3,3	4,6
Bewegungsstörungen				5,4	7,8	3,3	5,7
Zerebrale Bewegungsstörungen	1,3	0,7	1,0				
Zerebrale Anfallsleiden	0,5	0,4	0,5				

Erhebungsjahr	2005			2007			2008
	J	M	G	J	M	G	G
Erkrankung							
Allergien	10,7	10,6	10,7				
Chronische Erkrankungen**							
Neurodermitis			7,5	7,0	6,9	8,0	7,4
Fehler/Erkrankung Herz			1,8				
Asthma bronchiale			2,1	3,1	3,9	2,6	3,3
Allergische Rhinitis			1,7	2,9	3,3	2,2	2,8
Bronchitisches Syndrom			0,4				
Diabetes mellitus			0,1				

*Ref. Cole

**Aufgrund teilweise sehr kleiner Zahlen nur eingeschränkt interpretierbar

J= Jungen; M= Mädchen; G= Gesamt

Ähnliche Ergebnisse fanden sich auch in Schuleingangsuntersuchungsdaten der Länder Thüringen [Thüringer Landesverwaltungsamt 2009] und Mecklenburg-Vorpommern [Ministerium für Soziales und Gesundheit 2009]. In Thüringen stellten nach den Daten von 2007/2008 insbesondere Haltungsschwächen, Hörauffälligkeiten und Übergewicht/Adipositas besondere Gesundheitsprobleme bei den Einschülern und Einschülerinnen dar. Für Mecklenburg-Vorpommern konnte im Vergleich der Daten von 2003/2004 und 2007/2008 ein leichter Rückgang bei der Adipositas (5,7 % vs. 5,2 %) festgestellt werden; hingegen waren die Prävalenzen der anderen untersuchten Erkrankungen und Störungen im zeitlichen Trend weitgehend stabil. Relevante Gesundheitsprobleme bei den Einschülern und Einschülerinnen zeigten sich in der motorischen Entwicklung, in der psychophysischen Belastbarkeit und in der emotional-sozialen Entwicklung. Es lagen keine nach Geschlecht differenzierten Daten vor.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass sich in den betrachteten Bundesländern ähnliche Schwerpunkte bei den in der Schuleingangsuntersuchung durchgeführten Untersuchungen abbilden. Bei den Schuleingangsuntersuchungen finden sich meistens folgende Bereiche:

- Körpergewicht
- Motorische, kognitive und sprachliche Entwicklung
- Hörfähigkeit
- Sehfähigkeit
- Impfstatus.

Zusätzlich werden in einigen Bundesländern auch psychosoziale Entwicklungsprobleme/Störungen sowie (chronische) Erkrankungen gezielt abgefragt.

7.8 Arbeitspaket J – Literaturbasierte Untersuchung: Praxis internationaler Früherkennungsprogramme & Bewertung

Die systematische Recherche wurde in mehreren Schleifen durchgeführt, da die Studienlage sich zu dieser Fragestellung als limitiert herausstellte und nur auf wenig aggregierte Evidenz in Form von Leitlinien (N=6) und systematischen Reviews (N=26) zurückgegriffen werden konnte (siehe ausführlich zur methodischen Vorgehensweise: Synopse im Anhang I-9). Die Fragestellung beinhaltete die Suche nach Empfehlungen zum Screening für die ausgewählten Erkrankungen, nach Screeningtests und nach nationalen und internationalen Screeningprogrammen, um ein möglichst umfassendes Bild zu erhalten. Vorausschickend kann festgehalten werden, dass sich diese schwierige Datenlage insbesondere für die betrachtete Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen zeigt; deutlich mehr aggregierte Evidenz liegt für jüngere und z. T. für ältere Kinder vor.

In den krankheitsspezifischen Leitlinien wurde nur bei wenigen Erkrankungen eine explizite Empfehlung zur Früherkennung ausgesprochen (siehe Kapitel 7.4), häufig sind die darin zu findenden Aussagen inkonsistent, was zum Teil in der betrachteten Altersgruppe (z. B. Hörstörungen) begründet ist. Eine eindeutige Empfehlung bzw. eine Nutzenbewertung ließ sich auch auf Basis der zusätzlich für das Arbeitspaket J durchgeführten Recherchen für die ausgewählten Erkrankungen nicht treffen (Einzelergebnisse: siehe Synopse im Anhang I-9). Obgleich für viele Erkrankungen eine Früherkennung grundsätzlich als sinnvoll betrachtet wurde, sprachen die limitierte Evidenzlage, die mangelnden Nutzenbewertungen der Früherkennung in dieser Altersgruppe sowie die fehlende Evidenz für effiziente Therapie gegen eine eindeutige Empfehlung zur Früherkennung. Explizit wurde nur für die Störungen des Sozialverhaltens eine Früherkennung durch Angehörige sozialer Berufe sowie für Adipositas ein jährliches Monitoring des BMI empfohlen.

Früherkennungsprogramme für 6- bis 10-jährige Kinder konnten nur in wenigen Ländern gefunden werden. Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen stehen den Schulkindern im Alter von 6 bis 10 Jahren in Belgien, Finnland, Griechenland, Portugal, Luxemburg und den Niederlanden zur Verfügung. In Belgien, Luxemburg, Finnland und den Niederlanden werden mehrere, zum Teil jährliche (Finnland) Schuluntersuchungen durchgeführt. In Griechenland wird eine Schuleingangsuntersuchung und in den Niederlanden drei Vorsorgeuntersuchungen im Alter von 5 bis 19 Jahren angeboten.

Die Organisation und Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen ist international unterschiedlich. Im Unterschied zu Deutschland werden die Vorsorgeuntersuchungen/Screenings durch Schulschwestern (Krankenschwestern) durchgeführt (z.B. Vereinigte Staaten von Amerika, Schweden). Eine Kosten-Nutzen-Bewertung sowie eine Analyse der Akzeptanz konnte nicht gefunden werden.

Mögliche Screeninginstrumente mit ausreichender Testgüte konnten in einem mehrstufigen Prozess für die ausgewählten Erkrankungen und Störungen ermittelt werden. Für die somatischen Erkrankungen wurden diese bereits ausführlich in den Ergebnissen zu Arbeitspaket D beschrieben (siehe Kapitel 7.4). Für die psychischen Störungen (Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens und ADHS) wurden basierend auf der Expertise von Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl und Dr. Christian Bachmann, Charité - Universitätsmedizin Berlin, folgende Testverfahren als in der Testgüte ausreichend und für den pädiatrischen Kontext einsetzbar betrachtet (siehe Expertise im Anhang I-10): Child-Behaviour Check List (CBCL/4-18) und alternativ der Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ). Diese Einschätzung wurde auch von den Fachexperten der Sachverständigengruppe in der Anhörung geteilt. Auch für die umschriebenen Störungen schulischer Fertigkeiten liegen Testinstrumente vor – hier wurde keine dezidierte Auswahl in der Sachverständigengruppe getroffen.

8 Zusammenfassung der Ergebnisse

Chronische Erkrankungen und Störungen spielen in der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen durchaus eine Rolle; gleichwohl ist dieses Alter als Phase guter Gesundheit, in der vielfältige Entwicklungsaufgaben (z. B. Schuleintritt) zu bewältigen sind, zu betrachten. Die KiGGS-Daten deuten bei einer Vielzahl der Erkrankungen auf eine höhere Belastung bei Jungen im Vergleich zu Mädchen hin. Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen unterstützen diese Befunde. Ihre Vergleichbarkeit ist jedoch aufgrund der Anwendung unterschiedlicher Erhebungsinstrumente und Tests eingeschränkt.

Basierend auf den KiGGS-Daten ergänzt um Experten-/Expertinnenratings wurden zehn Krankheiten/Störungen ermittelt, die in dieser Lebensphase eine relevante Rolle spielen. Wichtigstes Auswahlkriterium war zunächst die Prävalenz der Erkrankungen/Störungen. Darauf aufbauend wurde im Rahmen von mehreren Experten-/Expertinnenbeurteilungen u. a. basierend auf den Screening-Kriterien von Wilson & Jungner (1968) die endgültige Auswahl getroffen. 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.

Die systematische Bewertung der Erkrankungen fußt auf einer systematischen Leitlinienrecherche. Zentrales Auswahlkriterium war die methodische Qualität. Diese wurde nach den von der AWMF definierten Entwicklungsstufen (S1, S2 und S3) bestimmt und immer die höchst mögliche Entwicklungsstufe der Beurteilung zugrunde gelegt. Für ADHS, Adipositas, Asthma und Sehstörungen gab es S3-Leitlinien, für Hörstörungen konnte eine S2-Leitlinie gefunden werden und bei Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Allergische Rhinitis, Depressionen und umschriebene Störungen schulischer Fertigkeiten konnten lediglich S1-Leitlinien identifiziert werden. Zur Auswertung der Leitlinien für die einzelnen Erkrankungen wurde der Fragenkatalog des G-BA zum Thema „Screening auf Hörstörungen bei Neugeborenen“ [G-BA 2008] ergänzt um Fragen zum Gender Mainstreaming eingesetzt. Methodisch bedingt fanden sich umfangreichere Informationen zur Diagnostik und Therapie als zur Früherkennung. Insgesamt wird jedoch die Datenlage als lückenhaft aber belastbar für die Fragestellung betrachtet.

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 im Sinne Wilson & Jungner [1968] erbracht werden, welche 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 auf Basis der Analyse des SGB V, den Landesgesetzen des ÖGD sowie den Schulgesetzen der einzelnen Bundesländer zu dem Ergebnis und dies übereinstimmend für die unterschiedlichen methodischen Zugänge, 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/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 Experten/Expertinnen (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.

8.1 Interpretation der Ergebnisse hinsichtlich der formulierten Projektziele

Die Fragen der Leistungsbeschreibung des BMG konnten im Rahmen des Projektes weitestgehend beantwortet werden (siehe Kapitel 4.1; [BMG 2009]), partiell war jedoch die Datenlage unzureichend.

Auswahl und Bewertung der Erkrankungen

Mit den Daten des KiGGS und trotz der damit verbundenen Einschränkungen (siehe Kapitel 6.1) liegen für Deutschland repräsentative Daten in hoher Qualität zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor, die sich für die Auswahl der Erkrankungen im Rahmen der wissenschaftlichen Expertise gut eignen. Der Begrenzung der Erkrankungen durch den in der KiGGS-Studie festgelegten Fragenkatalog konnte durch die enge und kontinuierliche Einbeziehung von pädiatrischen Fachexperten und Fachexpertinnen in den Auswahlprozess begegnet werden. Auch die Festlegung, die Prävalenz als zentrales Kriterium für die Auswahl der Erkrankungen zu verwenden, steht in Übereinstimmung mit den Kriterien von Wilson & Jungner [1968]. Die hierdurch vorgenommene Priorisierung wurde in den nachgeschalteten Experten-/Expertinnenrunden um weitere Kriterien ergänzt und erneut geprüft. Schlussendlich wurden zehn Erkrankungen/Störungen ausgewählt von denen basierend auf den Ergebnissen der systematischen Leitlinienbewertung sowie den Diskussionen im Lenkungsgremium und in der Sachverständigengruppe sieben für die Aufnahme in den Katalog einer Früherkennungsuntersuchung neben einer allgemeinen Anamnese und körperlichen Untersuchung in dieser Altersgruppe empfohlen wurde.

Bewertung von Früherkennungsmaßnahmen

Die Evidenzlage bzgl. des Nutzens von Früherkennungsmaßnahmen ist limitiert und dies trotz mehrfach nachgeschalteter Recherchen. Eindeutige Empfehlungen für die Durchführung eines Screening konnten in der zugrunde gelegten Literatur nicht gefunden werden; im Gegenteil, der Forschungsstand zeichnet sich eher durch inkonsistente Befunde aus, was zum Teil in der betrachteten Altersgruppe begründet ist (z. B. Hörstörungen). Zusammenfassend kann geschlussfolgert werden, dass obgleich für viele Erkrankungen eine Früherkennung grundsätzlich als sinnvoll betrachtet wurde, die schlechte Evidenzlage, die mangelnden Nutzenbewertungen der Früherkennung in dieser Altersgruppe sowie die teilweise fehlende Evidenz für effiziente Therapien eine ein-

deutige Empfehlung zur Früherkennung erschweren.

Daten zu Früherkennungsprogrammen für 6- bis 10-jährige Kinder konnten nur in wenigen Ländern gefunden werden. Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen stehen den Schulkindern im Alter von 6 bis 10 Jahren in Belgien, Luxemburg, Finnland, Griechenland, Niederlande und Portugal zur Verfügung. Eine Kosten-Nutzen-Bewertung sowie eine Analyse der Akzeptanz lagen nicht vor.

Screeninginstrumente mit ausreichender Testgüte konnten für die ausgewählten Erkrankungen und insbesondere Störungen ermittelt werden (siehe Kapitel 7.8, Expertise Lehmkuhl & Bachmann [2009] im Anhang I-10), die über eine ausreichende Testgüte verfügen und im Kontext der pädiatrischen Untersuchung einsetzbar sind.

Abgrenzung ÖGD und SGB V

Die unterschiedlichen methodischen Zugänge zu den Fragestellungen des Leistungsangebotes, die sich mit der Abgrenzung des SGB V und des ÖGD befassten, ermöglichten eine detaillierte und vollständige Beurteilung. Das Expertengespräch sowie die zur Verfügung gestellte Expertise zum Angebot von Leistungen des ÖGD und nicht zu letzt das juristische Gutachten wiesen alle in die gleiche Richtung. In der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen gibt es keine bundeseinheitliche Regelung, nur einige wenige Bundesländer bieten über die Schuleingangsuntersuchung hinaus weitere Leistungen im ÖGD (Schuluntersuchungen) für diese Altersgruppe an. Im SGB V sind Kinder in diesem Alter explizit ausgenommen (§ 26 Abs. 1, 1. Satz). In einzelnen Bundesländern (z. B. Bayern) existieren neue Formen der Kooperation zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung und dem ÖGD.

8.2 Darlegung und Diskussion kontroverser Positionen

Bzgl. der Methodik wie auch der Bewertung der Ergebnisse bestand in der Bietergemeinschaft sowie im Lenkungsgremium und in der Sachverständigengruppe weitgehende Übereinstimmung. Bei einzelnen Aspekten wurden jedoch kontroverse Positionen deutlich, die nachfolgend kurz skizziert werden (siehe auch Protokolle der Sitzungen des Lenkungsgremiums und der Sachverständigengruppe im Anhang II). Ein Sachverständiger konnte die methodische Vorgehensweise und die Ergebnisse des Projektes nicht unterstützen und hat ein Minderheitsvotum verfasst (siehe unten). Im Folgenden wird nicht an jeder Stelle explizit darauf hingewiesen – einvernehmlich bedeutet stets mit einer Gegenstimme.

Auswahl und Bewertung der Erkrankungen

In der Sachverständigengruppe wurden die Auswahl und die Bewertung der Erkrankungen kritisch diskutiert. Bei der Auswahl der Erkrankungen wurde als wichtige Erweiterung die Berücksichtigung des Blutdrucks einvernehmlich in der Sachverständigengruppe empfohlen. Diskutiert bzw. eingebracht wurden folgende weitere Erkrankungen: allergische Krankheiten der Haut, Unverträglichkeiten und Zöliakie. Die Argumentation der Bietergemeinschaft, dass Kinder mit diesen Erkrankungen bis zu diesem Alter bereits in medizinischer Behandlung sind/waren (z. B. Neurodermitis) bzw. diese in der Anamnese abgefragt werden, wurde von der Mehrzahl der Sachverständigen geteilt. Eine Aufnahme dieser zusätzlichen Erkrankungen wurde von dem Lenkungsgremium wie der Sachverständigengruppe nicht einstimmig empfohlen. Gleiches gilt für die Hörstörungen, für die einzelne Experten und Expertinnen plädiert haben. Die Zöliakie wurde nicht ausführlich diskutiert.

Ausführlich – und sehr kontrovers – wurde der Beschluss des Lenkungsgremiums, die umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten nicht bei der Früherkennung explizit zu berücksichtigen, diskutiert. Als Argumente *für* die Berücksichtigung bei der Früherkennung wurden angeführt:

- Zeitpunkt der Entdeckung ist in dieser Altersgruppe besonders günstig, da oftmals in der U9 noch nicht erkennbar und in der J1 zu spät.
- Störungsbild ist mit erheblichen sozialen Folgen für die Kinder in der Schule verbunden und korreliert sehr eng mit dem beruflichen Werdegang/Erfolg.
- Normierte, auch in der pädiatrischen Praxis einsetzbare Testverfahren liegen vor, mit denen die Risikogruppe eindeutig zu identifizieren ist.

Die Argumente *gegen* eine Berücksichtigung bei der Früherkennung waren:

- Zuständigkeit liegt bei den Schulen bzw. im pädagogischen Bereich.
- Wissenschaftliche Evidenz ist mangelhaft.
- Versorgungsangebote sowie Versorgungsketten nach positivem Screening-Befund unzureichend.

Abschließend wurde ein Meinungsbild eingeholt, welches zu folgendem Ergebnis kam: 6 Sachverständige votierten für Einschluss, 3 für Ausschluss und 3 Stimmenthaltungen. Die Sachverständigengruppe einigte sich auf eine Berücksichtigung der umschriebenen Entwicklungsstörungen schu-

lischer Fertigkeiten mit dem Vermerk „eingeschränkt“ und eine Fokussierung auf Legasthenie und Dyskalkulie. Die Berücksichtigung dieser Störungsbilder eröffnet zudem die Möglichkeit, die um den Begriff der Früherkennung und Vorsorge geführte Debatte im Sinne eines Modells für die Vernetzung des pädagogischen und medizinischen Bereichs sowie für das Konzept „Früherkennung mit vorsorglicher Beratung“ aufzugreifen.

Fokussierung der wissenschaftlichen Expertise auf Früherkennung

Die Zielstellung des Projektes ist die Früherkennung und nicht die Vorsorge von Erkrankungen im Kindesalter. Diese Ausrichtung wird von der Sachverständigengruppe für das Projekt geteilt, dennoch wird einhellig auf die Engführung einer solchen Fokussierung vor dem Hintergrund der neuen Morbidität im Kindes- und Jugendalter hingewiesen und für eine Erweiterung im Sinne einer Vorsorge als „Früherkennung mit vorsorglicher Beratung“ plädiert. Entsprechendes empfiehlt die Sachverständigengruppe an geeigneter Stelle (z. B. Präambel) des Thesenpapiers aufzugreifen.

Einführung flächendeckend vs. im Modellversuch

Als Ergebnis der Diskussion im Lenkungsgremium wurden zwei verschiedene Modelle zur Einführungen einer bzw. zwei Früherkennungsuntersuchungen (Modell A bzw. Modell B) diskutiert. Im Lenkungsgremium wie auch in der Sachverständigengruppe wurde mehrheitlich für Modell A votiert. Die Untersuchung sollte im 9. Lebensjahr angeboten werden.

Ausführlich – gespeist durch die Evidenzlage – wurde die Frage einer flächendeckenden vs. einer Einführung in Modellregionen diskutiert. Mit drei Gegenstimmen plädiert die Sachverständigengruppe für eine flächendeckende Einführung gekoppelt an eine wissenschaftliche Begleitforschung zum Nachweis der Wirksamkeit und zur Prüfung der Nachhaltigkeit. In dem zuletzt durchgeführten Interview sollten nach Ansicht des Sachverständigen vor einer flächendeckenden Einführung zusätzlicher U-Untersuchungen für einzelne Erkrankungen (insbes. Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens) zunächst Erprobungen in Testregionen durchgeführt werden, um die Machbarkeit im Versorgungsalltag zu prüfen.

Minderheitsvotum

Ein Experte der Sachverständigengruppe (Prof. Dr. Raimund Geene) gab ein Minderheitsvotum ab, da er mit der methodischen Vorgehensweise sowie der inhaltlichen Ausrichtung auf Früherkennung und damit schlussendlich mit den Empfehlungen nicht konform gehen konnte. Dieses ist nachstehend im Original zitiert:

„Die inhaltliche Ausrichtung und methodische Umsetzung wird als nicht problemangemessen und zu stark dem medizinischen Kontext verhaftet betrachtet. Zudem erfüllen die vorgeschlagenen Untersuchungsthemen in Ermangelung ausreichender diagnostischer Güte sowie lückenhafter Behandlungspfade nicht die zwingenden Voraussetzungen des SGB V, § 26 (2) in Verbindung mit § 25 (3). Weiterhin wird die Ausrichtung auf Screening und die darin bestehende Kindzentrierung insbesondere in den Bereichen Adipositas, ADHS, Ängsten und Störungen des Sozialverhaltens als zu kurz gegriffen angesehen, da hierdurch die in der Diskussion geforderte Familien- bzw. Milieuzentrierung unzureichend realisiert ist. Die Evidenzlage durch Bezug auf Leitlinien insbesondere in Hinblick auf den Nutzen wird als zu schwach eingeschätzt. Schließlich wird auch darauf hingewiesen, dass es bereits bei der U9 eine große Anzahl nicht-teilnehmender Eltern gebe, deren Anzahl sich bei der hier skizzierten U10 sogar noch zu erhöhen drohe. Daraus ergibt sich der paradoxe Effekt, dass durch eine Nicht-Teilnahme an der U10 die Anzahl der nachzuermittelnden Kinder noch weiter erhöhe, was in der Konsequenz zu einer völligen Überforderung der zuständigen Kontrollinstrumente führe. Vor dem Hintergrund der genannten Argumente wird gegen eine Einführung einer solchen Früherkennungsuntersuchung in dieser Altersgruppe plädiert.“

Die Mitglieder der Sachverständigengruppe wurden per e-Mail von diesem Minderheitsvotum unterrichtet. Eine zustimmende Befürwortung seitens der anderen Mitglieder der Sachverständigengruppe ist der Bietergemeinschaft nicht zugegangen.

9 Gender Mainstreaming Aspekte

Als querschnittliche Dimension wurden Geschlechteraspekte systematisch im Rahmen der wissenschaftlichen Expertise berücksichtigt. Andere Aspekte sozialer Differenzierung, wie u. a. sozialer Status und Ethnizität, konnten dagegen nur punktuell aufgegriffen werden (siehe hierzu Bias Free Framework; [Burke & Eichler 2006]).

Das Projekt berücksichtigte sowohl die Methoden des Gender Mainstreamings als auch der Gender-Based Analysis [Eichler et al. 2002]. 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 jeweils 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 noch stärker der psychosozialen Störungen.

10 Altersspezifische Aspekte

Durch die Auftragstellung war die zu betrachtende Altersgruppe – 6 bis 10 Jahre – sehr eng definiert. Dennoch ließen sich insbesondere bei der Analyse der Erkrankungen/Störungen in dieser Altersgruppe altersspezifische Differenzen ausmachen (siehe Kapitel 7.1). Bei einer Vielzahl von Erkrankungen wie auch bei den eher generellen Angaben zur Gesundheit (CSHCN-Screener) zeigt sich eine Zunahme in der Prävalenz im Altersverlauf.

Deutlich wurde bei der systematischen Bewertung der Erkrankungen, dass bei einzelnen Erkrankungen in der Früherkennung andere Altersschwerpunkte gesetzt werden. Dies ist insbesondere der Fall für die Hörstörungen [ICSI 2008b; AAFP 2009] und Sehstörungen [ICSI 2008b; AAFP 2009] für die im internationalen Kontext eher im jüngeren Alter ein Screening empfohlen wird bzw. für die Depression für die in einem höheren Lebensalter (ab 12 Jahre) ein Screening empfohlen wird [USPSTF 2009].

Die Verknüpfung des besonderen Nutzens einer Früherkennung und damit einer frühen Diagnosestellung mit bestimmten Altersgruppen wird explizit nur für einzelne Erkrankungen gezogen. Dies gilt für die Hör- und Sehstörungen, da hiermit insbesondere bei der Erstgenannten Verzögerungen u. a. in der Sprach- und Sprechentwicklung des Kindes verhindert werden können. Explizit wird auch im Kontext der Störungen des Sozialverhaltens auf die ungünstige Prognose – bei Nichtbehandlung – der sog. „early starters“ hingewiesen.

Bei den anderen Erkrankungen ist hinsichtlich des Nutzens einer Früherkennung keine über die in der wissenschaftlichen Expertise vorgegebene Altersspezifizierung hinausgehende Eingrenzung sinnvoll.

11 Gesamtbeurteilung

Die Auftragsinhalte ließen sich weitestgehend umsetzen, obgleich die Datenlage in manchen Arbeitspaketen nicht zufrieden stellend war. Dennoch konnten aus Sicht der Bietergemeinschaft alle in der Leistungsbeschreibung aufgeworfenen Fragen bearbeitet und beantwortet werden, obgleich Limitierungen aufgrund der Datenlage und des engen zeitlich zur Verfügung stehenden Rahmens in Kauf zu nehmen waren.

Die im Projekt gewählte methodische Vorgehensweise (insbesondere in Arbeitspaket A, D und J) hat es ermöglicht, in dem kurzen zur Verfügung stehenden Zeitraum, die aktuelle wissenschaftliche Evidenz zu einer Vielzahl von Erkrankungen zusammenzutragen und in den Diskurs mit Fachexperten und Fachexpertinnen zu stellen. Damit liefert die wissenschaftliche Expertise nicht nur eine Zusammenstellung der Datenlage sondern auch Empfehlungen der in diesem Themenfeld einschlägigen Organisationen des Gesundheitssystems, der ärztlichen Berufsverbände und Fachgesellschaften, der Wissenschaft und der Selbsthilfe.

Die Begrenzung auf nationale und internationale Leitlinien als Bewertungsgrundlage bringt sicher Einschränkungen mit sich, die die Bietergemeinschaft für die Gesamtaussage aufgrund der Aktualität der Leitlinien als nicht gravierend einschätzt. Es ist jedoch möglich, dass eine Recherche auf der Ebene der Primärliteratur zusätzliche Evidenzquellen ans Licht bringen würde. In dem für das Projekt zur Verfügung stehenden Zeitraum wäre dies nicht leistbar gewesen, ist aber sich eine lohnende zukünftige Aufgabe.

Eine besonders große Lücke fand sich in der Bewertung der Kosten und des Nutzes von Screeningmaßnahmen bei Kindern in dieser Altersgruppe – oftmals für Kinder generell. Hier besteht dringender Forschungsbedarf, den Nutzen von Früherkennungsprogrammen bei Kindern zu bewerten. Dies wurde auch in der Diskussion der Sachverständigengruppe gesehen und deshalb für eine wissenschaftliche Begleitforschung, die diese Fragen auf Basis der konkreten Versorgung prüft, plädiert.

12 Empfehlungen und Verwendung der Projektergebnisse

Empfehlungen

1. Trotz der limitierten Evidenzlage wird seitens des Lenkungsgremiums und der Sachverständigengruppe die flächendeckende Einführung einer weiteren U-Untersuchung für Kinder im 9. Lebensjahr einstimmig bzw. mehrheitlich empfohlen und sollte auf folgende Erkrankungen/Störungen ausgerichtet sein: ADHS, Adipositas, allergische Atemwegserkrankungen, Sehstörungen, Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens und umschriebene Störungen schulischer Fertigkeiten (mit Einschränkung).
Eine Früherkennungsuntersuchung in dieser Altersgruppe schließt aus Sicht der Sachverständigen nicht nur eine bestehende Lücke, sondern birgt gleichzeitig ein erhebliches Potential, frühzeitig Erkrankungen bzw. Störungen zu erkennen, die kurz- und insbesondere langfristig mit erheblichen Beeinträchtigungen der gesundheitlichen und der psychosozialen Entwicklung assoziiert sind. Das Alter der 6- bis 10-Jährigen liegt vor der Pubertät und stellt damit einen besonders günstigen Interventionszeitpunkt dar.
2. Neben den genannten Erkrankungen sollte die neue U-Untersuchung die im Rahmen der anderen Früherkennungsuntersuchungen üblichen anamnestischen Fragen (z. B. Impfstatus, besondere Erkrankungen, Ereignisse, Gesundheitsverhalten) und körperliche Untersuchungen (z. B. Körpergröße, Körpergewicht, Blutdruck) beinhalten.
3. Die Einführung der zusätzlichen U-Untersuchung soll durch eine wissenschaftliche Begleitforschung evaluiert werden. Insbesondere die Fragen der Machbarkeit, der Akzeptanz, der Nachhaltigkeit und der Wirksamkeit sollten geprüft werden.
4. Das Screening, so die einhellig Meinung in der Sachverständigengruppe, muss Teil einer Versorgungskette sein und sich ganz eindeutig von der Diagnostik (Konfirmationsdiagnostik) abgrenzen. Die Sachverständigen empfehlen die verbindliche Festlegung von Testverfahren einschließlich der cut-off-Werte und die nach positiven Screeningergebnissen zwingend zu erfolgenden Versorgungsschritte. Hierfür ist die Vernetzung der an der Versorgung der Kinder beteiligten bzw. zu beteiligenden Berufsgruppen notwendig. Auch sollte eine engere Zusammenarbeit zum ÖGD (siehe Kapitel 4.) hergestellt werden.

Umsetzung

1. Die Sachverständigen sprechen sich für eine rasche Umsetzung aus, welche eine entsprechende Änderungen im § 26 Abs. 1, 1 Satz (Veränderung der Altersbegrenzung), die die Priorisierung dieser Themenstellung seitens des Bundesministeriums für Gesundheit und die Initiierung einer unmittelbaren Prüfung seitens des G-BA einschließt.

Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung

1. Eine flächendeckende Einführung einer neuen U-Untersuchung würde zusätzliche Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung bedeuten; die heute schon von einzelnen Kassen auf freiwilliger Basis (siehe Kapitel 6.2) übernommen werden. Eine flächendeckende Einführung würde damit das derzeit selektierte Angebot für Kinder bestimmter gesetzlicher Krankenkassen aufheben.
2. Unter der Annahme der Sinnhaftigkeit und des Nutzens einer solchen neuen U-Untersuchung würde den Ausgaben aber auch ein Gewinn auf individueller und bevölkerungsbezogener Ebene entgegenstehen. Diesen zu quantifizieren, ist jedoch außerhalb der Möglichkeiten der wissenschaftlichen Expertise und sollte Gegenstand der wissenschaftlichen Begleitforschung sein.

13 Literaturverzeichnis

- AACAP - American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007a) Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46:894-921.
- AACAP - American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007b) Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46:267-283.
- AACAP - American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007c) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46:1503-1526.
- AACAP - American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007d) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46:126-141.
- AAP - American Academy of Pediatrics (2003) Hearing assessment in infants and children: recommendations beyond neonatal screening. *Pediatrics* 111:436-440.
- AAP - American Academy of Pediatrics (2004) Otitis media with effusion. *Pediatrics* 113:1412-1429.
- AAFP - American Academy of Family Physicians (2009) Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services.
http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp_org/documents/clinical/CPS/rcps08-2005.Par.0001.File.tmp/Oct2009RCPSwithedits.pdf.
- AGA - Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes und Jugendalter (2009) Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. <http://www.adipositas-gesellschaft.de/daten/Leitlinie-AGA-S3-2009.pdf>
- AAO - American Academy of Ophthalmology Pediatric Ophthalmology/Strabismus Panel (2007a) Amblyopia. http://www.guidelines.gov/summary/pdf.aspx?doc_id=11751&stat=1&string=
- AAO - American Academy of Ophthalmology (2007b) Pediatric Eye Evaluations I. Screening II. Comprehensive Ophthalmic Evaluation.
http://www.guideline.gov/summary/pdf.aspx?doc_id=11753&stat=1&string=
- ATS - American Thoracic Society (2007) An official ATS workshop report: issues in screening for asthma in children. *Proc Am Thorac Soc* 4:133-141.
- August G.P., Caprio S., Fennoy I., et al. (2008) Prevention and treatment of pediatric obesity: an endocrine society clinical practice guideline based on expert opinion. *J Clin Endocrinol Metab* 93:4576-4599.

- AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2004) Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie. Methodische Empfehlungen. http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/II_metho.htm
- AWMF & ÄZQ - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2008) Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/delbi/pdf/delbi05_08.pdf
- Bamford J., Fortnum H., Bristow K., et al. (2007) Current practice, accuracy, effectiveness and cost-effectiveness of the school entry hearing screen. *Health Technol Assess* 11:1-168, iii-iv.
- BÄK, KBV & AWMF - Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2009) Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma. Langfassung. 2. Auflage. Version 1.0. Stand 26. August 2009. http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/asthma/pdf/nvl_asthma_lang.pdf
- Becker A., Lemièrè C., Bérubé D., et al. (2005) Summary of recommendations from the Canadian Asthma Consensus Guidelines. *CMAJ* 173:S3-S11.
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (2009) Übersicht Kostenübernahme U10, U11, J2. <http://www.kinderaerzte-im-netz.de/bvkj/kinpopup/show.php3?id=2&nodeid=1>
- Bettge S., Ravens-Sieberer U, Wietzker A., et al. (2002): Ein Methodenvergleich der Child Behavior Checklist und des Strengths and Difficulties Questionnaire. (64) Sonderheft. Stuttgart: Thieme Verlag. 119-124.
- Bettge S., Oberwöhrmann S. (2009) Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2007. Arbeitspapier "Einschulungsuntersuchungen". Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz. <http://www.gsi-berlin.info>.
- Bitzer E.M., Walter U., Lingner H., et al. (2009) Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung. Heidelberg: Springer-Verlag.
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2009) Leistungsbeschreibung im Rahmen der "Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit" zu „Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern im Alter von 6 bis 10 Jahren". Bonn.
- Böhm A., Lüdecke K. (2005) Einschulungsuntersuchung im Land Brandenburg 2005 Standardtabellen. Landesamt für Soziales und Versorgung, Landesgesundheitsamt. Wünsdorf.
- Böhm A., Lüdecke K. (2008) Einschulungsuntersuchung im Land Brandenburg 2008 Standardtabellen. Landesamt für Soziales und Versorgung, Landesgesundheitsamt. Wünsdorf.
- Burke M.A, Eichler M. (2006) The bias free Framework: a practical tool for identifying and eliminating social biases in health research. <http://www.globalforumhealth.org/Media-Publications/>

- BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006) Bundes- und europaweite Recherche von Praxisbeispielen zur Erhöhung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder. http://www.kindergesundheit-info.de/fileadmin/fileadmin-kgs/pdf/europauebersicht_01.pdf
- CPA - Canadian Psychiatric Association (2006) Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders. *Can J Psychiatry* 51:1S-92S.
- Royal College of Ophthalmologists Paediatric Sub-committee (2005) Ophthalmic Services for children. <http://www.rcophth.ac.uk/docs/profstands/ophthalmic-services/OphthalmicServicesForChildrenJuly2009.pdf>
- Cox L., Li J.T., Nelson H., et al. (2007) Allergen immunotherapy: A practice parameter second update. *J Allergy Clin Immunol* 120:S25-85.
- Culpepper L. (2006) Primary care treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* 67 Suppl 8:51-58.
- DGKJP - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (2007a) Angststörungen. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 291-302.
- DGKJP - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (2007b) Phobische Störungen bei Kindern- und Jugendlichen. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 277-289.
- DGKJP - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (2007c) Depressive Episoden und rezidivierende Störungen. Anhaltende affektive Störungen. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 57-71.
- DGKJP - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (2007d) Manische und bipolare affektive Störungen. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 45-56.
- DGKJP - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (2007e) Störungen des Sozialverhaltens. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 265-275.
- DGKJP - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (2007f) Auf den familiären Rahmen beschränkte Störungen des Sozialverhaltens. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 255-263.

- DGKJP - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (2007g) Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 207-224.
- DGPP - Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (2005) Periphere Hörstörungen im Kindesalter. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/049-010I.htm>
- Eichler M. (2002) Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern. Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung Fuchs J., Maschewsky K., Maschewsky-Schneider U. Berliner Zentrum Public Health. Blaue Reihe. Berlin.
- Family Nurse Practitioner Program, University of Texas at Austin, School of Nursing (2004) Evaluation and treatment of childhood obesity. http://www.guidelines.gov/summary/pdf.aspx?doc_id=5431&stat=1&string=
- Fayter D., Nixon J., Hartley S., et al. (2007) A systematic review of the routine monitoring of growth in children of primary school age to identify growth-related conditions. *Health Technol Assess* 11:iii, xi-xii, 1-163.
- Foy J.M., Earls M.F. (2005) A Process for Developing Community Consensus Regarding the Diagnosis and Management of ADHD. *Pediatrics* 115:e97-e104.
- Furman L. (2005) What is attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)? *J Child Neurol* 20:994-1002.
- G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss (2008) Neugeborenen-Hörscreening. Zusammenfassende Dokumentation zum Normsetzungsverfahren. <http://www.g-ba.de/downloads/40-268-759/2008-12-17-Abschluss-Hörscreening.pdf>
- Glascoe F.P. (2001) Are overreferrals on developmental screening tests really a problem? *Arch Pediatr Adolesc Med* 155:54-59.
- Glascoe F.P. (2002) Safety words inventory and literacy screener: standardization and validation. *Clin Pediatr (Phila)* 41:697-704.
- Hamilton S. (2006) Screening for developmental delay: reliable, easy-to-use tools. *J Fam Pract* 55:415-422.
- Hey M. (2009) Persönliche Mitteilung.
- Heyne D., King N.J., Tonge B.J., et al. (2001) School refusal: epidemiology and management. *Pediatric Drugs* 3(10):719-732.
- Hutt N., Rhodes C. (2008) Post-natal hearing loss in universal neonatal hearing screening communities: current limitations and future directions. *J Paediatr Child Health* 44:87-91.

- ICSI - Institute for Clinical Systems Improvement (2008a) Diagnosis and Treatment of Respiratory Illness in Children and Adults.
http://www.icsi.org/respiratory_illness_in_children_and_adults__guideline_/respiratory_illness_in_children_and_adults__guideline__13116.html
- ICSI - Institute for Clinical Systems Improvement (2008b) Preventive services for children and adolescents.
http://www.icsi.org/preventive_services_for_children__guideline_/preventive_services_for_children_and_adolescents_2531.html
- Kahl H. (2007) Übersicht über Untersuchungen in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst in den Bundesländern. Unveröffentlicht.
- Kahl H. (2009) Übersicht über Untersuchungen in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst in den Bundesländern. Aktualisiert. Unveröffentlicht.
- Kaminski A., Gartlehner G. (o. J.) Screening im Schulalter. http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/departement/evidenzbasierte_medizin/projekte/systematische_reviews_und_health_technology_assessments/pr_vention_und_gesundheitsf_rderung/schulscreening_090331.pdf
- Kerr N.C., Arnold R.W. (2004) Vision screening for children: current trends, technology, and legislative issues. *Curr Opin Ophthalmol* 15:454-459.
- Kohnen S., Nickels L., Coltheart M., et al. (2008) Predicting generalization in the training of irregular-word spelling: treating lexical spelling deficits in a child. *Cogn Neuropsychol* 25:343-375.
- Kompauer I. (2009) Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2007: Landesweite Auswertung für Baden-Württemberg. Regierungspräsidium Stuttgart, Landesgesundheitsamt, Stuttgart.
- Krämer D. (2007) Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2006: Landesweite Auswertung für Baden-Württemberg. Regierungspräsidium Stuttgart, Landesgesundheitsamt, Stuttgart.
- Lau D.C., Douketis J.D., Morrison K.M., et al. (2007) 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [executive summary]. *CMAJ* 176:Online-1-13.
- Logan N.S., Gilmartin B. (2004) School vision screening, ages 5-16 years: the evidence-base for content, provision and efficacy. *Ophthalmic Physiol Opt* 24:481-492.
- Ministerium für Soziales und Gesundheit (2009) Bereitstellung von Daten der Schuleingangsuntersuchungen in Mecklenburg-Vorpommern. Persönliche Kommunikation.
- Mugnaini D., Masi G., Brovedani P., et al. (2006) Teacher reports of ADHD symptoms in Italian children at the end of first grade. *Eur Psychiatry* 21:419-426.

- NAPNAP - National Association of Pediatric Nurse Practitioners (2006) Identifying and preventing overweight in childhood.
http://www.guideline.gov/summary/pdf.aspx?doc_id=9370&stat=1&string=
- NHLBI - National Heart, Lung, and Blood Institute (2007) Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma.
<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.pdf>
- NHS Quality Improvement Scotland (2007) Asthma Services for Children and young people.
http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/files/ASTHCHILDSERV_STNF_MAR07.pdf
- NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence (2005) Depression in children and young people. NICE clinical practice guideline 28.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg028fullguideline.pdf>
- NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence (2006a) Obesity: guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. NICE clinical guideline 43.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG43NICEGuideline.pdf>
- NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence (2006b) Bipolar Disorders: The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. NICE clinical practice guideline 38.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG38fullguideline.pdf>
- NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence (2009) Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). NICE clinical practice guideline 76.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG76NICEGuideline.pdf>
- Nutt D.J., Fone K., Asherson P., et al. (2007) Evidence-based guidelines for management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol 21:10-41.
- Oberwöhrmann S., Bettge S. (2007) Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin - Ergebnisse auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2005. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2007 - 1. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz. http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-statistik-gesoz/gesundheits/spezialberichte/esu2007_bf.pdf?start&ts=1259935939
- Oberwöhrmann, S., Bettge, S. (2008). Grundausswertung der Einschulungsdaten 2006 zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2008 - 1. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz. http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-statistik-gesoz/gesundheits/spezialberichte/esu08_netz.pdf?start&ts=1259935939

- Oude Luttikhuis H., Baur L., Jansen H., et al. (2009) Interventions for treating obesity in children. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art. No.: CD001872. DOI: 10.1002/14651858.CD001872.pub2.
- Paediatric Society of New Zealand (2005) Assessment of sleep-disordered breathing in childhood. <http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0105/Sleependorsed.pdf>
- Pirozzo S., Papinczak T., Glasziou P. (2003) Whispered voice test for screening for hearing impairment in adults and children: systematic review. *BMJ* 327:967.
- Powell C., Wedner S., Richardson S. (2004) Screening for correctable visual acuity deficits in school-age children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4. Art. No.: CD005023. DOI: 10.1002/14651858.CD005023.pub2.
- Powell C., Hatt S.R. (2008) Vision screening for amblyopia in childhood. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3. Art. No.: CD005020. DOI: 10.1002/14651858.CD005020.pub3.
- Proctor S.E. (2009) Vision screening: new and time-honored techniques for school nurses. *NASN School Nurse* 24:62-68.
- 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 Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- RNAO - Registered Nurses' Association of Ontario (2005) Primary prevention of childhood obesity. http://www.rnao.org/Storage/12/620_BPG_childhood_obesity.pdf
- RNAO - Registered Nurses' Association of Ontario (2008) Promoting Asthma Control in Children. <http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=924&ContentID=812>
- Rydz D., Shevell M.I., Majnemer A., et al. (2005) Developmental screening. *J Child Neurol* 20:4-21.
- Sakolsky D., Birmaher B. (2008) Pediatric anxiety disorders: management in primary care. *Curr Opin Pediatr* 20:538-543.
- Sanderson D., Wright D., Acton C., et al. (2001) Cost analysis of child health surveillance. *Health Technol Assess* 5:1-103.
- Scadding G.K., Durham S.R., Mirakian R., et al. (2008) BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy* 38:19-42.
- Scheidt-Nave C., Ellert U., Thyen U., et al. (2008) Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 51:592-601.
- Sekis - Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle (2007) Selbsthilfe-Rundbrief 35. Berlin.
- Sewell J. (2008) School refusal. *Aust Fam Physician* 37:406-408.

- Shapiro B.K. (2001) Specific reading disability: a multiplanar view. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 7:13-20.
- Sheikh R.M., Weller E.B., Welller R.A. (2006) Prepubertal depression: diagnostic and therapeutic dilemmas. *Curr Psychiatry Rep* 8(2):121-6.
- Stalter A.M. (2009) Assessing facilitating factors and barriers to body mass index. Screening among school nurses. http://etd.ohiolink.edu/etd/send-pdf.cgi/Stalter%20Ann%20M.pdf?acc_num=osu1236626402
- Swinson R.P. (2006) Management of Anxiety Disorders. <http://www.nice.org.uk/CG22>
- Testzentrale (2009) <http://www.testzentrale.de/>
- Thüringer Landesverwaltungsamt (2009) Gesunde Kinder – Daten für Taten. Statistiken des öffentlichen Gesundheitsdienstes aus dem Bereich Kinder- und Jugendgesundheit 2009.
- Tröster, H. (2009) Früherkennung im Kindes- und Jugendalter. Strategien bei Entwicklungs-, Lern- und Verhaltensstörungen. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- UK National Screening Committee (2009) Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme. <http://www.screening.nhs.uk/criteria>
- University of Michigan Guidelines for Health System (2007) Allergic Rhinitis. <http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/allergic07.pdf>
- USPSTF - U.S. Preventive Services Task Force (2005) Screening and interventions for overweight in children and adolescents: recommendation statement. *Pediatrics* 116:205-209.
- USPSTF - U.S. Preventive Services Task Force (2009) Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Pediatrics* 123:1223-1228.
- Wallace D.V., Dykewicz M.S., Bernstein D.I., et al. (2008) The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol* 122:S1-84.
- Westwood M., Fayter D., Hartley S. (2007) Childhood obesity: should primary school children be routinely screened? A systematic review and discussion of the evidence. *Arch. Dis. Child.* 92:416-422. <http://adc.bmj.com/cgi/reprint/92/5/416>
- Whitlock E.P., Williams S.B., Gold R., et al. (2005) Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics* 116:e125-144.
- Wilson, J.M.G., Jungner G. (1968) Principles and practice of screening for disease. World Health Organization. Genf.

Wilson P., Minnis H., Puckering C., et al. (2009) Should we aspire to screen preschool children for conduct disorder. Arch Dis Child 94:812-816.

14 Anhang

Dokumente	Ordner
	Ordner I
Fragenkatalog [G-BA 2009]	I-1
Tabelle 4_A: Priorisierung von Erkrankungen	I-2
Systematische Leitlinienrecherche durchgeführt vom Ärztlichen Zentrum für Qualität (ÄZQ)	I-3
Synopsen zu Arbeitspaket D	I-4
Juristisches Gutachten der Kanzlei Schroeder-Printzen, Kaufmann & Kollegen vom 17. September 2009	I-5
Ergebnisprotokoll Expertengespräch ÖGD	I-6
Expertise Dr. Heidrun Kahl	I-7
Systematische Leitlinienrecherche durchgeführt vom Ärztlichen Zentrum für Qualität (ÄZQ)	I-8
Synopse zu Arbeitspaket J	I-9
Expertise Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl & Dr. Christian Bachmann (2009)	I-10
Übersicht über die Rückmeldungen zum Thesenpapier, 17.11.2009	I-11
Thesenpapier, 17.11.2009 (abgestimmte Version)	I-12
CD (GBA-Tabellen, DELBI-Bewertung, Leitlinien, etc.)	I-13
	Ordner II
Kick-Off-Meeting Tagesordnung, Präsentation, Ergebnisprotokoll, Anwesenheitsliste	II-1
Meilenstein-1-Meeting Tagesordnung, Präsentation, Ergebnisprotokoll, Anwesenheitsliste	II-2
Anhörung Tagesordnung, Präsentation, Ergebnisprotokoll, Anwesenheitsliste	II-3