

Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation (Kapitel C)

Beratungsverfahren Methodenbewertung

Neufassung der Richtlinie zur Jugendgesundheitsunter-
suchung (Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie):
Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach
§ 26 SGB V sowie Neufassung der Richtlinie

Vom 20.08.2026

Unterausschuss Methodenbewertung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhalt

C-1 Antrag

C-2 Unterlagen zur Ankündigung des Bewertungsverfahrens

C-2.1 Bekanntmachung im Bundesanzeiger (BANz AT 09.10.2023 B3)

C-2.2 Fragebogen zur strukturierten Einholung erster Einschätzungen

C-2.3 Übersicht der eingegangenen Einschätzungen

C-2.4 Literaturlisten aus den Einschätzungen

C-2.5 Wortprotokoll zum Einschätzungsverfahren

C-3 Beauftragung des IQWiG zu Bewertung des aktuellen medizinischen Wissenstandes

C-3.1 Beschluss zur Beauftragung des IQWiG

C-3.2 Konkretisierung der IQWiG-Beauftragung

C-4 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

C-4.1 Beschlussentwurf, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde

C-4.2 Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden

C-4.3 Tragende Gründe – Anlagenkonvolut 1-4

C-4.4 Darstellung der Änderungen im Richtlinien-Fließtext

C-4.5 Schriftliche Stellungnahmen

C-4.6 Wortprotokoll zum Stellungnahmeverfahren

C-5 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V (*wird nach BMG Prüfung eingefügt*)

C-6 Beschluss (BANz AT) (*wird nach BANz-VÖ eingefügt*)

C-7 Tragende Gründe (*wird nach BANz-VÖ eingefügt*)

Unterausschuss Methodenbewertung (UA MB)
Antrag der Patientenvertretung nach § 140f SGB V
auf Einführung neuer Früherkennungsuntersuchungen
für Kinder und Jugendliche nach § 26 SGB V

Inhalt

1. Gesetzliche Grundlage und Relevanz der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche	2
2. Zielsetzung der Antragsstellung	3
3. Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland	3
4. Vorsorgeprogramme anderer Länder und Leitlinienempfehlungen.....	9
5. Einführung neuer Früherkennungsuntersuchungen	10
6. Schaden-Nutzen Abwägung	12
7. Kosten-Nutzen Bewertung.....	12
8. Literaturverzeichnis.....	13

1. Gesetzliche Grundlage und Relevanz der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche sind als Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in § 26 SGB V festgelegt. Die Inhalte, Zeitpunkte und Struktur des Untersuchungsprogramms sind in der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geregelt. Die Früherkennungsuntersuchungen (sog. U-Untersuchungen) finden von der Geburt (U1) bis zum 5. Geburtstag (U9) statt. Die Jugendgesundheitsuntersuchung J1, geregelt in der Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie des G-BA, erfolgt zwischen dem 13. und 14. Lebensjahr.

Die U-Untersuchungen zählen zu den wichtigsten Präventionsmaßnahmen im Kindesalter und weisen eine hohe Teilnahmequote von über 95% vor. Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status und Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund nehmen die Früherkennungsuntersuchungen etwas seltener wahr. Allerdings zeigen Auswertungen über die Teilnahmeentwicklungen in den letzten zehn Jahren, dass sich soziale Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme verringert haben (Schmidtke et al. 2018). Damit stellen die U-Untersuchungen eine etablierte Vorsorgemaßnahme für Kinder und ihre Familien in Deutschland dar.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 25. Juli 2015 wurden u.a. die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche weiterentwickelt. § 26 SGB V Absatz 1, Satz 1 und 2 regeln: „Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind.“ Der Gesetzgeber schlägt in seiner Begründung zum PräVG eine Ausweitung der Untersuchungsprogramme mit der Einführung einer zusätzlichen U-Untersuchung für Kinder im Alter von neun Jahren vor. Dieser Vorschlag begründet sich auf Grundlage der Erkenntnisse des im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) geförderten Projekts „Expertise:

Kinderuntersuchungen für 6- bis 10-Jährige“, dass sich eine Reihe relevanter Krankheiten und Krankheitsrisiken in der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen wie auch während der Pubertät manifestiert (Charité, DAKJ 2009).

2. Zielsetzung der Antragsstellung

Der vorliegende Antrag der Patientenvertretung nach §140f SGB V zielt darauf ab, neue Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensalter als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einzuführen. Dazu werden nachfolgend Daten zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen dargelegt mit Fokus auf die Themen Übergewicht und Adipositas, körperliche Aktivität und Medienkonsum, psychische Auffälligkeiten und Impfverhalten. Auch wird auf Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage infolge der Corona-Pandemie verwiesen. Ergänzend wird anhand eines HTA-Projektberichts auf Vorsorgeprogramme anderer Länder und Leitlinienempfehlungen verwiesen.

3. Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Mit der Veröffentlichung der 2. Erhebungswelle der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS), durchgeführt durch das Robert Koch-Institut (RKI), liegen aktuelle Daten zur gesundheitlichen Lage der Heranwachsenden vor. Die Daten der 2. Welle umfassen den Erhebungszeitraum 2014 bis 2017. Die 1. Erhebungswelle fand in der Zeit von 2009 bis 2012 statt. Die Basiserhebung erfolgte 2003 bis 2006.

Allgemeiner Gesundheitszustand

Nach den aktuellen Ergebnissen schätzen Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer 3- bis 17- jährigen Kinder zu 95,7% als sehr gut oder gut ein. Der Anteil von Kindern, für die eine sehr gute Gesundheit angegeben wird, ist in der Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen am höchsten und sinkt mit zunehmendem Alter (Poethko-Müller, Kuntz et al. 2018).

Übergewicht und Adipositas

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bezieht sich für die 3- bis 17-jährigen Kindern auf Basis der KiGGS-Daten auf 15,4% und 5,9%. Differenziert nach Altersgruppen zeigt sich die höchste Prävalenz bei Übergewicht in der Altersgruppe der 11- bis 13-Jährigen mit 20,0 % bei den Mädchen und 21,1 % bei den Jungen. Nachfolgende Tabelle stellt die Prävalenzen differenziert nach Altersgruppen dar. Die Prävention von übermäßiger Gewichtszunahme bei Kindern und Jugendlichen hat aus unterschiedlichen Gründen eine hohe Relevanz. Zum einen ist mit einem zu hohen Körpergewicht die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Typ-2-Diabetes, Bluthochdruck oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen assoziiert. Zum anderen zeigen Studien, dass Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen mit einer Reduktion der Lebensqualität einhergeht und mit einem Risiko für Mobbing verbunden ist (Schienkiewitz et al. 2018).

Tabelle 1: Übergewichtsprävalenz (> 90. Perzentil, einschließlich Adipositas) nach Geschlecht und Alter (n = 1.799 Mädchen, n = 1.762 Jungen; Schienkiewitz et al. 2018)

Mädchen	%	(95 %-KI)	Jungen	%	(95 %-KI)
Mädchen (gesamt)	15,3	(13,1–17,8)	Jungen (gesamt)	15,6	(13,0–18,6)
Altersgruppen			Altersgruppen		
3–6 Jahre	10,8	(7,0–16,5)	3–6 Jahre	7,3	(4,7–11,1)
7–10 Jahre	14,9	(10,9–20,2)	7–10 Jahre	16,1	(11,7–21,8)
11–13 Jahre	20,0	(15,0–26,2)	11–13 Jahre	21,1	(15,5–28,1)
14–17 Jahre	16,2	(12,6–20,7)	14–17 Jahre	18,5	(14,2–23,8)

Tabelle 2: Adipositasprävalenz (> 97. Perzentil) nach Geschlecht und Alter (n = 1.799 Mädchen, n = 1.762 Jungen; Schienkiewitz et al. 2018)

Mädchen	%	(95 %-KI)	Jungen	%	(95 %-KI)
Mädchen (gesamt)	5,5	(4,3–7,0)	Jungen (gesamt)	6,3	(4,9–8,0)
Altersgruppen			Altersgruppen		
3–6 Jahre	3,2	(1,6–6,3)	3–6 Jahre	1,0	(0,4–2,5)
7–10 Jahre	4,7	(2,9–7,5)	7–10 Jahre	6,8	(4,2–11,0)
11–13 Jahre	6,5	(3,6–11,3)	11–13 Jahre	8,0	(4,8–13,0)
14–17 Jahre	7,7	(5,2–11,4)	14–17 Jahre	9,2	(6,2–13,4)

Körperliche Aktivität und Medienkonsum

Mit 22,4% der Mädchen und 29,4% der Jungen im Alter von 3 bis 17 Jahren ist der Anteil gering, die mindestens 60 Minuten körperlich aktiv pro Tag sind und damit die Bewegungsempfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erreichen. Differenziert nach Altersgruppen zeigt sich, dass das Erreichen der

Bewegungsempfehlung mit zunehmendem Lebensalter kontinuierlich abnimmt (Finger et al. 2018, siehe nachfolgende Tabelle).

Tabelle 3: Prävalenz von mindestens 60 Minuten körperlicher Aktivität pro Tag („WHO-Empfehlung erreicht“) nach Geschlecht und Alter (n = 6.532 Mädchen, n = 6.449 Jungen; Finger et al. 2018)

Mädchen	Prävalenz (%)	(95 %-KI)	Jungen	Prävalenz (%)	(95 %-KI)
Mädchen (gesamt)	22,4	(20,9–24,0)	Jungen (gesamt)	29,4	(27,6–31,2)
Altersgruppe			Altersgruppe		
3–6 Jahre	42,5	(39,0–46,0)	3–6 Jahre	48,9	(45,2–52,6)
7–10 Jahre	22,8	(20,1–25,8)	7–10 Jahre	30,0	(27,1–33,1)
11–13 Jahre	16,5	(14,1–19,1)	11–13 Jahre	21,4	(18,7–24,3)
14–17 Jahre	7,5	(6,0–9,2)	14–17 Jahre	16,0	(13,8–18,6)

Anhand der Daten der KiGGS-Welle 1 (Erhebungszeitraum 2009 bis 2012) zeigt sich, dass körperliche Aktivität im Kindes- und Jugendalter entscheidend zur positiven Entwicklung der Gesundheit beiträgt, während körperliche Inaktivität, insbesondere durch Bildschirmmediennutzung, mit der Entstehung von Übergewicht assoziiert ist. Weitere Analysen ergaben, dass eine intensive Bildschirmmediennutzung von 5 und mehr Stunden am Tag auch mit etwa verdoppelten Raten fehlender Sportbeteiligung einherging. Bei Mädchen zeigt sich diese Assoziation bereits ab einer Mediennutzung bei 3-5 Stunden pro Tag. Um den negativen Folgen von Bewegungsmangel im Kindes- und Jugendalter vorzubeugen, besteht der Bedarf an effektiven Maßnahmen zur Förderung der körperlichen und sportlichen Aktivität (Manz et al. 2014).

Psychische Auffälligkeiten

Die Prävalenz psychischer Auffälligkeit auf Grundlage der 2. KiGGS-Welle fällt mit 19,1% bei den Jungen höher aus als bei Mädchen mit 14,5%. Mit 22,3 % bzw. 22,2% ist die Prävalenz in der Altersgruppe 6-8 Jahre bzw. 9-11 Jahre am höchsten. Bei den Mädchen liegt die Prävalenz in den genannten Altersgruppen bei 13,8% bzw. 16,4% (Klipker et al. 2018, siehe auch nachfolgende Tabelle).

Tabelle 4: Prävalenz psychischer Auffälligkeiten nach Geschlecht und Alter für die KiGGS-Basiserhebung (n = 7.100 Mädchen, n = 7.377 Jungen) und KiGGS Welle 2 (n = 6.637 Mädchen, n = 6.568 Jungen; Klipker et al. 2018)

KiGGS-Basiserhebung			KiGGS Welle 2	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Mädchen	15,9	(14,9–17,0)	14,5	(13,2–15,9)
Altersgruppe				
3–5 Jahre	17,2	(14,7–19,9)	13,9	(11,2–17,1)
6–8 Jahre	14,7	(12,4–17,4)	13,8	(11,6–16,2)
9–11 Jahre	18,6	(16,5–21,0)	16,4	(13,3–20,1)
12–14 Jahre	15,9	(13,8–18,3)	13,9	(11,9–16,3)
15–17 Jahre	13,4	(11,5–15,6)	14,6	(12,2–17,3)
Jungen	23,6	(22,3–24,9)	19,1	(17,7–20,6)
Altersgruppe				
3–5 Jahre	21,4	(18,9–24,2)	20,9	(17,5–24,7)
6–8 Jahre	25,3	(22,7–28,2)	22,3	(19,4–25,4)
9–11 Jahre	28,8	(26,2–31,7)	22,2	(19,0–25,7)
12–14 Jahre	25,8	(23,1–28,9)	19,2	(16,6–22,0)
15–17 Jahre	17,2	(14,8–20,0)	12,2	(9,9–15,0)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	19,9	(19,0–20,8)	16,9	(15,9–17,9)

KI – Konfidenzintervall

Im Abgleich der Daten aus der KiGGS-Basiserhebung aus den Jahren 2003 bis 2006 ergibt sich, dass eine sensible Phase für das Entstehen von psychischen Auffälligkeiten bei Jungen, deskriptiv betrachtet, die Entwicklung vom Vorschulalter (3 bis 5 Jahre) bis zum Ende der Grundschulzeit (9 bis 11 Jahre) ist. Für Mädchen scheint insbesondere der Übergang vom Grundschulalter (9 bis 11 Jahre) bis zum Ende der Jugendzeit (15 bis 17 Jahre) eine sensible Lebensphase darzustellen (Baumgarten et al. 2018).

Impfverhalten

Auf Basis der KiGGS-Daten zeigt sich, dass die Impfquoten in den letzten 10 Jahren generell angestiegen sind und eine gute Durchimpfung für die 3- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen vorliegen (Poethko-Müller, Kuhnert et al 2019).

Seit dem Jahr 2007 empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) allen Mädchen die Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV) mit dem Ziel, die Krankheitslast durch Gebärmutterhalskrebs zu reduzieren. Sowohl im August 2014 als auch im Juni 2018 passte die STIKO ihre Empfehlungen an. Danach spricht sie sich nun für eine Impfung sowohl für Mädchen als auch für Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren aus. Die Impfung sieht zwei Dosen im Abstand von mindestens fünf Monaten vor.

In der 2. KiGGS-Welle gaben 42,0 % der 11- bis 17-jährigen Mädchen an, mindestens eine HPV-Impfung erhalten zu haben. 31,4 % berichteten über eine vollständige HPV-Immunisierung. Daten zum Impfverhalten bei Jungen lagen zu dieser Erhebung noch nicht vor. Im Abgleich mit den Daten aus der 1. KiGGS-Welle zeigt sich für die 14- bis 17-jährigen Mädchen kein Unterschied in den Impfquoten. Der Anteil vollständig geimpfter, jugendlicher Mädchen lag in KiGGS Welle 1 mit 43,7 % nur geringfügig unter den aktuellen Prävalenzen aus KiGGS-2 (45,3 %) (Poethko-Müller, Buttmann-Schweiger et al. 2018).

Die geringen HPV-Impfquoten werden u.a. vor dem Hintergrund von deutlich selteneren Arztbesuchen verglichen mit dem Säuglings- und Kleinkinderalter diskutiert. „Eine gute Gelegenheit für eine Beratung zur HPV-Impfung stellt für diese Altersgruppe die J1-Jugenduntersuchung im Alter von 12 bis 14 Jahren dar, die jedoch bei großen regionalen Unterschieden im bundesweiten Durchschnitt von nur etwa 50% der Jugendlichen wahrgenommen wird. Eine Analyse von KV-Daten hatte gezeigt, dass die Inanspruchnahme der J1-Untersuchung bei 12-jährigen Mädchen mit einer 7-fach höheren Wahrscheinlichkeit einherging, mindestens eine HPV-Impfstoffdosis erhalten zu haben. Dieser positive Zusammenhang zeigte sich ebenfalls deutlich in den Daten von KiGGS Welle 1 in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen“, so das Fazit der Autoren der KiGGS-Auswertungen.

Vergleichbare Ergebnisse konnte auch das vom Innovationsfond geförderte Projekt PRÄZIS - Prävention des Zervixkarzinoms und dessen Vorstufen bei Frauen im Saarland liefern. Hier zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchung U11 bzw. der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 und der Inanspruchnahme der HPV-Impfung. Mädchen, die an einer Früherkennungsmaßnahme (U11 oder J1) teilgenommen haben, hatten laut der Projektergebnisse eine höhere Chance eine HPV-Impfung zum empfohlenen Zeitpunkt zu bekommen. Der Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss vom 23.09.2021 sah vor, die Ergebnisse des Projekts an die Gesundheitsministerkonferenz der Länder, den Unterausschuss Methodenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschuss, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, den GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Berufsverband der Kinder – und Jugendärzte e. V. zur weiteren Prüfung weiterzureichen.

Nach Angaben des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ 2020) ist eine Gesamtimpfquote von mindestens 70 % in der Bevölkerung erforderlich, um die Übertragung des HP-Virus zu unterbrechen und auch Personen zu schützen, die aus verschiedenen Gründen nicht geimpft werden können. Auch hier wird bemängelt, dass mit dem Übergang vom Kindes- ins Jugendalter Impfstrukturen wegfallen.

In ihrer jüngsten Pressemitteilung anlässlich der Europäischen Impfwoche 2023 weist die Nationale Lenkungsgruppe Impfen (NaLI) auf die Bedeutung der Impfprävention gegen HPV hin. Auch im Jahr 2023 wird weiterhin für Deutschland eine noch unzureichende Impfquote sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen attestiert.

Erste Beobachtungsdaten aus England, die mit der Einführung der HPV-Impfung im Jahr 2008 gestartet sind, verdeutlichen die Effektivität der HPV-Impfung. So zeigen Analysen auf Basis englischer Krebsregisterdaten der Jahre 2006 bis 2019, dass die Zahl der Krebsdiagnosen rückläufig sind. Die relative Risikoreduktion war in der Altersgruppe der Mädchen, die im Alter zwischen 12 und 13 Jahren geimpft wurden, am größten: RR 87% (95% KI 72-94) bezüglich Zervixkarzinomfälle, RR 97% (95% KI 96-98) bezüglich CIN3-Vorstufen (Falcaro et al. 2021).

Gesundheitliche Auswirkungen durch Corona

Am 08.02.2023 wurde der Abschlussbericht der Interministerielle Arbeitsgruppe (IMA) „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ veröffentlicht. Der Abschlussbericht verweist zur Bewertung der gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen insbesondere auf Befragungsdaten (z.B. „Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA) des Robert Koch-Instituts, „Corona und Psyche“ (COPSY) der Universität Hamburg-Eppendorf) sowie auf die Analyse von Abrechnungsdaten von Krankenkassen. In der Gesamtschau der vorliegenden Daten ist ein dringender Handlungsbedarf in den Bereichen der psychischen Gesundheit, Übergewicht und Adipositas, Bewegungsmangel bzw. -förderung gegeben.

Für das Handlungsfeld Gesundheitswesen kommt die IMA u.a. zu folgender Empfehlung: „Wissenschaftliche Studien zeigen, dass gerade in der Pandemie die Belastungssituation für Kinder und Jugendliche stark angestiegen ist und teilweise auch zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen geführt hat. Der Früherkennung dieser Belastungen und Erkrankungen und der frühzeitigen, bedarfsgerechten Vermittlung in niedrigschwellige Hilfsangebote und medizinische Behandlungsangebote kommt

daher eine erhebliche Bedeutung zu. Die **Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche** sind hier aus Sicht der IMA ein wichtiges, sehr gut akzeptiertes Instrument. Gerade die Kindergesundheitsuntersuchungen wurden auch während der Pandemie von Familien aller Einkommensgruppen sehr gut wahrgenommen. Die IMA empfiehlt, sich gemeinsam dafür einzusetzen, dass auch die Jugendgesundheitsuntersuchungen noch stärker genutzt werden, um bestehenden Unterstützungs- oder Therapiebedarf auch bei Jugendlichen möglichst frühzeitig zu identifizieren und im Bedarfsfall weitere passende Hilfen veranlassen zu können“ (S. 35).

Ergänzend wird an dieser Stelle auf das vom Innovationsfond geförderter Projekt EPIVA – Evaluation Pädiatriezentrierte Integrierte Versorgung AOK-Junior verwiesen. Mit Beschluss vom 12.05.2022 konnte zwar durch den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss keine Transferempfehlung beschlossen werden. Dennoch zeigt der Ergebnisbericht auf, dass insbesondere für die Früherkennungsuntersuchungen U10, U11 und J2, die derzeit selektivvertraglich organisiert sind, positive Effekte hinsichtlich früherer Erkennung und früherer Therapieeinleitung bestätigt werden konnten.

4. Vorsorgeprogramme anderer Länder und Leitlinienempfehlungen

Es liegt ein HTA-Projektbericht des Ludwig-Boltzmann-Instituts zum Thema „Screening-/Vorsorgeprogramme für Kinder und Jugendliche von 6 bis 14 Jahren“ vor (Winkler et al. 2019).

Die Recherchen fokussierten sich auf bestehende Vorsorgeprogramme aus ausgewählten Ländern sowie Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien. Im Ergebnis zeigt sich, dass routinemäßige Screenings für die Altersgruppe der 6- bis 14-Jährigen ein Basis-Set mit folgenden vier Gesundheitsthemen/-untersuchungen adressiert: Körpergröße und Körpergewicht, Sehen und Hören, Zahn- und Mundgesundheit sowie psychische Gesundheit. Darüber hinaus beinhalten die Vorsorgeprogramme präventive Maßnahmen und Aufklärungen zum Thema Impfung, Ernährung, Rauchen, Alkohol, Medienkonsum und Bewegung. In den meisten Ländern erfolgen die Angebote der Vorsorgeuntersuchungen durch Schulgesundheitsdienste im schulischen Setting. Die Vorsorgemaßnahmen werden

häufig für die Altersgruppen der 6-7- Jährigen, für 10-11-Jährigen und für 13-14-Jährige angeboten.

Die Rechercheergebnisse zu Leitlinienempfehlungen werfen eine Vielzahl an Themen auf, allerdings gibt es nur zu wenigen Themen übereinstimmende Empfehlungen. Empfehlungen für ein Screening oder eine Beratung von mindestens zwei Leitlinien wurden für folgende Themen identifiziert: Übergewicht/Adipositas, Zahnerkrankungen, Rauchen, Depressionen (bei Jugendlichen ab 12 Jahren) sowie Beratung bzgl. Hautkrebs bei Risikogruppen.

5. Einführung neuer Früherkennungsuntersuchungen

Die Daten aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) zeigen, dass Heranwachsende heute überwiegend gesund sind. Dennoch lassen sich aus den Ergebnissen Präventionsmöglichkeiten erkennen, die durch die Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung abgedeckt werden können. Weiter hat die Corona-Pandemie einen großen Einfluss auf die physische und psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen genommen, dessen Folgen Beachtung finden müssen. Die hohe Inanspruchnahme und Akzeptanz der U-Untersuchungen im Säuglings- und Kleinkindalter bieten einen guten Ausgangspunkt für die Erweiterung der U-Untersuchungen. Mit Blick auf die Vorsorgeprogramme in anderen Ländern zeigt sich, dass dort auch in der Grundschulzeit Früherkennung und Prävention stattfindet, so dass dort anders als in Deutschland keine „Vorsorgelücke“ zwischen der U9 und J1 vorliegt. Weiter ist die Adoleszenz eine sensible Entwicklungsphase, die es zu berücksichtigen gilt.

Die dargelegten Daten zur gesundheitlichen Lage zeigen, dass insbesondere die Themen Übergewicht, Bewegung und Medienkonsum sowie psychische Auffälligkeiten relevante und zu berücksichtigende Inhalte neuer Früherkennungsuntersuchungen darstellen. Diese Themen sollen als ärztliche Beratungsleistungen in neuen U bzw. J-Untersuchungen berücksichtigt werden. Es soll ähnlich wie in den etablierten U-Untersuchungen jeweils eine körperliche Anamnese sowie die Erhebung der Körpermaße erfolgen. Weiter sollen alters- und entwicklungsspezifische Fragestellungen sowie verhaltensbezogene Gesundheitsrisiken Beachtung finden und eine Beratung zu altersbezogenen

Gesundheitsrisiken erfolgen. Zudem soll in jeder Früherkennungsmaßnahme die Überprüfung des altersentsprechenden Impfstatus sowie eine Impfberatung stattfinden. Hierbei soll insbesondere der Fokus auf einer gezielten Beratung und Aufklärung zur bestehenden HPV-Impfempfehlung liegen, um eine Erhöhung der HPV-Impfquoten zu erreichen.

Der Antrag der Patientenvertretung zielt auf die Einführung zwei neuer U-Untersuchungen für Kinder im Alter zwischen dem 7. bis 8. Lebensjahr und dem 9. bis 10. Lebensjahr ab, welche die bestehenden Früherkennungsmaßnahmen der geltenden Kinder-Richtlinie des G-BA erweitert. Des Weiteren sieht die Antragsstellung die Schaffung einer neuen Jugendgesundheitsuntersuchung für Jugendliche im Alter zwischen dem 16. bis 17. Lebensjahr vor, welches die Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung des G-BA erweitert. Mit der Einführung weiterer Früherkennungsuntersuchungen für die genannten Altersgruppen wird eine Ausweitung des bereits gegebenen Untersuchungsprogramms im Kindes- und Jugendalter durchgängig bis zum 18. Lebensjahres erreicht. Ab dem 18. Lebensjahr greift das Angebot der vertragsärztlichen Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Erkrankungen bei Frauen und Männern, geregelt über die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie des G-BA.

Die Aufnahme neuer U bzw. J-Untersuchungen als Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV bietet die Möglichkeit, einheitliche Standards für Früherkennungsmaßnahmen zu schaffen. Dies schließt eine einheitliche Dokumentation über das Gelbe Heft für Maßnahmen der Kinder-Richtlinien ein. Die Schaffung einheitlicher Dokumentationsvorgaben für die Jugendgesundheitsuntersuchungen sind auf Grundlage dieser Antragsstellung zu prüfen.

Mit dem Antrag kommt die Patientenvertretung nach § 140f SGB V der Aufforderung des Gesetzgebers sowie den Empfehlungen der IMA nach.

6. Schaden-Nutzen Abwägung

Durch zusätzliche U bzw. J-Untersuchungen werden die bereits bestehenden Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche erweitert. Der Nutzen neue Früherkennungsuntersuchungen überwiegt möglichen Verunsicherungen der Eltern, die durch zusätzliche Befunde auftreten können. Notwendig ist hier eine gute Beratung bzw. Aufklärung und eine standardisierte Durchführung.

7. Kosten-Nutzen Bewertung

Die Datenlage erlaubt keine Angaben zur Kosteneinschätzung der Methode bzw. es liegen keine Studien mit Angaben zur Kosten-Nutzen-Bewertung vor. Daher sind dazu keine validen Aussagen möglich.

8. Literaturverzeichnis

Baumgarten F, Klipker K, Göbel K, Janitza S, Hölling H (2018). Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. Journal of Health Monitoring 3(1): 60–65.

Charité, Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) (2009). Expertise: Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern im Alter von 6 bis 10 Jahren; Abschlussbericht; Wissenschaftliche Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). verfügbar unter: https://dakj.de/wp-content/uploads/2015/11/Studie_Expertise_zum_Thema_Frueherkennungsuntersuchungen_bei_Kindern_im_Alter_von_6_bis_10_Jahren.pdf (letzter Zugriff: 08.05.2023).

Deutsches Krebsforschungszentrum (2020). Impfung gegen HPV-Infektionen. Aus der Wissenschaft – für die Politik, Heidelberg. verfügbar unter: https://www.dkfz.de/de/krebspraevention/Downloads/pdf/AdWfdP/AdWfdP_2020_Impfung-gegen-HPV-Infektionen.pdf (letzter Zugriff: 08.05.2023).

Die Bundesregierung (2023). Interministerielle Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“. Abschlussbericht. verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Kindergesundheit/Abschlussbericht_IMA_Kindergesundheit.pdf (letzter Zugriff: 28.04.2023).

Falcaro M, Castañón A, Ndlela B, Checchi M, Soldan K, Lopez-Bernal J, Elliss-Brookes L, Sasieni P. The effects of the national HPV vaccination programme in England, UK, on cervical cancer and grade 3 cervical intraepithelial neoplasia incidence: a register-based observational study. Lancet. 2021 Dec 4;398(10316):2084-2092.

Finger JD, Varnaccia G, Borrmann A, Lange C, Mensink GBM (2018). Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(1): 24–31.

Gemeinsamer Bundesausschuss. Innovationsausschuss (2022). Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt EPIVA (01VSF17004). verfügbar unter: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/196/2022-05-12_EPIVA.pdf (letzter Zugriff: 28.04.2023).

Gemeinsamer Bundesausschuss. Innovationsausschuss (2021). Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt PRÄZIS (01VSF16050). verfügbar unter: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/99/2021-09-23_PRAEZIS.pdf (letzter Zugriff: 28.04.2023).

Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(3): 37–45.

Manz K, Schlack R, Poethko-Müller C, Mensink G, Finger J, Lampert T. (2014). Körperlich-sportliche Aktivität und Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl* 57:840–848.

Nationale Lenkungsgruppe Impfen (2023, 21. April). Schutz vor Krebs: Die Nationale Lenkungsgruppe Impfen weist zur Europäischen Impfwoche 2023 auf die wichtige Impfprävention gegen Humane Papillomviren hin (Pressemitteilung). verfügbar unter: https://www.nali-impfen.de/fileadmin/pdf/Pressemitteilungen/NaLI-PM_2023-04-21_Europaeische-Impfwoche-2023.pdf (letzter Zugriff: 28.04.2023).

Poethko-Müller C, Buttman-Schweiger N, Takla A (2018). Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV) von Mädchen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(4): 86–93.

Poethko-Müller C, Kuhnert R, Gillesberg Lassen S, Siedler A (2019). Durchimpfung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Aktuelle Daten aus KiGGS Welle 2 und Trends aus der KiGGS-Studie. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 62(4):410-421.

Poethko-Müller C, Kuntz B, Lampert T, Neuhauser H (2018). Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(1): 8–15.

Winkler, R., Goetz, G., Schink, J., Reinsperger, I. (2019). Screening-/Vorsorgeprogramme für Kinder und Jugendliche von 6 bis 18 Jahren. Ergebnisse zu ausgewählten Ländern, Österreich-Programmen sowie Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien. LBI-HTA Projektbericht Nr.: 123; 2019. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, Schaffrath Rosario A (2018). Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(1):16–23.

Schmidtke C, Kuntz B, Starker A, Lampert T (2018). Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3(4).



Bundesministerium für Gesundheit

**Bekanntmachung
eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses
über weitere Beratungsthemen zur Überprüfung
gemäß § 26 Absatz 2 in Verbindung mit § 25 Absatz 3 und
§ 135 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V):
Bewertung der Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung
für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V**

Vom 28. September 2023

Aufnahme des Bewertungsverfahrens

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) überprüft gemäß gesetzlichem Auftrag nach § 26 Absatz 2 in Verbindung mit § 25 Absatz 3 und § 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V für die ambulante vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue Untersuchungsmethoden zur Früherkennung von Krankheiten daraufhin, ob das Vor- und Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist, die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind, genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eindeutig zu diagnostizieren und zu behandeln sowie ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit eines Screenings nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob eine neue Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden darf. Das Bewertungsverfahren bezieht sich auf die Bewertung der Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V.

Der G-BA veröffentlicht die neuen Beratungsthemen, die aktuell zur Überprüfung anstehen. Entsprechend des Beschlusses des G-BA vom 17. August 2023 wird das folgende Thema beraten:

„Bewertung der Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder und
Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V“

Mit dieser Veröffentlichung soll insbesondere Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Spitzenverbänden der Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen sowie Verbänden von Leistungserbringern und Medizinprodukteherstellern und den jeweils betroffenen Herstellern von Medizinprodukten Gelegenheit gegeben werden, durch Beantwortung eines Fragebogens eine Ersteinschätzung zum angekündigten Beratungsgegenstand abzugeben.

Die Einschätzungen zu dem oben genannten Beratungsthema sind in deutscher Sprache anhand des Fragebogens innerhalb einer Frist von einem Monat nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger (bis zum 9. November 2023) möglichst in elektronischer Form an folgende E-Mail-Adresse zu senden:

kinder-rili@g-ba.de

Den Fragebogen sowie weitere Erläuterungen finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter:

<https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/methodenbewertung/319/>

Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5 SGB V (Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer) und § 92 Absatz 7d SGB V (einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften; Spitzenorganisationen der Medizinproduktehersteller; betroffene Medizinproduktehersteller), die eine Ersteinschätzung abgegeben haben, erhalten zudem die Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Einschätzung im Rahmen einer Anhörung zum Einschätzungsverfahren. Die Terminierung der Anhörung und die Einladung übermitteln wir Ihnen in einem gesonderten Schreiben.

Korrespondenzadresse

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung & Veranlasste Leistungen
Postfach 12 06 06
10596 Berlin
E-Mail: kinder-rili@g-ba.de

Berlin, den 28. September 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Methodenbewertung

Die Vorsitzende
Leigemann

Fragebogen

Gemeinsamer Bundesausschuss

Unterausschuss Methodenbewertung

Erläuterungen zur Beantwortung des beiliegenden Fragebogens zur Bewertung der Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) überprüft gemäß gesetzlichem Auftrag nach § 26 Absatz 2 in Verbindung mit § 25 Absatz 3 und § 135 Absatz 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für die ambulante vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue Untersuchungsmethoden zur Früherkennung von Krankheiten daraufhin, ob das Vor- und Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist, die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind, genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eindeutig zu diagnostizieren und zu behandeln sowie ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit eines Screenings nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob eine neue Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden darf.

Das Bewertungsverfahren bezieht sich auf die Bewertung der Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V.

Gemäß 2. Kapitel § 6 der Verfahrensordnung des G-BA erhalten Sie Gelegenheit zur Abgabe einer ersten Einschätzung zum angekündigten Beratungsgegenstand. Bitte legen Sie Ihrer Einschätzung den nachfolgenden Fragebogen zu Grunde.

Sollten Ihrer Meinung nach wichtige Aspekte in der Beurteilung dieser Früherkennungsuntersuchung in diesen Fragen nicht berücksichtigt sein, bitten wir darum, diese Aspekte zusätzlich zu erläutern.

Maßgeblich für die Beratung der der Früherkennungsuntersuchung durch den G-BA sind die wissenschaftlichen Belege, die Sie zur Begründung Ihrer Einschätzung anführen. Bitte ergänzen Sie Ihre Einschätzung daher durch Angabe der Quellen, die für die Beurteilung des genannten Verfahrens maßgeblich sind und fügen Sie die Quellen bitte - soweit möglich - in Kopie bei.

Wir bitten Sie, uns Ihre Unterlagen in deutscher Sprache nach Möglichkeit in elektronischer Form (z. B. Word- oder PDF-Dokumente) per E-Mail an kinder-rili@g-ba.de zu übersenden. Die Frist zur Abgabe einer ersten Einschätzung endet am 9. November 2023.

Mit der Abgabe einer Einschätzung erklären Sie sich damit einverstanden, dass diese in einem Bericht des G-BA wiedergegeben werden kann, der mit Abschluss der Beratung zu jedem Thema erstellt und der Öffentlichkeit via Internet zugänglich gemacht wird.

Funktion des Einschätzenden

Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie diese Einschätzung abgeben (z. B. Verband, Institution, Hersteller, Leistungserbringer, Privatperson).

Fragebogen zur Bewertung der Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V

Bitte begründen Sie jeweils Ihre Antwort und fügen Sie entsprechende Literaturnachweise hinzu.

Das gegenständliche Beratungsverfahren bewertet die Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder im Alter von 9 und 10 Jahren als Leistung der GKV.	
Population	
1. Welche Erkenntnisse liegen zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von Kindern in Deutschland in diesem Alter vor? Bitte machen Sie Angaben zur Prävalenz von häufigsten Gesundheitsstörungen.	
2. Was sind alters-, geschlechts- und entwicklungsspezifische Besonderheiten im Alter von 9 und 10 Jahren? Sind die natürlichen Entwicklungsverläufe bekannt und wie lassen sie sich darstellen?	
3. Worauf sollte der Schwerpunkt der Untersuchung in dieser Altersgruppe liegen?	
4. Welche biopsychosozialen Risikofaktoren sollten bei Kindern im Alter von 9 bis 10 Jahren berücksichtigt werden und mit welchen Instrumenten können sie erhoben werden?	

Die ärztliche Aufmerksamkeit soll insbesondere auf die Themen

- **Übergewicht (BMI > 90 Perzentile¹) und**
- **Adipositas (BMI > 97 Perzentile),**
- **Untergewicht (BMI < 10. Perzentile)**
- **körperliche Inaktivität (< 60 min/ Tag²) und**
- **übermäßigem Medienkonsum (> 60 min/ Tag³),**
- **Substanzgebundenes und Substanzungebundenes Suchtverhalten**
- **Kinderschutz**
- **psychosoziale Auffälligkeiten und**
- **Impfverhalten gerichtet sein.**

Erhebung der Körpermaße und Erkennen von Auffälligkeiten

5. Bitte benennen Sie anerkannte und validierte Messinstrumente für die Diagnostik von Untergewicht und Übergewicht. Sind diese für die Früherkennung geeignet?

6. Welche anerkannten und validierten Messinstrumente stehen für die ärztliche Einschätzung zu psychischen Erkrankungen/ Auffälligkeiten zur Verfügung? Sind diese für die Früherkennung geeignet?

7. Benennen Sie validierte Messinstrumente zur Früherkennung von

- körperlicher Inaktivität und
- übermäßigem Medienkonsum.

Beratung und Präventionsmaßnahmen

8. Welche Beratungsinhalte und Präventionsmaßnahmen sind Ihnen für übergewichtige/ adipöse/untergewichtige Kinder dieser Altersgruppe bekannt?

9. Welche Beratungsinhalte und Präventionsmaßnahmen sind Ihnen für

1
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Factsheets/JoHM_01_2018_Adipositas_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile

2
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Factsheets/JoHM_01_2018_koerperliche_Aktivitaet_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile

3
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Verhalten/PDF_Themenblatt_Nutzung_Bildschirmmedien.pdf?__blob=publicationFile

psychisch auffällige Kinder dieser Altersgruppe bekannt?	
10. Welche Beratungsinhalte und Präventionsmaßnahmen sind Ihnen für Kinder dieser Altersgruppe mit - übermäßigem Medienkonsum sowie - körperlicher Inaktivität bekannt?	
11. Zu welchen Aspekten sollte zum Impfverhalten insbesondere zur HPV-Impfung und dem Impfstatus beraten werden?	
Therapeutische Maßnahmen	
12. Welche effektiven therapeutischen Maßnahmen stehen für die Behandlung von Adipositas bei Kindern (ggf. auch für Übergewicht) und Anorexie derzeit zur Verfügung?	
13. Sofern keine Therapie von Übergewicht und Adipositas erfolgen würde, welche Folgeerkrankungen sind Ihnen bekannt? Wann und wie häufig treten diese Folgeerkrankungen auf?	
14. Welche effektiven therapeutischen Maßnahmen stehen für die Behandlung von psychischen Erkrankungen (ggf. auch für Auffälligkeiten) derzeit zur Verfügung?	
15. Sofern keine Therapie von psychischen Erkrankungen/ Auffälligkeiten erfolgen würde, welche Folgeerkrankungen sind Ihnen bekannt? Wann und wie häufig treten diese Folgeerkrankungen auf?	
Kurz- und langfristige Folgen	
16. Was sind die kurz- und langfristigen Folgen eines übermäßigen Medienkonsums bzw. einer Computerspielsucht? In welchem Alter und wie häufig treten diese auf? Welche Interventionen sind bei übermäßigem Medienkonsum bzw. einer Computerspielsucht bei Kindern effektiv?	
17. Was sind die kurz- und langfristigen Folgen von körperlicher Inaktivität?	

In welchem Alter treten diese auf und wie häufig sind diese? Welche Interventionen sind bei körperlicher Inaktivität bei Kindern effektiv?	
18. Ist es Ihrer Einschätzung nach möglich, die HPV-Impfquote durch die Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung zu steigern, um eine verbesserte Krebsprävention zu erreichen?	
Wirtschaftlichkeit	
19. Wie hoch sind die Kosten für eine neue Früherkennungsuntersuchung?	
Daten- und Studienlage	
20. Bitte geben Sie die relevanten nationalen/internationalen Leitlinien und Studien an, die Aussagen zu Früherkennungsprogrammen für Kinder machen.	
21. Gibt es derzeit in Deutschland laufende Studien oder Pilotprojekte zu dieser Untersuchung?	
Die Befunddokumentation der J1 soll in das Untersuchungsheft für Kinder integriert werden.	
22. Welche Vorteile ergeben sich aus Ihrer Sicht, wenn die Befunddokumentation der J1 in das Untersuchungsheft für Kinder integriert wird?	
23. Sehen Sie Anpassungsbedarf in der Dokumentation der J1 (gegebenenfalls in welcher Form?)?	
Sonstige Aspekte	
24. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?	

Übersicht eingegangener schriftlicher Einschätzungen zur Bewertung der Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V

Stand: 13. November 2023

Inhalt

I.	Eingegangene schriftliche Einschätzungen.....	4
II.	Antworten zum Fragebogen.....	6
A	<i>Population</i>	6
1.	Welche Erkenntnisse liegen zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von Kindern in Deutschland in diesem Alter vor? Bitte machen Sie Angaben zur Prävalenz von häufigsten Gesundheitsstörungen.	6
2.	Was sind alters-, geschlechts- und entwicklungsspezifische Besonderheiten im Alter von 9 und 10 Jahren? Sind die natürlichen Entwicklungsverläufe bekannt und wie lassen sie sich darstellen?	10
3.	Worauf sollte der Schwerpunkt der Untersuchung in dieser Altersgruppe liegen? .	13
4.	Welche biopsychosozialen Risikofaktoren sollten bei Kindern im Alter von 9 bis 10 Jahren berücksichtigt werden und mit welchen Instrumenten können sie erhoben werden?	17
B.	<i>Erhebung der Körpermaße und Erkennen von Auffälligkeiten</i>	21
5.	Bitte benennen Sie anerkannte und validierte Messinstrumente für die Diagnostik von Untergewicht und Übergewicht. Sind diese für die Früherkennung geeignet? .	21

6.	Welche anerkannten und validierten Messinstrumente stehen für die ärztliche Einschätzung zu psychischen Erkrankungen/ Auffälligkeiten zur Verfügung? Sind diese für die Früherkennung geeignet?.....	22
7.	Benennen Sie validierte Messinstrumente zur Früherkennung von - körperlicher Inaktivität und - übermäßigem Medienkonsum.....	24
C.	<i>Beratung und Präventionsmaßnahmen</i>	25
8.	Welche Beratungsinhalte und Präventionsmaßnahmen sind Ihnen für übergewichtige/ adipöse/untergewichtige Kinder dieser Altersgruppe bekannt?... 25	
9.	Welche Beratungsinhalte und Präventionsmaßnahmen sind Ihnen für psychisch auffällige Kinder dieser Altersgruppe bekannt?	27
10.	Welche Beratungsinhalte und Präventionsmaßnahmen sind Ihnen für Kinder dieser Altersgruppe mit - übermäßigem Medienkonsum sowie - körperlicher Inaktivität bekannt?	29
11.	Zu welchen Aspekten sollte zum Impfverhalten insbesondere zur HPV-Impfung und dem Impfstatus beraten werden?	31
D.	<i>Therapeutische Maßnahmen</i>	32
12.	Welche effektiven therapeutischen Maßnahmen stehen für die Behandlung von Adipositas bei Kindern (ggf. auch für Übergewicht) und Anorexie derzeit zur Verfügung?.....	32
13.	Sofern keine Therapie von Übergewicht und Adipositas erfolgen würde, welche Folgeerkrankungen sind Ihnen bekannt? Wann und wie häufig treten diese Folgeerkrankungen auf?	34
14.	Welche effektiven therapeutischen Maßnahmen stehen für die Behandlung von psychischen Erkrankungen (ggf. auch für Auffälligkeiten) derzeit zur Verfügung? ..	35
15.	Sofern keine Therapie von psychischen Erkrankungen/ Auffälligkeiten erfolgen würde, welche Folgeerkrankungen sind Ihnen bekannt? Wann und wie häufig treten diese Folgeerkrankungen auf?	37
E.	<i>Kurz- und langfristige Folgen</i>	38
16.	Was sind die kurz- und langfristigen Folgen eines übermäßigen Medienkonsums bzw. einer Computerspielsucht? In welchem Alter und wie häufig treten diese auf? Welche Interventionen sind bei übermäßigem Medienkonsum bzw. einer Computerspielsucht bei Kindern effektiv?	38
17.	Was sind die kurz- und langfristigen Folgen von körperlicher Inaktivität? In welchem Alter treten diese auf und wie häufig sind diese? Welche Interventionen sind bei körperlicher Inaktivität bei Kindern effektiv?.....	41

18. Ist es Ihrer Einschätzung nach möglich, die HPV-Impfrate durch die Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung zu steigern, um eine verbesserte Krebsprävention zu erreichen?.....	42
<i>F. Wirtschaftlichkeit</i>	44
19. Wie hoch sind die Kosten für eine neue Früherkennungsuntersuchung?	44
<i>G. Daten- und Studienlage</i>	46
20. Bitte geben Sie die relevanten nationalen/internationalen Leitlinien und Studien an, die Aussagen zu Früherkennungsprogrammen für Kinder machen.....	46
21. Gibt es derzeit in Deutschland laufende Studien oder Pilotprojekte zu dieser Untersuchung?.....	49
<i>H. Die Befunddokumentation der J1 soll in das Untersuchungsheft für Kinder integriert werden.</i>	51
22. Welche Vorteile ergeben sich aus Ihrer Sicht, wenn die Befunddokumentation der J1 in das Untersuchungsheft für Kinder integriert wird?	51
23. Sehen Sie Anpassungsbedarf in der Dokumentation der J1 (gegebenenfalls in welcher Form?)?	52
<i>J. Sonstige Aspekte</i>	53
24. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?	53
IV. Literaturlisten	56
a. Institut für Diabetesforschung.....	56
b. DGKJ	58

I. Eingegangene schriftliche Einschätzungen

lfd. Nr.	Einschätzende	Eingang am	Fragebogen (ja/nein)	Volltext-Literatur (ja/nein)
1	Frau Dr. Bausch (niedergelassene Kinderärztin, QZ-Moderatorin)	02.11.2023	ja	nein
2	Institut für Diabetesforschung Helmholtz Zentrum München – Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (GmbH)	08.11.2023	ja	ja
3	Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (Für die DEGAM: wissenschaftliche Forschung und Begleitung familienmedizinischer Versorgung in Deutschland (Lisa Degener und AG Pädiatrie), geschäftsführender Vorstand und Sektion Prävention)	09.11.2023	ja	ja
4	Prof. Dr. Monika Gappa , <i>Chefärztin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf; Präsidentin der European Respiratory Society; Mitglied des Vorstands der Deutschen Atemwegsliga; Beisitzerin im Vorstand der Deutschen Lungenstiftung e.V., Sprecherin der AG Asthma der "Gesellschaft für pädiatrische Pneumologie" (GPP)</i> und Prof. Dr. Christian Vogelberg , <i>Leiter der Kinderpneumologie und Allergologie sowie des Universitäts-AllergieCentrums des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus, Dresden; Präsident der Gesellschaft Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V.; Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie und Allergologie e.V.; Wissenschaftlicher Beirat des German Asthma Net GAN</i> in Vertretung des Jahrzehnts der Lunge. Das Jahrzehnt der Lunge (JdL) wird inhaltlich von führenden Expert:innen aus Ärzt:innenschaft und Patient:innenvertretung getragen und versteht sich als die zentrale gesundheitspolitische Plattform für chronische Lungen- und Atemwegserkrankungen. Zum Thema	09.11.2023	ja	ja

lfd. Nr.	Einschätzende	Eingang am	Fragebogen (ja/nein)	Volltext-Literatur (ja/nein)
	Lungengesundheit im Kindesalter hat das JdL bereits einen politischen Wegweiser veröffentlicht. Das Jahrzehnt der Lunge wird finanziell unterstützt von und kooperiert mit AstraZeneca und Sanofi.			
5	gemeinsame Rückmeldung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) sowie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) Die DGKJP ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft für psychische Erkrankungen bei Minderjährigen. Die DGPPN ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft für psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter. Wir nehmen Stellung aus Sicht der wissenschaftlichen Fachgesellschaften, dort, wo vorhanden, auf Grundlage von Studien oder Versorgungsforschungsdaten.	09.11.2023 (aktualisiert am 13.11.2023)	ja	ja
6	Bundeszahnärztekammer	09.11.2023	nein	nein
7	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKM) erstellt von Dr. Burkhard Lawrenz, Mitglied der Screening-Kommission der DGKM und Dr. Klaus Rodens, Vorstand DGKM (als Vertreter der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt*innen)	09.11.2023	ja	ja
8	Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.	09.11.2023	ja	ja

Schriftliche Einschätzung der Bundeszahnärztekammer:

„Die Bundeszahnärztekammer begrüßt, wenn im Rahmen der neu angedachten Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V ein Verweis auf zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung zu Präventionszwecken aufgenommen wird - analog zu den sechs Verweisen der Kinderärzte an Zahnärzte, die der G-BA im September 2016 für das Kinderuntersuchungsheft (Gelbes Heft) beschlossen hat.“

II. Antworten zum Fragebogen

A Population

1. Welche Erkenntnisse liegen zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von Kindern in Deutschland in diesem Alter vor? Bitte machen Sie Angaben zur Prävalenz von häufigsten Gesundheitsstörungen.

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	gefühl – nicht belegt: Adipositas Skoliose erhöhter Medienkonsum
Institut für Diabetesforschung	Typ-1-Diabetes ist die häufigste chronische Stoffwechselerkrankung im Kindes- und Jugendalter. Primär ist Typ-1-Diabetes eine Autoimmunerkrankung, die zur Zerstörung der insulinproduzierenden Beta-Zellen in der Bauchspeicheldrüse führt, wodurch es im Verlauf zum Auftreten der Stoffwechselerkrankung kommt [Atkinson 2014]. Die Prävalenz von Typ-1-Diabetes bei Personen im Alter bis 20 Jahren beträgt etwa 0,4% [Patterson 2019]. Die klinische Manifestation der <u>Stoffwechselerkrankung kann in jedem Lebensalter auftreten, die höchste Inzidenz besteht im Kindes- und Jugendalter</u> [Atkinson 2014, Harjutsalo 2008]. Über die letzten Jahrzehnte lässt sich eine konstante Zunahme der Häufigkeit des Typ-1-Diabetes und der Schwere der Manifestation beobachten, insbesondere bei jungen Kindern [Patterson 2019; Norris JM 2020; Kamrath 2022; Kamrath 2020; Birkebaek 2022; Alonso 2020]. In Abhängigkeit von der Güte der Langzeit-Blutzuckereinstellung können Personen mit Typ-1-Diabetes Folgeerkrankungen entwickeln [Lachin 2021], die mit reduzierter Lebensqualität und Lebenserwartung verbunden sind. Je früher im Leben der Typ-1-Diabetes klinisch manifest wird, desto gravierender ist die Reduktion an Lebenserwartung [Rawshani 2018]. Über 80% der betroffenen Kinder und deren Eltern haben keine Verwandten mit Typ-1-Diabetes und damit oft keine Kenntnisse zu dieser Erkrankung [Karges 2021]; daher sind viele Familien mit jüngeren Kindern nur unzureichend oder gar nicht mit den Symptomen bei Ausbruch der Stoffwechselerkrankung vertraut. Trotz Bemühungen zur Aufklärung der Bevölkerung

Einschätzende	Antwort
	und der Ärzteschaft über die wichtigsten Anzeichen der Erkrankung wird ein Typ-1-Diabetes bei mehr als einem Drittel aller Betroffenen zu spät entdeckt [Kamrath 2020; Birkebaek 2022; Alonso 2020], d.h. erst dann, <u>wenn bereits schwerwiegende Störungen in der Regulation des Glukosestoffwechsels mit einer potenziell lebensbedrohlichen Übersäuerung des Bluts, der diabetischen Ketoazidose, aufgetreten sind</u>. Neben der akuten Notfallsituation ist eine Ketoazidose bei klinischer Manifestation des Typ-1-Diabetes auch mit einer schlechteren Langzeit-Blutzuckereinstellung in den Jahren danach verbunden [Fredheim 2013; Duca 2017; Duca 2019]. Zudem kann die Ketoazidose das Gehirn schädigen und kognitive und neurologische Defizite verursachen [Cameron 2014; Ghetti 2020; Ghetti 2023]. Ein schwer verlaufender Beginn der Erkrankung ist für Kinder und Eltern ein sehr traumatisierendes Ereignis, verbunden mit starker psychischer Belastung. Insgesamt sind Familien oft mit der plötzlich eingetretenen neuen Situation überfordert. Noch vor der klinischen Manifestation des Typ-1-Diabetes kann die Autoimmunerkrankung in einem symptomlosen Frühstadium durch den Nachweis von Inselautoantikörpern im Blut sicher diagnostiziert werden [Ziegler 2013; Insel 2015]. Ergebnisse der Fr1da-Studie aus Bayern verdeutlichen, dass in Zusammenarbeit mit Kinderarztpraxen der Primärversorgung ein <u>Screening auf Inselautoantikörper zur Typ-1-Diabetes-Früherkennung, gefolgt von Schulung, Beratung und Nachuntersuchung</u> in lokalen Diabeteseinrichtungen erfolgreich durchführbar und mit einer dramatischen <u>Reduktion der durchschnittlichen Ketoazidose-Rate und mit deutlich mildereren klinischen Erscheinungsformen bei der Manifestation der Stoffwechselerkrankung</u> verbunden ist [Hummel 2023]. Ein Frühstadium des Typ-1-Diabetes wurde bei 0,3% der bayerischen Kinder diagnostiziert (Prävalenz 300 von 100.000) [Ziegler 2020]. Literatur: Atkinson MA et al. Lancet 2014; 383: 69-82. Patterson CC et al. Diabetes Res Clin Pract 2019; 157: 107842. Harjutsalo V et al. Lancet 2008; 371: 1777-1782. Norris JM et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2020; 8: 226-238. Kamrath C et al. Diabetes Care 2022; 45: 1762-1771. Kamrath C et al. JAMA 2020; 324: 801-804. Birkebaek NH et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2022; 10: 786-794.

Einschätzende	Antwort
	Alonso GT et al. Diabetes Care 2020; 43: 117-121. Lachin JM et al. Diabetes Care 2021; 44: 2225-2230. Rawshani A et al. Lancet 2018; 392: 477-486. Karges B et al. Diabetes Care 2021; 44: 1116-1124. Fredheim S et al. Diabetologia 2013; 56: 995-1003. Duca LM et al. Diabetes Care 2017; 40: 1249-1255. Duca LM et al. Pediatr Diabetes 2019; 20: 172-179. Cameron FJ et al. Diabetes Care 2014; 37: 1554-1562. Ghetti S et al. Diabetes Care 2020; 43: 2768-2775. Ghetti S et al. Endocrinol Diabetes Metab 2023; 6: e412. Ziegler AG et al. JAMA 2013; 309: 2473-2479. Insel RA et al. Diabetes Care 2015; 38: 1964-1974. Hummel S et al. Diabetologia 2023; 66: 1633-1642. Ziegler AG et al. JAMA 2020; 323: 339-351. Sowie: Positionspapier zur Früherkennung von Typ-1-Diabetes durch Inselautoantikörper-Screening im Anhang
DEGAM	Übergewicht: 16%, Adipositas 4,7 -6,8% Asthma bronchiale: 3,2% ADHS: 4,4% (neben adäquater Diagnostik und Therapie bei V.a. ADHS/ADS sollte auch eine medikamentöse Übertherapie erfasst werden)

Einschätzende	Antwort
	Rezidiv. Bauchschmerzen: 25-33% <i>(Zahlen aus KIGGS 2)</i>
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	In Deutschland sind über eine Million Kinder und Jugendliche von Asthma betroffen (Stand 2019; Alter: 0-19 Jahre)¹. Damit gehört Asthma zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland überhaupt². Für die Altersgruppe der 5- bis 9-jährigen beträgt die Diagnoseprävalenz 7,07%³ und für die Altersgruppe der 10- bis 14-jährigen 8,38% – Tendenz steigend. Die meisten Betroffenen werden allgemeinpädiatrisch versorgt. Ein Screening auf Asthma in der Früherkennungsuntersuchung im Alter von 9 bis 10 Jahren würde die Aufmerksamkeit für Asthma erhöhen und zu einer Verbesserung der Versorgungssituation beitragen. ¹ https://pneumologie.de/storage/app/media/uploaded-files/20230320_Wei%C3%9Fbuch_Lunge_2023.pdf ² https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/asthma-bronchiale-konnen-betroffene-bald-aufatmen-forscher-und-forscherinnen-des-deutschen-3088.php ³ https://pneumologie.de/storage/app/media/uploaded-files/20230320_Wei%C3%9Fbuch_Lunge_2023.pdf
DGKJP, DGPPN	Psychische Störungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen in diesem Lebensalter. Die KiGG-Studie des RKI hat in den letzten Jahrzehnten durchgängig von 16-18% der Kinder und Jugendlichen (auch in diesem Altersabschnitt) berichtet, die Verhaltensauffälligkeiten oder emotionale Probleme aufweisen; ca. ein Drittel davon weist behandlungsbedürftige Störungen auf. In diesem Alter liegt auch die Phase, in der jugendtypische Störungen, wie emotionale Störungen, nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten oder Essstörungen in der Inzidenz ansteigen. Gleichzeitig vollzieht sich ein Wechsel in der Prävalenz aufgrund geschlechtsspezifischer Faktoren in der Epidemiologie (vgl. weiter unten). Es sei an dieser Stelle bereits darauf hingewiesen, dass psychische Störungen, wie auch verhaltensbedingte körperliche Gesundheitsaspekte einen sozialen Gradienten in Deutschland aufweisen: Kinder aus Familien mit niedrigerem SES haben ein bis zu dreifach höheres Risiko an psychischen Störungen und verhaltensbezogenen Erkrankungen (z.B. Adipositas, Karies) zu erkranken. Gleichzeitig ist diese sensitive Phase eine Prädispositionsstelle für langfristige soziale Exklusion und Nachteile aufgrund von Gesundheitsstörungen, bzw. deren Folgen auf das psychosoziale Funktionsniveau: in vielen Bundesländern ist dies die Phase der Entscheidung über die weitere Beschulung. Psychische Störungen behindern in den allermeisten Fällen auch die schulische Entwicklung. Dazu

Einschätzende	Antwort
	liegen aufgrund der Daten aus dem KiGGS, sowie der Versorgungsforschung ausreichend Daten spezifisch für Deutschland vor, zudem ist die internationale Studienlage hierzu eindeutig. Vgl. hierzu u.a. APK Projekt KiJu, KiGGS Daten, COPSy Studie etc.
DGKJ	Übergewicht 19,6%, Adipositas 5,3% (nach IOTF-Kriterien), Untergewicht 10,4% (1) Psych. Auffälligk.: w 16,4%, m 22,2% (2) Pollinose 8,7%, Atopische Dermatitis: 7,0%, Asthma 4,3%, Kontaktekzem 1,2%, Sensibilisierung gegen Inhalationsallergene 34,4% (3) ADHS 6,1% (4) M. Scheuermann 0,5 bis 8% (5) Skoliose 0,5 bis 5% (6) Weitere Daten zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von Kindern in Deutschland liefert der Kinder- und Jugendreport 2021 der DAK (7).
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Übergewicht: 16%, Adipositas 4,7 -6,8% Asthma bronchiale: 3,2% ADHS: 4,4% Rezidiv. Bauchschmerzen: 25-33% (Zahlen aus KiGGS 2)

2. Was sind alters-, geschlechts- und entwicklungsspezifische Besonderheiten im Alter von 9 und 10 Jahren? Sind die natürlichen Entwicklungsverläufe bekannt und wie lassen sie sich darstellen?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Probleme in der Schule, Visualstörungen, LRS, Dyskalkulie, Sehstörungen

Einschätzende	Antwort
Institut für Diabetesforschung	<i>Keine Angabe</i>
DEGAM	Das Besondere an dieser Altersgruppe ist der erhebliche Anstieg der Prävalenz von Adipositas, des Medienkonsums und der Abnahme der Bewegung im Alter von 7-10 Jahren. Gleichzeitig sind Kinder in dieser Altersgruppe bereits von chronischen Erkrankungen betroffen. Diese gehen mit besonderen psychosozialen Anforderungen und Belastungen für das gesamte Familiensystem einher. <i>Journal of Health Monitoring S5/2021 Asthma, Adipositas und ADHS (rki.de); Korsten-Reck, U: Adipositas im Kindesalter: Therapeutische Optionen, in: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, Jg.59, Nr.10(2008), 223-227</i>
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Die Früherkennung von Asthma ist von großer Bedeutung. Im Alter von 9 bis 10 Jahren ist in der Regel eine eindeutige Diagnose möglich; ausschließlich Infekt-assoziierte Erkrankungen des frühen Kindesalters sind dann ausgewachsen". Spät diagnostiziertes und unzureichend behandeltes Asthma schränkt die Lebensqualität der Kinder und Jugendliche ein und begünstigt das Entstehen von chronischen Lungenerkrankungen im Erwachsenenalter. Langfristige negative Folgen können verhindert werden, wenn Kinder mit Risiko für Asthma und Kinder mit Symptomen frühzeitig identifiziert und behandelt werden. Mit dem Screening können Kinder, die beispielsweise eine allergische Rhinitis aufweisen und damit ein erhöhtes Risiko für eine Asthmaentwicklung haben, ebenfalls erfasst werden. Damit wäre die Möglichkeit einer präventiven Therapie gegeben (z.B. Spezifische Immuntherapie). Ist im Alter von 9 bis 10 Jahren Asthma bereits diagnostiziert, ist die Wahrscheinlichkeit einer Spontanremission seltener als bei Kleinkindern. Darüber hinaus geht Asthma oft auch mit einer eingeschränkten Lebensqualität und einer eingeschränkten altersspezifischen sozialen Teilhabe, wie etwa eingeschränkten sportlichen Aktivitäten in Vereinen oder Fehltagen in der Schule, einher. Das gilt nicht nur für schweres, sondern auch für grundsätzlich gut zu behandelndes Asthma eines niedrigeren Schweregrades. Unter Berücksichtigung aller Faktoren ist die U10 Früherkennungsuntersuchung ein sehr guter Zeitpunkt für gezielte Fragen nach Asthmasymptomen und Risikofaktoren, um betroffene Kinder zu identifizieren und die Versorgung zu optimieren.
DGKJP, DGPPN	Bzgl. psychischer Störungen ist international wie national (vgl. Frage 1) bekannt, dass im Kindesalter eine gewisse Jungenwendigkeit besteht und bei diesen sogn. Externalisierenden Störungen (z.B. ADHS, Störung des Sozialverhaltens)

Einschätzende	Antwort
	häufiger auftreten. Bei Mädchen sind internalisierende Störungen häufiger (Angststörungen, Emotionale Störungen). Natürliche Entwicklungsverläufe ist nicht der passende Begriff für psychische Störungen, da diese unbehandelt zur Chronifizierung, Verschlechterung der Symptomatik und daraus folgenden Teilhabebeeinträchtigungen führen. Eine Angststörung z.B. verschlimmert sich unbehandelt und führt zu deletären Schulverläufen, sozialer Einschränkung und Behinderung. Das gleiche gilt analog für die meisten der psychischen Störungen.
DGKJ	Im Alter von 9 bis 10 Jahren beginnt bei den meisten Mädchen und bei knapp der Hälfte der Jungen die Pubertät (bei Mädchen Mittelwert$\pm$2SD 10,4$\pm$2,4J = 8,0 bis 12,8J, bei Jungen Mittelwert$\pm$2SD 11,2$\pm$3,0J = 8,2 bis 14,2J) (8). Die Pubertät geht mit zahlreichen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Veränderungen einher. Dazu gehört die Entwicklung der inneren und äußeren Geschlechtsorgane, ein starker Wachstumsschub, eine grundlegende Strukturierung der Persönlichkeit (Identität), die Ablösung vom Elternhaus und eine außerfamiliäre soziale Orientierung. Der natürliche Entwicklungsverlauf in der Pubertät, ihre Varianten und Normabweichungen sind bei Mädchen und Jungen gut bekannt, im körperlichen Bereich durch die Tanner-Stadien und im psychosozialen Bereich mit Elternfragebögen gut zu überwachen und bei Bedarf mit störungsangepassten Strategien spezifisch zu behandeln (8, 9, 10). In dieser Phase erfolgt oft die Entscheidung über den weiteren Bildungsweg (Bundesland- unterschiedlich gewichtet). Dabei kommt es häufig zu Überforderung durch Anspruchsdenken aller Beteiligten mit der Folge von somatoformen Störungen (z. B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Schmerzsyndrome).
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Das Besondere an dieser Altersgruppe ist der enorme Anstieg der Prävalenz von Adipositas, des Medienkonsums und der Abnahme der Bewegung im Alter von 7-10 Jahren. Gleichzeitig sind Kinder in dieser Altersgruppe von chronischen Erkrankungen betroffen. Diese gehen mit besonderen psychosozialen Anforderungen und Belastungen für das gesamte Familiensystem einher. (Journal of Health Monitoring S5/2021 Asthma, Adipositas und ADHS (rki.de); Korsten-Reck,U: Adipositas im Kindesalter: Therapeutische Optionen, in: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, Jg.59, Nr.10(2008), 223-227)

3. Worauf sollte der Schwerpunkt der Untersuchung in dieser Altersgruppe liegen?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	o.g. überprüfen
Institut für Diabetesforschung	Die typischen Symptome eines anhaltend hohen Blutzuckerspiegels bei Typ-1-Diabetes sind: - Starker Durst und vermehrtes Trinken - Häufiges Wasserlassen - Plötzliche Gewichtsabnahme - Stetige Müdigkeit und geringere Leistungsfähigkeit - Zeichen der Austrocknung (trockene Haut und Schleimhäute, rissige Lippen) Treten diese Symptome bei Kindern oder Jugendlichen auf, sollte durch medizinisches Fachpersonal schnellstmöglich der Blutzucker bestimmt werden. Bei pathologischen Werten muss sofort ärztliche Hilfe gesucht werden. Unbehandelt kann es schlimmstenfalls zu einer schwerwiegenden Stoffwechselentgleisung kommen. Tritt eine Ketoazidose auf, muss die Person einige Zeit im Krankenhaus überwacht werden, meist auf der Intensivstation. Um diese bedrohliche Situation zu verhindern, ist ein schnelles und richtiges Handeln beim Auftreten der typischen Diabetessymptome erforderlich. Wir schlagen deshalb vor, dass Familien im Rahmen der U-Untersuchungen über die wichtigsten Warnzeichen des Diabetes informiert werden, verbunden mit einer klaren Handlungsanweisung für den Fall, dass diese Warnzeichen beim Kind beobachtet werden. Die Information sollte <u>ab der U6 bis zur J1</u> wiederholt erfolgen und jeweils im U-Heft vermerkt werden. Den Familien sollte dabei jeweils ein einseitiger Informationsflyer mit den Diabetessymptomen und der Handlungsanweisung ausgehändigt werden. Darüber hinaus halten wir ein Screening auf Inselautoantikörper zur Früherkennung von Typ-1-Diabetes als dringend erforderlich, denn diese Maßnahme kann die durchschnittliche Rate an schweren Stoffwechselentgleisungen bei der klinischen Manifestation des Typ-1-Diabetes drastisch reduzieren [Barker 2004; Elding Larsson 2011; Winkler 2012; Hekkala 2018; Ziegler 2020; Jacobsen 2022; Wentworth 2022; Hummel 2023a]. Kinder aus der Fr1da-Studie mit bekanntem Typ-1-Diabetes-Frühstadium, hatten zudem bei klinischer Diabetesmanifestation signifikant höhere C-Peptid-Spiegel (d.h. eine besser erhaltene Betazell-Restfunktion) und niedrigere HbA1c-Werte als altersentsprechende

Einschätzende	Antwort
	Kinder, die ohne vorherige Frühdiagnose an Typ-1-Diabetes erkrankten [Hummel 2023a]. Zudem wiesen mehr als die Hälfte (56%) der Kinder aus der Fr1da-Studie bei klinischer Diabetesmanifestation keine Krankheitssymptome auf [Hummel 2023a]. Insbesondere beklagten nur 6,5% dieser Kinder einen Gewichtsverlust [Hummel 2023b]. Die Dauer und Rate eines Krankenhausaufenthalts waren ebenfalls deutlich geringer als bei Kindern, die ohne vorherige Frühdiagnose an Typ-1-Diabetes erkrankten [Hummel 2023a; Schneider 2023]. Personen mit einem Typ-1-Diabetes-Frühstadium können zudem von einer krankheitsverzögernden Therapie mit Teplizumab (Handelsname Tzield) profitieren, die eine klinische Manifestation des Diabetes um durchschnittlich 3 Jahre verzögert und in den USA im November 2022 zugelassen wurde [Herold 2019; Sims 2021]. Ein <u>zweimaliges Screening</u> hat die beste Sensitivität und den besten Vorhersagewert, wenn es <u>im Alter von 2 und 6 Jahren</u> durchgeführt wird [Bonifacio 2021; Ghalwash 2022]. Für ein einmaliges Screening ist im Alter von 4 Jahren die Sensitivität und der Vorhersagewert am höchsten [Bonifacio 2021]. Die Spezifität (der Positiv-Prädiktive-Wert, PPV) der Testung ist nahe 100%, d.h. nahezu alle Kinder mit einem positiven Testergebnis entwickeln innerhalb von 20 Jahren einen klinisch-manifesten Typ-1-Diabetes [Ziegler 2013]. Der PPV für eine Typ-1-Diabetes-Manifestation innerhalb von 10 Jahren liegt bei 75% und bis zum 15. Lebensjahr bei 79% [Ghalwash 2022, Ziegler 2013]. Kinder und Jugendliche mit einem Typ-1-Diabetes-Frühstadium müssen zusätzlich zur fachärztlich-pädiatrischen Versorgung in spezialisierten Diabeteseinrichtungen mitbetreut werden. Dabei sind strukturierte Schulung, qualifizierte Aufklärung und Beratung zum Umgang mit dem Wissen um das Vorliegen eines Typ-1-Diabetes-Frühstadiums und personalisiertes Monitoring wichtige Bestandteile der frühen Behandlung. Literatur: Barker JM et al. Diabetes Care 2004; 27: 1399-1404. Elding Larsson H et al. Diabetes Care 2011; 34: 2347-2352. Winkler C et al. Pediatr Diabetes 2012; 13: 308-313. Hekkala AM et al. Pediatr Diabetes 2018; 19: 314-319. Ziegler AG et al. JAMA 2020; 323: 339-351. Jacobsen LM et al. Diabetes Care 2022; 45: 624-633.

Einschätzende	Antwort
	Wentworth JM et al. Pediatr Diabetes 2022; 23: 1594-1601. Hummel S et al. Diabetologia 2023; 66: 1633-1642. Hummel S et al. Diabetologia 2023; 66: 2389-2390. Schneider J et al. Diabetologia 2023; 66: 2387-2388. Herold KC et al. N Engl J Med 2019; 381: 603-613. Sims EK et al. Sci Transl Med 2021; 13: eabc8980. Bonifacio E et al. Diabetes Care 2021; 44: 2260-2268. Ghalwash M et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2022; 10: 589-596. Ziegler AG et al. JAMA 2013; 309: 2473-2479.
DEGAM	Die Untersuchung sollte im Wesentlichen eine erweiterte Anamnese mit Fragebogen für die begleitende Bezugsperson und das Kind sowie eine Ganzkörperuntersuchung des Kindes inklusive Ermittlung der Körpermaße (Größe, Gewicht und BMI) und des Blutdrucks beinhalten. Die Kontrolle des Impfstatus gehört ebenfalls zur Untersuchung incl. Information über und ggf. Nachholen versäumter Impfungen.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Asthma als häufigste chronische Erkrankung des Kindesalters, die gut zu behandeln ist, sollte bei der geplanten Früherkennungsuntersuchung für Kinder zwischen 9 und 10 Jahren (U10) dringend schwerpunktmäßig berücksichtigt werden. Kinder mit Risiken oder bereits bestehenden Symptomen können in dieser Altersspanne gut identifiziert werden; außerdem können in dieser Altersgruppe die zur Diagnosesicherung notwendigen Untersuchungen zuverlässig durchgeführt werden. Im ersten Schritt bedarf es eines fragebogenbasierten Screenings. Dabei sollte die Krankheitsgeschichte des Kindes adressiert und um Standardfragen zur Asthmakontrolle ergänzt werden. Sinnvoll ist es, hierbei auch die Eltern miteinzubeziehen. Es ist hervorzuheben, dass diese Fragebögen bereits zur Verfügung stehen und nicht erst entwickelt werden müssen, der Aufwand der Implementierung demnach äußerst gering ist. Finden sich auf dieser Grundlage Anhaltspunkte für ein Asthma, sollte das Screening durch eine Lungenfunktionsprüfung ergänzt werden, sowie eine orientierende Allergiediagnostik (Hauttest oder Bluttest Standard-Allergene), da die Allergieneigung

Einschätzende	Antwort
	die Hauptursache von Asthma im Kindes- und Jugendalter ist. Auf diese Weise lassen sich mit wenig Aufwand, auch für die behandelnden Ärzt:innen, Risiko- und Symptomkinder frühzeitig erkennen, behandeln und langfristige pulmonale Folgen sowie Beeinträchtigungen der psychosozialen Entwicklung (Beeinträchtigung der altersgerechten Teilhabe) verhindern.
DGKJP, DGPPN	Ein Schwerpunkt sollten die verhaltensbedingten Erkrankungen sein sowie psychische Störungen. Es gibt zudem ausreichend Befunde, dass für bestimmte verhaltensbedingte Erkrankungen (wie schlechtere Zahngesundheit, Adipositas) die gleichen Faktoren wie psychischen Störungen ein höheres Risiko prädisponieren, nämlich ein niedriger SES und familiäre Risikokonstellationen. Insofern sollte risikoorientiert ein entsprechendes Screening etabliert werden auf psychische und verhaltensbedingte Störungen und auf ggfs. bereits eingetretene soziale Teilhabedefizite (z.B. Schulbesuch). Ebenso sollte im Sinne des Kinderschutzes ein Screening erfolgen auf die stärksten Prädiktoren für psychische Störungen, also Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch. Dies sog. Adverse childhood experiences (ACE) sind mit die stärksten Prädiktoren für die Prävalenz von psychischen Störungen sowohl im Kindes- und Jugendalter, wie im Erwachsenenalter.
DGKJ	Es sollte ein Screening erfolgen auf Störungen der körperlichen, schulischen und psychosozialen Entwicklung, auch im Zusammenhang mit der bevorstehenden oder beginnenden Pubertät, insbesondere auf Störungen von Längenwachstum, Körpergewicht und Körperproportionen, auf Sehstörungen (die im Wachstum auftreten oder sich verschlechtern können), auf erworbene Hörstörungen (zum Beispiel durch Lärmbelastung oder zu lautes Musikhören), auf Bluthochdruck und Nierenerkrankungen, auf progrediente Erkrankungen der Wirbelsäule (wie M. Scheuermann und Skoliose), auf Störungen von Ernährungs- und Bewegungsverhalten, auf übermäßige Nutzung von Bildschirmmedien und auf psychosoziale Probleme. Offensichtliche schulische Probleme bzw. Leistungsüberforderung müssen ebenso erfasst werden wie kaschierte Probleme, die sich als somatoforme Störungen manifestieren können oder aufgrund eines ADHS bestehen. (24)
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Die Untersuchung sollte im Wesentlichen eine erweiterte Anamnese mit Fragebogen für die begleitende Bezugsperson und das Kind sowie eine Ganzkörperuntersuchung des Kindes inklusive Ermittlung der Körpermaße und des Blutdrucks

Einschätzende	Antwort
	beinhalten. Als Laboruntersuchung halten wir nur die Urinuntersuchung für erforderlich. Die Kontrolle des Impfstatus gehört ebenfalls zur Untersuchung incl. Nachholen versäumter Impfungen.

4. Welche biopsychosozialen Risikofaktoren sollten bei Kindern im Alter von 9 bis 10 Jahren berücksichtigt werden und mit welchen Instrumenten können sie erhoben werden?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	?! Familienanamnese
Institut für Diabetesforschung	Eine psychische Belastung der Familien durch die Diagnose eines Typ-1-Diabetes-Frühstadiums muss berücksichtigt und die Bewältigung der oft unerwarteten Nachricht muss, falls erforderlich, unterstützt werden. Emotionale Belastungen, Ängste und depressive Symptome können mit validierten Fragebögen, z.B. dem Patient Health Questionnaire (PHQ-9), zeitnah erfasst und eine strukturierte Beratung angeboten werden [Ziegler 2020; Müller 2021]. Die psychischen Belastungen der Eltern sind bei der Diagnose erhöht, jedoch nur bei wenigen Personen klinisch relevant. Die Belastung ist jedoch meist nicht auf die Diagnose des Diabetesfrühstadiums, sondern auf vorbestehende gesundheitliche oder sozioökonomische Belastungen zurückzuführen. Über die Zeit und bei entsprechend qualifizierter Beratung nimmt die psychische Belastung der Eltern ab und unterscheidet sich nicht vom Niveau der Allgemeinbevölkerung [Ziegler 2020]. Eine qualifizierte, langfristige Betreuung der Familien trägt dazu bei, die spätere psychische Belastung bei Manifestation des klinischen Typ-1-Diabetes zu reduzieren. Literatur: Ziegler AG et al. JAMA 2020; 323: 339-351. Müller I et al. Diabetol Stoffwechs 2021; 16 (S01): S59.

Einschätzende	Antwort
DEGAM	Biopsychosoziale Risikofaktoren der Kinder in diesem Alter sind: - Trennungskind, Aufwachsen bei einem Elternteil - Migrationshintergrund - niedriger sozioökonomischer Status - chronische Erkrankung, insbesondere Asthma und ADHS - psychische Erkrankungen bzw. Belastungen incl. Suchterkrankungen sowie schwere somatische Erkrankungen der Eltern oder Geschwister - Schulprobleme - Probleme innerhalb der Peergroup (Mobbing, Isolation) - Soziale Einbindung - Überforderung der Eltern (auch s.g. Wohlstandsverwahrlosung) Diese Risikofaktoren können zum Teil mit den anamnestischen Fragebögen abgefragt werden.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Eine der Folgen von Asthma im Kindesalter ist eine verminderte sportliche Leistungsfähigkeit im Vergleich zu Gleichaltrigen. Dies kann dazu führen, dass die Betroffenen nicht gleichermaßen an den jeweiligen altersspezifischen Aktivitäten teilnehmen können. Die soziale Teilhabe kann demnach eingeschränkt sein. Darunter fällt insbesondere sportliche Aktivität wie etwa im schulischen Kontext, im Verein oder in der Familie. Die verminderte soziale Teilhabe kann zu negativen Stressbelastungen und Einsamkeit führen, was wiederum einen negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf von Asthma nehmen kann.
DGKJP, DGPPN	Die Risikofaktoren wurden bereits weiter oben beschrieben: alle Studien zu Deutschland zeigen die gleichen Risikofaktoren, wie niedriger SES, Bildungsferne, etc. Zusätzlich kumulieren in bestimmten Konstellationen die Risikofaktoren: insofern spielt elterliche Gesundheit eine entscheidende Rolle. Psychische Erkrankungen, bzw.

Einschätzende	Antwort
	Probleme oder Belastungen bei Eltern sollten in jedem Fall erhoben werden, da sie einer der stärksten Prädiktoren für das Stressniveau innerhalb von Familien und auch für die psychische Auffälligkeit von Kindern darstellen.
DGKJ	Ablenkbarkeit / Hyperaktivität / Impulsivität, Ängste, Phobien, Depressivität, dissoziales Verhalten (Lügen, Stehlen, Zerstören), Enuresis, Enkopresis, Essstörungen, Geschwisterrivalität, hypochondrisches Verhalten, Kontaktstörungen, oppositionelles Verhalten, Schlafstörungen, Schulschwänzen / Schulverweigerung, Selbstverletzung, somatoforme Störungen (Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Schmerzsyndrome), Suizidalität, Tics, Weglaufen, Zwangsverhalten; gut zu erheben z. B. mit Mannheimer Elternfragebogen (MEF) für 6- bis 13-Jährige (10).
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Biopsychosoziale Risikofaktoren der Kinder in diesem Alter sind: - niedriger sozioökonomischer Status - Trennungssituationen - chronische Erkrankung des Kindes - Psychische und schwere somatische Erkrankungen sowie Suchterkrankungen von Eltern oder Geschwistern - Schulprobleme - Soziale Einbindung - Migrationshintergrund - Überforderung der Eltern (s.g. Wohlstandsvernachlässigung) Diese Risikofaktoren können durch anamnestiche Fragebögen abgefragt sowie während der strukturierten Anamnese der Vorsorge thematisiert werden.

Die ärztliche Aufmerksamkeit soll insbesondere auf die Themen

- **Übergewicht (BMI > 90 Perzentile¹) und**
- **Adipositas (BMI > 97 Perzentile),**
- **Untergewicht (BMI < 10. Perzentile)**
- **körperliche Inaktivität (< 60 min/ Tag²) und**
- **übermäßigem Medienkonsum (> 60 min/ Tag³),**
- **Substanzgebundenes und Substanzungebundenes Suchtverhalten**
- **Kinderschutz**
- **psychosoziale Auffälligkeiten und**
- **Impfverhalten gerichtet sein.**

1 https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_01_2018_Adipositas_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile

2 https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_01_2018_koerperliche_Aktivitaet_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile

3 https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Verhalten/PDF_Themenblatt_Nutzung_Bildschirmmedien.pdf?__blob=publicationFile

B. Erhebung der Körpermaße und Erkennen von Auffälligkeiten

5. Bitte benennen Sie anerkannte und validierte Messinstrumente für die Diagnostik von Untergewicht und Übergewicht. Sind diese für die Früherkennung geeignet?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Wiegen, Messen, BMI, Perzentilen
Institut für Diabetesforschung	Die Messung von Körpergröße und Körpergewicht zur Bestimmung des Body-Mass-Index (BMI), der bei Kindern und Jugendlichen anhand von Alters- und Geschlechtsgruppen bewertet wird. Nach entsprechenden BMI-Perzentilen kann in Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas unterschieden werden. Kinder mit Adipositas im Alter vom 2-5 Jahren hatten in der Fr1da-Studie ein höheres relatives Risiko, ein Frühstadium des Typ-1-Diabetes zu entwickeln, als dies bei altersgleichen Kindern ohne Adipositas der Fall war. Wenn ein Typ-1-Diabetes-Frühstadium vorlag, verlief die Progression zur klinischen Stoffwechselerkrankung bei Kindern mit Adipositas beschleunigt [Ziegler 2020]. Maßnahmen zur Vermeidung von Adipositas könnten deshalb auch einen präventiven bzw. verzögernden Effekt auf die Entstehung von Typ-1-Diabetes bei prädisponierten Kindern haben. Literatur: Ziegler AG et al. JAMA 2020; 323: 339-351.
DEGAM	<u>Körper Perzentilen (pedz.de)</u> BMI-Rechner für Kinder und Jugendliche nach Kromeyer-Hauschild <u>https://adipositas-gesellschaft.de/aga/bmi4kids/</u> Kromeyer-Hauschild K, Moss A, Wabitsch M (2015) Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland. Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie 9(03):123-127 DOI: 10.1055/s-0037-1618928
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Keine Angabe

Einschätzende	Antwort
DGKJP, DGPPN	Die Ermittlung des BMI (in Verbindung mit den Vordaten aus dem U-Heft), sowie ggfs. ethnien-spezifische Perzentilenkurven ermöglichen problemlos die Diagnostik.
DGKI	Erhebung des Body-Mass-Index (BMI) durch Messung von Körperhöhe und Körpergewicht mit Eintrag des BMI in die Perzentilkurven nach Kromeyer und Hauschildt (11). Diese Messungen sind anerkannt, valide und für die Früherkennung sehr gut geeignet.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Körper Perzentilen (pedz.de) BMI-Rechner für Kinder und Jugendliche nach Kromeyer-Hauschild K, Moss A, Wabitsch M (2015) Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland. Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie 9(03):123-127

6. Welche anerkannten und validierten Messinstrumente stehen für die ärztliche Einschätzung zu psychischen Erkrankungen/ Auffälligkeiten zur Verfügung? Sind diese für die Früherkennung geeignet?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	ELFRA 9-10
Institut für Diabetesforschung	<i>Keine Angabe</i>
DEGAM	Verhaltensauffälligkeiten oder Schulprobleme die im Rahmen der Vorsorge abgefragt werden können auf psychische Erkrankungen hinweisen. Für die Früherkennung geeignet ist das

Einschätzende	Antwort
	SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire) <i>Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A., & Goodman, R. (2003). Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) - Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. https://doi.org/10.23668/psycharchives.11726</i> <i>https://psycharchives.org/en/item/86f7e970-a515-4eb6-84e2-e942bda4d051</i> <i>Bergström M, Baviskar S. A Systematic Review of Some Reliability and Validity Issues regarding the Strengths and Difficulties Questionnaire Focusing on Its Use in Out-of-Home Care. J Evid Based Soc Work (2019). 2021 Jan-Feb;18(1):1-31. doi: 10.1080/26408066.2020.1788477. Epub 2020 Jul 20. Erratum in: J Evid Based Soc Work (2019). 2020 Sep 4;:1. PMID: 32684105.</i>
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Keine Angabe
DGKJP, DGPPN	Es gibt eine Vielzahl von Screening-Instrumenten, die in vielen Studien eingesetzt wurden und international verwendet werden, von der CBCL bis zum SDQ. Auch Erfassungsinstrumente zur Erhebung der Risikofaktoren, wie elterlichem Stress (z.B. Parental Stress Scale) oder einzelnen Symptomen wie NSSV, oder depressiver Symptomatik, stehen zur Verfügung. Die Frage ist jedoch, wie realistisch ist ein Einsatz im Rahmen einer J Untersuchung? Zudem sind Lizenzaspekte zu berücksichtigen. Nachdem sowohl das Deutsche Zentrum für psychische Gesundheit, wie das Deutsche Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit einen core data set, der open access sein soll, erarbeiten zum Screening auf psychische Störungen, erscheint unserer Ansicht nach ein Auftrag an diese Zentren, ein entsprechend psychometrisch valides Screeninginstrument zu entwickeln am sinnvollsten. Dort könnte auch der anonymisierte Datenrückfluss wissenschaftlich analysiert werden.
DGKJ	Fragebögen wie der MEF für 6- bis 13-jährige (breite Erfassung der altersspezifischen Störungsbilder, 10) oder das Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ, eher spezifische psychoemotionale Störungserfassung, 12) ist für die ärztliche Einschätzung anerkannt, validiert und für die Früherkennungsuntersuchungen sehr gut geeignet. Das SDQ ist

Einschätzende	Antwort
	in vielen Sprachen erhältlich. Auch die Screeningstufe der MBS (Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik der Sozialpädiatrie) erfüllt die genannten Kriterien.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	<u>SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire)</u> Nicht wertendes und vertrauensvolles direktes Gespräch mit Kindern und Bezugsperson

7. Benennen Sie validierte Messinstrumente zur Früherkennung von - körperlicher Inaktivität und - übermäßigem Medienkonsum.

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	ELFRA 9-10
Institut für Diabetesforschung	<i>Keine Angabe</i>
DEGAM	Durch entsprechende Fachgesellschaften zu benennen
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Asthma im Kindesalter hat häufig eine verminderte körperliche Aktivität zur Folge. Validierte Messinstrumente zur Früherkennung von Asthma bestehen bereits in Form der oben angeführten Fragebögen.
DGKJP, DGPPN	Auch hier sei auf die vorhandenen Untersuchungen und Studien verwiesen, wie etwa den KiGGS. Zum Medienkonsum z.B. eignen sich einfache Trennfragen zur Dauer, um extreme Risikogruppen zu identifizieren.
DGKI	Körperliche Inaktivität: Schrittzähler sind inzwischen problemlos verfügbar und werden zur Messung körperlicher Aktivität im Kindes- und Jugendalter empfohlen (13). Smartphones/-watches messen die tägliche Nutzungsdauer selbst. Am Fernseher können

Einschätzende	Antwort
	die Eltern Nutzungszeiten für ihre Kinder einstellen und werden dann zur Freigabe aufgefordert, wenn die Kinder diese Nutzungszeit verlängern wollen. In PCs, Laptops und Tablets lassen sich Einschaltzeiten auslesen. Medienkonsum: Zur Erfassung medienbezogener Störungen empfiehlt die Gemeinsame Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Fachgesellschaft und Verbände in ihrem Evidenzpapier verschiedene Fragebögen, insbesondere zur Erfassung der Nutzung von Computerspielen und sozialen Medien (14). Der Short CIUS (CIUS-5) erfasst problematische Internetnutzung, ist international in vielen Settings erprobt und frei verfügbar (15).
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	<u>Exploration mittels Fragebögen</u> Nicht wertendes und vertrauensvolles Gespräch mit Kindern und Bezugsperson

C. Beratung und Präventionsmaßnahmen

8. Welche Beratungsinhalte und Präventionsmaßnahmen sind Ihnen für übergewichtige/ adipöse/untergewichtige Kinder dieser Altersgruppe bekannt?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Ernährungspyramide, Bewegungsverhalten
Institut für Diabetesforschung	Siehe: S3-Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/050-002.html

Einschätzende	Antwort
DEGAM	Die WHO-Empfehlung für Kinder lautet: mindestens 60 Minuten Bewegung täglich für Kinder und Jugendliche von 3-17 Jahre. Das erreichen in Deutschland lediglich 22,4 % der Mädchen und 29,4 % der Jungen. <i>Krug, S., Worth, A., Finger, J.D. et al. Motorische Leistungsfähigkeit 4- bis 10-jähriger Kinder in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 62, 1242–1252 (2019). https://doi.org/10.1007/s00103-019-03016-7</i> Zur Ernährung von Kindern gibt es umfangreiches Material bei der Bzga sowie bei der FKE (Forschungsdepartment Kinderernährung – Katholisches Klinikum Bochum) https://www.klinikum-bochum.de/fachbereiche/kinder-und-jugendmedizin/forschungsdepartment-kinderernaehrung.html
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Liegt Übergewicht/Adipositas vor, so sollte zum einen ein ursächliches/aggravierendes Asthma ausgeschlossen werden; zum anderen gelten die Kinder auch als Risikokinder für Asthma und eine entsprechende Befragung bzw. entsprechende Untersuchung, um Asthma auszuschließen bzw. zu bestätigen sollte folgen. Frühkindliches Asthma kann das Risiko von Adipositas bei Kindern erhöhen⁷. Wird Asthma frühzeitig mit dem Ziel einer guten Asthmakontrolle behandelt, so kann der häufig entstehende Teufelskreis aus zunehmendem Übergewicht und Verschlimmerung des Asthmas durchbrochen werden⁸ ⁷ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37509700/#:~:text=Abstract,atopic%20dermatitis%2C%20and%20chronic%20urticaria ⁸ Chen Z. et al.: Effects of Childhood Asthma on the Development of Obesity among School-aged Children. In: American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2017, Vol. 195, No. 9; https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201608-1691OC
DGKJP, DGPPN	Es gibt mannigfache Präventionsmaßnahmen. Das Kernproblem sind nicht die Präventionsangebote, sondern deren Nutzung und Nachhaltigkeit, gerade bei Risikogruppen. Die Gesundheitsberichtserstattung des Bundes belegt, dass hier offensichtlich weiterhin ein Problem hinsichtlich Health Equity besteht.

Einschätzende	Antwort
DGKJ	Steigerung der Alltagsaktivität, ausgewogene Ernährung pflanzenbasiert (Optimierte Mischkost, Ernährungspyramide, 16), gemeinsames Essen am Tisch, Vermeidung von Nebenaktivitäten beim Essen, Verminderung der Sitzzeiten und des Medienkonsums (siehe auch Arbeitsgruppe Kinder und Jugendliche in der Erarbeitung eines DMP Adipositas im Gemeinsamen Bundesausschuss).
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	- Die WHO-Empfehlung für Kinder lautet: mindestens 60 Minuten Bewegung täglich für Kinder und Jugendliche von 3-17 Jahre. Das erreichen in Deutschland lediglich 22,4 % der Mädchen und 29,4 % der Jungen (Motorische Leistungsfähigkeit 4- bis 10-jähriger Kinder in Deutschland (springer.com)) - Zur Ernährung von Kindern gibt es umfangreiches Material bei der BzgA sowie bei der FKE (Forschungsdepartment Kinderernährung - Katholisches Klinikum Bochum (klinikumbochum.de))

9. Welche Beratungsinhalte und Präventionsmaßnahmen sind Ihnen für psychisch auffällige Kinder dieser Altersgruppe bekannt?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Aufnahme Psychotherapie
Institut für Diabetesforschung	<i>keine Angaben</i>
DEGAM	Die Beratung und Prävention erfolgt interdisziplinär durch haus- und kinderärztliche Beratung bei funktionellen Beschwerden, Weiterleiten an Beratungsstellen bei psychosozialen Belastungen, Überweisung/Verweis an sozialpsychiatrische Zentren (SPZ), Einrichtungen der Frühförderung, Familienberatungsstellen, schulpsychologische

Einschätzende	Antwort
	Dienste, Einrichtungen der Jugendhilfe und kommunalen Sozialarbeit. Überweisung an Kinderpsychotherapeut*innen und/oder Kinderpsychiater*innen bei psychischer Erkrankung.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	<i>Keine Angabe</i>
DGKJP, DGPPN	Auch hierzu gibt es mannigfache Angebote und Initiativen; aber auch hier gilt, eine bundeseinheitliche, hinsichtlich wissenschaftlicher Kriterien evaluierte Maßnahme besteht nicht. Die Initiative des BMFSFJ bezgl. Mental Health Coaches unterliegt der Kritik, dass mit 100 Schulen wenig erreicht werden wird.
DGKJ	Beratungsinhalte: Unterstützung bei der Entwicklung von Fähigkeiten zur angemessenen Bewältigung von Gefühlen und Emotionen, Förderung von sozialen Fertigkeiten wie Kommunikation, Konfliktlösung und Empathie, Stärkung des Selbstvertrauens und der positiven Selbstwahrnehmung, Vermittlung von Techniken zur Stressbewältigung und Entspannung, Hilfe bei der Bewältigung von Ängsten und Sorgen, Unterstützung bei der Entwicklung von effektiven Strategien zur Problemlösung. Präventionsmaßnahmen: Beratung der Eltern, Förderung eines gesunden Lebensstils mit ausgewogener Ernährung, ausreichender Bewegung und regelmäßigem Schlaf.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Das haus- und kinderärztliche Angebot zu Beratung bei funktionellen Beschwerden, die Weiterleitung an Beratungsstellen bei stärkeren psychosozialen Belastungen der Familie wie Trennung der Eltern, Kranke Familienmitglieder o.ä.; die Überweisung an Kinderpsychotherapeut*innen und/oder Kinderpsychiater*innen bei psychischer Erkrankung.

10. Welche Beratungsinhalte und Präventionsmaßnahmen sind Ihnen für Kinder dieser Altersgruppe mit - übermäßigem Medienkonsum sowie - körperlicher Inaktivität bekannt?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Verein aufsuchen, Medienkonsum auf angemessene Dauer reduzieren
Institut für Diabetesforschung	<i>keine Angaben</i>
DEGAM	Die Anbindung an einen Sportverein oder analoger Angebote durch nichtkommerzielle Träger (z.B. Volkshochschule) gilt für diese Altersgruppe als effektive Maßnahme zur Steigerung sowohl von Bewegungsaktivität als auch motorischer Leistungsfähigkeit. <i>Vgl. Quelle unter 8. Motorische Leistungsfähigkeit 4- bis 10-jähriger Kinder in Deutschland (springer.com)</i> Materialien der BzGA zur Medienberatung der 9-10jährigen können im Rahmen der U10 abgegeben werden. Die Thematisierung sowie Aufklären über negative und messbare gesundheitliche Folgen übermäßigen Medienkonsums sensibilisiert Eltern für das Thema, konkrete Hinweise zu den empfohlenen Zeiten (von der BzGA empfohlene Medienzeit für diese Altersgruppe: 45-60 Minuten/Tag) sowie geeigneten Medieninhalten verbessern die Medienkontrolle. Flyer zum achtsamen Bildschirmmediengebrauch https://www.kinderaerzte-im-netz.de/mediathek/empfehlungen-zum-bildschirmmediengebrauch/ Initiative Schau Hin https://www.schau-hin.info Hier werden auch Studien zu Schäden durch Medien aufgeführt: https://www.schau-hin.info/thema/studien?referrer=overlayMenu

Einschätzende	Antwort
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	<i>keine Angabe</i>
DGKJP, DGPPN	s.o.
DGKJ	Übermäßiger Medienkonsum: Auf der Homepage der Initiative „SCHAU HIN! Was Dein Kind mit Medien macht“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finden sich zahlreiche Beratungsinhalte für Eltern zur Nutzung von Smartphone & Tablet, Games, Soziale Netzwerke, Filme & Serien, Surfen sowie Hörmedien (https://www.schau-hin.info/). Körperliche Inaktivität: Verweis auf vielfältige Bewegungsmöglichkeiten in den Sportvereinen vor Ort, Verweis auf präventive Programme wie Schau hin, Eltern Ratgeber.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Die Anbindung an einen Sportverein gilt für diese Altersgruppe als effektive Maßnahme zur Steigerung sowohl von Bewegungsaktivität als auch motorischer Leistungsfähigkeit. (Motorische Leistungsfähigkeit 4- bis 10-jähriger Kinder in Deutschland (springer.com) Zum Thema Medienkonsum ist es hilfreich, die Materialien der BzGA in der Praxis auszulegen bzw. deren Inhalte in die Medienberatung der 9-10jährigen zur Hand zu haben (von der BzGA empfohlene Medienzeit für diese Altersgruppe: 45-60 Minuten/Tag). Die Thematisierung sowie das Aufklären über negative und messbare gesundheitliche Folgen sensibilisiert Eltern für das Thema. Konkrete Hinweise zu den empfohlenen Zeiten sowie geeigneten Medieninhalten verbessern die Medienkontrolle Studien zu Schäden durch Medien z.B. https://www.schauhin.info/thema/studien?referrer=overlayMenu

11. Zu welchen Aspekten sollte zum Impfverhalten insbesondere zur HPV-Impfung und dem Impfstatus beraten werden?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	alle sollten sich impfen lassen, 9-14 J.
Institut für Diabetesforschung	<i>keine Angabe</i>
DEGAM	Die Kontrolle des Impfstatus gehört unbedingt zum Inhalt der Vorsorgeuntersuchung. Je nach Impfstatus werden Impfungen angeboten und ggf. nachgeholt, zu aktuellen und zukünftigen Impfungen (HPV, TDPacIPV mit 11 Jahren) wird ausführlich beraten und die Impfungen entsprechend angeboten.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	<i>keine Angabe</i>
DGKJP, DGPPN	Dies fällt nicht in unsere Expertise.
DGKJ	Prüfung des Impfstatus nach STIKO-Empfehlung, Hinweise auf fehlende und in Zukunft anstehende Impfungen, Bedeutung der HPV-Impfung zur Prävention von Malignomen in allen (später) sexuell aktiven Schleimhäuten und von Genitalwarzen bei Jungen und Mädchen
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Die Kontrolle des Impfstatus gehört unbedingt zum Inhalt der Vorsorgeuntersuchung. Je nach Impfstatus werden Impfungen nachgeholt, zu aktuellen und zukünftigen Impfungen (HPV, TDPacIPV mit 11 Jahren) wird ausführlich beraten und die Impfungen entsprechend angeboten.

D. Therapeutische Maßnahmen

12. Welche effektiven therapeutischen Maßnahmen stehen für die Behandlung von Adipositas bei Kindern (ggf. auch für Übergewicht) und Anorexie derzeit zur Verfügung?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Beratung, Kontrolle, KJP
Institut für Diabetesforschung	Siehe: S3-Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/050-002.html
DEGAM	Es gibt wenig evidenzbasierte Empfehlungen für eine Gewichtsreduktion bei einer manifesten Adipositas bei Kindern. Multimodale Programme werden von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kinds- und Jugendalter (AGA) empfohlen, die Ernährungsumstellung, Bewegungsförderung und intensive Einbindung der Familie beinhalten, sind jedoch an wenigen Orten zugänglich. Stationäre Rehamassnahmen sind für diese Altersgruppe in der Regel nur in Begleitung einer Bezugsperson sinnvoll, was für die Familien eine Belastung bedeutet. Umso wichtiger ist es, intensive Beratung in einem vertrauensvollen Kontext, nämlich der Haus- oder Kinderarztpraxis, als präventive Leistung anzubieten. Flankierend sollte die Akzeptanz von Settingansätzen gefördert werden. Problematisch ist die eingeschränkte Ressource der entsprechenden Strukturen, sowohl regionale Verfügbarkeit als auch Terminverfügbarkeit, insbesondere bei z.B. Anorexie ist der Zugang sowohl zu ambulanten als auch zu stationären Angeboten desolat. Entsprechend bekommt die Betreuung und Früherkennung durch den Haus- bzw. Kinderarzt einen hohen Stellenwert.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	<i>keine Angabe</i>

Einschätzende	Antwort
DGKJP, DGPPN	Die Vermengung von Adipositas und Anorexie erscheint uns unglücklich, allein schon aufgrund der unterschiedlichen Prävalenz. Für Anorexie besteht eine S-3-Leitlinie und die Behandlung erfolgt erfolgreich kinder- und jugendpsychiatrisch und – psychotherapeutisch. Hierzu stehen niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater:innen und -psychotherapeut:innen, ggfs. stationäre Behandlungsplätze in den dafür geeigneten Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie zur Verfügung. Hinsichtlich der Adipositas stellt sich die Situation differenzierter dar: die effektive Behandlung einer Adipositas bedarf oft auch einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Begleitung (auch aufgrund häufiger Komorbiditäten). Diesbezüglich ist die vernetzte Versorgung in Deutschland noch defizitär; der Rehabilitationsbereich zeigt unterschiedlich ermutigende Ergebnisse; ambulante Modelle existieren
DGKJ	Adipositas-Schulungsprogramme nach dem Konsensuspapier Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas (17) sowie zertifizierte Schulungsprogramme wie z. B. „Obeldicks“ (18) und „Power Kids“ (19), stationärer Aufenthalt in spezialisierten Kinder-Reha-Kliniken. Bei Anorexie Überweisung zur Kinder- und Jugend-Psychiatrie.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Multimodale interdisziplinäre Programme mit den Komponenten Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie (Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter AWMF-Nr. 050-002 Vs. 2019) Leider gibt es wenig evidenzbasierte Therapie für eine bereits manifeste Adipositas bei Kindern. Multimodale Programme wie von der AGA empfohlen, die Ernährungsumstellung, Bewegungsförderung und intensive Einbindung der Familie beinhalten, sind nur an wenigen Orten zugänglich. Stationäre Rehamaßnahmen sind für diese Altersgruppe meist nur in Begleitung einer Bezugsperson attraktiv, was für die Familien eine große Belastung bedeutet. Umso wichtiger ist es, intensive Beratung in einem vertrauensvollen Kontext, nämlich der Haus- oder Kinderarztpraxis, als präventive Leistung anzubieten.

13. Sofern keine Therapie von Übergewicht und Adipositas erfolgen würde, welche Folgeerkrankungen sind Ihnen bekannt? Wann und wie häufig treten diese Folgeerkrankungen auf?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Hypertonie, Gelenkprobleme, Diabetes Mellitus Typ II
Institut für Diabetesforschung	<i>keine Angaben</i>
DEGAM	Zur Persistenz der im Grundschulalter erworbenen Adipositas bzw. Übergewicht weiß die KIGGS-Studie zu berichten, dass diese erheblich ist: nur wenige Kinder mit Adipositas im Grundschulalter entwickeln später ein Normalgewicht. <i>Journal of Health Monitoring S5/2021 Asthma, Adipositas und ADHS (rki.de)</i> Folgeerkrankungen von Übergewicht und Adipositas stellen sich in der Regel erst im Erwachsenenalter ein und sind hinlänglich bekannt (Diabetes II, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Arthrose, soziale Ausgrenzung). Internationale Studien gehen davon aus, dass das hohe Ausmaß an Übergewicht und Adipositas im Kindesalter dazu führen kann, dass diese Generation erstmals eine kürzere Lebenserwartung hat als die ihrer Eltern. <i>OECD (2019), The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/67450d67-en</i> <i>(International Association for the Study of Obesity (IASO), Annual Report 2009;</i>
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Es gibt Hinweise darauf, dass unzureichend behandeltes Asthma bei Kindern mit Adipositas assoziiert ist⁹. Umso wichtiger ist es, dass Kinder mit Risiko für Asthma und Kinder mit Symptomen frühzeitig identifiziert und behandelt werden. Dafür ist die U10 Untersuchung im besonderen Maße geeignet. ⁹ https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201608-1691OC

Einschätzende	Antwort
DGKJP, DGPPN	Die Folgen (Metabolisches Syndrom etc., Mobbing-Erfahrungen, Belastungsstörungen, Depression, NSSV) sind weithin bekannt und epidemiologisch gut untersucht. Für Kinder und Erwachsene ergeben sich langfristig keine unterschiedlichen Folgen.
DGKI	Schon frühzeitig sehr häufig emotionale Störungen wie vermindertes Selbstwertgefühl, Mobbing, psychische Folgeerkrankungen, nach einigen Jahren häufig Metabolisches Syndrom, Diabetes mellitus Typ II (20), arterielle Hypertonie, Steatosis hepatis, muskuloskelettale Probleme wie X-Knie und Epiphysiolysis capitis femoris, Arthrose, bei Adipositas häufig Schlaf-Apnoe-Syndrom, nach Jahren Polycystisches Ovarsyndrom und Acanthosis nigricans
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Im Grundschulalter bestehende Adipositas persistiert häufig. Wenige Kinder mit Adipositas im Grundschulalter entwickeln später ein Normalgewicht. (KIGGS-Studie) Journal of Health Monitoring S5/2021 Asthma, Adipositas und ADHS (rki.de) Folgeerkrankungen von Übergewicht und Adipositas stellen sich in der Regel erst im Erwachsenenalter ein und sind hinlänglich bekannt (Diabetes II, Herz-Kreislaufferkrankungen). Internationale Studien gehen davon aus, dass das hohe Ausmaß an Übergewicht und Adipositas im Kindesalter dazu führt, dass diese Generation erstmals eine kürzere Lebenserwartung hat als die ihrer Eltern. (International Association for the Study of Obesity (IASO), Annual Report 2009)

14. Welche effektiven therapeutischen Maßnahmen stehen für die Behandlung von psychischen Erkrankungen (ggf. auch für Auffälligkeiten) derzeit zur Verfügung?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Ergotherapie
Institut für Diabetesforschung	<i>keine Angaben</i>

Einschätzende	Antwort
DEGAM	Insbesondere bei funktionellen Beschwerden gilt ein gutes Arzt-Patient-Verhältnis als Teil der Therapie: die rationale Abklärung somatischer Beschwerden ohne Überbewertung des Symptoms sowie Hilfestellung bei der Bewältigung des Symptoms wirken einer Chronifizierung funktioneller Symptome und damit möglicherweise Entwicklung einer chronischen Somatisierungsstörung entgegen. Falls die haus- oder kinderärztlichen Maßnahmen nicht ausreichen, gilt es, das Kind oder die Familie in die spezialärztliche Behandlung (Kinderpsychotherapie, Kinderpsychiatrie) zu überweisen und dies entsprechend zu begleiten.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	<i>keine Angabe</i>
DGKJP, DGPPN	Wir enthalten uns hier, eine vielseitige Abhandlung über das Versorgungssystem im SGB V und darüber hinaus (z.B. SGB VIII) zu präsentieren. Krankheitswertige psychische Störungen werden sowohl durch Richtlinienpsychotherapie als auch im Rahmen niederschwelliger Beratung, der SPV-Vereinbarung, Gruppentherapien mit zugelassenen Verfahren, letztlich auch teilstationär, vollstationär, stationsäquivalent oder in der Rehabilitation behandelt. Über die zulässigen Verfahren im KV- Bereich beschließt der G-BA aufgrund von Evidenzbasierung.
DGKJ	Psychotherapie und Medikamente bei Erkrankungen, Beratung des Betroffenen und seiner Familie bei Auffälligkeiten
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Insbesondere bei funktionellen Beschwerden gilt ein gutes Arzt-Patient-Verhältnis als Teil der Therapie: die rationale Abklärung somatischer Beschwerden ohne Überbewertung des Symptoms sowie Hilfestellung bei der Bewältigung des Symptoms wirken einer Chronifizierung funktioneller Symptome und damit möglicherweise Entwicklung einer chronischen Somatisierungsstörung entgegen. Falls die haus- oder kinderärztlichen Maßnahmen nicht ausreichen, gilt es, das Kind bzw. die Familie in die spezialärztliche Behandlung (Kinderpsychotherapie, Kinderpsychiatrie) zu überweisen.

**15. Sofern keine Therapie von psychischen Erkrankungen/ Auffälligkeiten erfolgen würde, welche Folgeerkrankungen sind Ihnen bekannt?
Wann und wie häufig treten diese Folgeerkrankungen auf?**

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	<i>keine Angaben</i>
Institut für Diabetesforschung	<i>keine Angaben</i>
DEGAM	Funktionelle Störungen können chronifizieren. Nicht erkannte psychische Beeinträchtigungen können sich zu einer manifesten Somatisierungsstörung entwickeln. Ängste im Kindesalter, die nicht erkannt, bewältigt oder behandelt werden, können bis ins Erwachsenenalter hineinwirken und die Entstehung von Depressionen und anderen psychischen begünstigen. Nicht erkannte Depressionen können im schlimmsten Fall zu Suizidalität im Jugendalter führen. Externalisierende Störungen, wie sie bei Jungen eher festzustellen sind, können sich ebenfalls unbehandelt im weiteren Verlauf verschlimmern.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	<i>keine Angabe</i>
DGKJP, DGPPN	Auch hierzu besteht ausreichend Literatur: psychische Erkrankungen in diesem Altersabschnitt führen zu schweren und mannigfaltigen Einschränkungen im Erwachsenenalter, sowohl psychisch, wie somatisch. Die Rate an Suchterkrankungen ist höher, die Rate an Herz-Kreislaufferkrankungen etc. Gleichzeitig sind weiter oben gemachten Ausführungen zu Risikofaktoren einzubeziehen, also niedriger SES und ACE.
DGKI	Beeinträchtigung der schulischen Leistung, soziale Isolation, Mobbing, Aggression, Angst, Depressionen, impulsives und oppositionelles Verhalten, Wutausbrüche, chronische psychische Störungen, erhöhtes Suchtrisiko und verminderte

Einschätzende	Antwort
	Lebensqualität. Zur Häufigkeit dieser Probleme infolge Nichtbehandlung von Auffälligkeiten im Alter von 9 bis 10 Jahren sind uns keine Daten bekannt. Es ist aber eine relevante Häufigkeit zu erwarten.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Funktionelle Störungen können chronifizieren. Nicht erkannte psychische Beeinträchtigungen können sich zu einer manifesten Somatisierungsstörung entwickeln. Ängste im Kindesalter, die nicht bewältigbar sind und nicht behandelt werden, können bis ins Erwachsenenalter hineinwirken und die Entstehung von Depressionen begünstigen. Nicht erkannte Depressionen können im schlimmsten Fall zu Suizidalität im Jugendalter führen. (Suizidalität im Kindes- und Jugendalter, Dtsch Arztebl Int 2020; 117: 261-7) Externalisierende Störungen, wie sie bei Jungen eher festzustellen sind, können ebenfalls unbehandelt im weiteren Verlauf verschlimmern.

E. Kurz- und langfristige Folgen

16. Was sind die kurz- und langfristigen Folgen eines übermäßigen Medienkonsums bzw. einer Computerspielsucht? In welchem Alter und wie häufig treten diese auf? Welche Interventionen sind bei übermäßigem Medienkonsum bzw. einer Computerspielsucht bei Kindern effektiv?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Schlafstörungen, Schulleistungsstörungen, soziale Isolation. Meist erst mit 12-14 J. Suchtmedizinische Beratung, Medienreduktion
Institut für Diabetesforschung	<i>keine Angaben</i>

Einschätzende	Antwort
DEGAM	Bekannte Folge eines übermäßigen Medienkonsums ist u.a. die Entwicklung von Internet- oder Spielsucht: die Prävalenz liegt bei 5,8% bei 12-17jährigen Jugendlichen <i>Geisel O, Lipinski A, Kaess M: Nichtsubstanzgebundene Abhängigkeiten im Kindes- und Jugendalter. Internet, Computerspiele und Soziale Medien. Dtsch Arztebl Int 2021; 118: 14–22. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0002)</i> Zu weiteren Folgen gehören Begünstigen der Entstehung von Adipositas (durch Bewegungsmangel), Schulleistungsprobleme und Konzentrationsstörungen. Soziale Fertigkeiten werden beeinträchtigt. <i>Fröhlich E et al: Übermässiger Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen: Risiken für Psyche und Körper, Dtsch Arztebl 2007; 104(38): A 2560-4.</i> Mit der U10 könnten wir die Kinder und ihre Familien für eine präventive Beratung zum Thema Medienkonsum erreichen. Im Schulalter ist die Kontrolle durch die Eltern bzw. Bezugspersonen entscheidend und ihre Aufklärung entsprechend wichtig. Mit der U10 könnten wir die Kinder und ihre Familien für eine präventive Beratung zum Thema Medienkonsum erreichen.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	<i>keine Angabe</i>
DGKJP, DGPPN	Sehr häufig liegt einem übermäßigen Medienkonsum eine andere psychiatrische Grunderkrankung zugrunde, die leitliniengerecht ausgeschlossen werden sollte (z.B. Depression, soziale Phobie, Autismus), in allen Altersgruppen. Hier sind auch moderierende Aspekte (vgl. weiter oben) zu beachten und es ist vor simplifizierenden Kausalitäten zu warnen in der Bewertung. Hinsichtlich der Effektivität von Maßnahmen besteht noch ein Defizit in der Forschung. Hierzu laufen derzeit Forschungsprojekte in D. Bei einer „Computerspielsucht“ wird eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung mit Elternberatung unerlässlich sein.
DGKJ	Übermäßiger, dysfunktionaler Medienkonsum im Grundschul- und Jugendalter trägt zu Adipositas, Kurzsichtigkeit, Bewegungsmangel mit allen Folgen, Vernachlässigung anderer Interessen, schlechtere Leistungen in der Schule, Blässe,

Einschätzende	Antwort
	Müdigkeit und Schlafproblemen bis hin zur Tag-Nacht-Umkehr, Konzentrationsproblemen, verminderter Vorstellungskraft und Phantasieelosigkeit bei. Ferner verstärkt er Depressionen und Selbstwertprobleme sowie Ängste. Es kann in allen Altersstufen auftreten und hängt wesentlich von den Regelungen im Umfeld ab. Auch Kleinkinder können schon in der Entwicklung durch digitale Bildschirmtechnik massiv gestört sein bis hin zu autistischen Zügen. Oft beginnt die Problematik aber mit dem ersten eigenen Handy oder dem Fernseher im eigenen Zimmer bzw. mit der digitalen Ausstattung für Schulzwecke. Daher erscheint ein Screening auf Medienbezogene Störungen im Alter von 9 bis 10 Jahren besonders sinnvoll. Interventionen: Hier verweisen wir erneut auf die Homepage der Initiative „SCHAU HIN! Was Dein Kind mit Medien macht“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (https://www.schau-hin.info/).
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Bekannte Folgen übermäßigen Medienkonsums sind die Entwicklung von Internet- oder Spielsucht: die Prävalenz liegt bei 5,8% bei 12-17jährigen Jugendlichen (Nichtsubstanzgebundene Abhängigkeiten im Kindes- und Jugendalter) Internet, Computerspiele und Soziale Medien Olga Geisel, Anneke Lipinski, Michael Kaess Dtsch Arztebl Int 2021; 118: 14–22. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0002) Zu weiteren Folgen gehören Begünstigen der Entstehung von Adipositas (durch Bewegungsmangel), Schulleistungsprobleme und Konzentrationsstörungen. Soziale Fertigkeiten werden beeinträchtigt. Übermäßiger Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen: Risiken für Psyche und Körper, Egmond Fröhliche et al; Dtsch Arztebl 2007; 104(38): A 2560-4. Mit der U10 könnten wir die Kinder und ihre Familien für eine präventive Beratung zum Thema Medienkonsum erreichen. Im Schulalter ist die Kontrolle durch die Eltern bzw. Bezugspersonen entscheidend und ihre Aufklärung entsprechend wichtig.

**17. Was sind die kurz- und langfristigen Folgen von körperlicher Inaktivität? In welchem Alter treten diese auf und wie häufig sind diese?
Welche Interventionen sind bei körperlicher Inaktivität bei Kindern effektiv?**

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Übergewicht, Rückenprobleme Vereinssport, Rehasport, ggf. Physiotherapie. Meist erst im Alter von 12-14 J.
Institut für Diabetesforschung	<i>keine Angaben</i>
DEGAM	Motorische Leistungsfähigkeit fördert die kindliche Gesamtentwicklung, ist assoziiert mit besserer körperlicher Koordination und bietet Schutz vor Unfällen und Verletzungen, vermittelt ein besseres Körpergefühl und korreliert mit positiver kognitiver Entwicklung. <i>Krug S. et al: Motorische Leistungsfähigkeit 4-10-jähriger Kinder in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt 2019 62:1242-1252</i> Die häufigste Folge körperlicher Inaktivität sind Übergewicht und Adipositas. Aber auch zunehmende Klagen von Jugendlichen über Rücken- und Kopfschmerzen lassen sich zum Teil zurückführen auf den Bewegungsmangel.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Asthma im Kindesalter kann bei unzureichender Asthmakontrolle nicht nur zu einer verminderten körperlichen Aktivität führen, auch eine körperliche Inaktivität kann sich negativ auf die Schwere der Manifestation von Asthma auswirken ¹⁰ . ¹⁰ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37509700/#:~:text=Abstract,atopic%20dermatitis%2C%20and%20chronic%20urticaria
DGKJP, DGPPN	Diese Frage überlassen wir anderen Fachgesellschaften. Auf das Risiko körperlicher Inaktivität bezogen auf Medien bzw. emotionale Störungen sei auf a) weiter oben und b) auf die S3 LL depressive Störungen verwiesen.
DGKJ	Folgen:

Einschätzende	Antwort
	Verminderung von Kraft, Ausdauer, Koordination, kardiopulmonaler Leistungsfähigkeit, Selbstvertrauen und Aufmerksamkeit, Verminderung der Belastbarkeit des Bewegungsapparats (Sehnen, Knorpel, Knochen) sowie der Knochendichte und damit höheres Osteoporoserisiko im späteren Leben, erhöhtes Adipositas-, Diabetes- und Hypertonie-Risiko. Interventionen: Beratung mittels motivierender Gesprächsführung; inaktive Kinder und Jugendliche sollen schrittweise zunächst den zeitlichen Umfang und dann die Intensität der körperlichen Aktivität zu steigern (21).
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Motorische Leistungsfähigkeit fördert die kindliche Gesamtentwicklung, ist assoziiert mit besserer körperlicher Koordination und bietet Schutz vor Unfällen und Verletzungen, vermittelt ein besseres Körpergefühl und korreliert mit positiver kognitiver Entwicklung. Die häufigste Folge körperlicher Inaktivität sind Übergewicht und Adipositas. Auch Rücken- und Kopfschmerzen lassen sich zum Teil auf Bewegungsmangel zurückführen.

18. Ist es Ihrer Einschätzung nach möglich, die HPV-Impfrate durch die Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung zu steigern, um eine verbesserte Krebsprävention zu erreichen?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Nein. Impfung bzw. Beratung von HPV kann gut bei Auffrischung von Tdap-IPV* erfolgen <i>[*eingefügt durch G-BA: Kombinationsimpfstoff, der gegen 4 Infektionskrankheiten gerichtet ist: Diphtherie, Tetanus, Pertussis und Poliomyelitis]</i>
Institut für Diabetesforschung	<i>keine Angaben</i>

Einschätzende	Antwort
DEGAM	Ja: Bei einer hohen Impftrate wie in Australien kann die Inzidenz des Zervixkarzinoms von 6,2/ 100.000 auf weniger als 1/100.000 fallen. Wir erreichen derzeit eine Impftrate von 51 %. <i>Wojcinski M. 14 Jahre HPV-Impfung: was haben wir erreicht? [14 years of HPV vaccination: what has been achieved?]. Gynakologe. 2021;54(11):801-809. German. doi: 10.1007/s00129-021-04869-3. Epub 2021 Oct 13. PMID: 34658401; PMCID: PMC8512599.</i> Bei vollständig geimpften Frauen wurde für anogenitale Warzen ein um 63 % (aHR 0,37 (95% KI 0,34 to 0,40) reduziertes Risiko beobachtet, das Risiko für Gebärmutterhalsläsionen war um 23 % (aHR 0,77, 95%KI 0,71 to 0,84) reduziert. <i>Osmani V, Klug SJ. HPV-Impfung zur Prävention von Genitalwarzen und Krebsvorstufen – Evidenzlage und Bewertung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2021 May;64(5):590-599. German. doi: 10.1007/s00103-021-03316-x. Epub 2021 Apr 13. PMID: 33851224; PMCID: PMC8087596.</i>
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	keine Angabe
DGKJP, DGPPN	Dies fällt nicht in unsere Expertise.
DGKJ	Im Alter von 9 bis 10 Jahren erfolgen selten Arztkontakte. Eine Früherkennungsuntersuchung in diesem Alter ist eine gute Möglichkeit, Kinder und Eltern zum Thema HPV-Impfung zu beraten, die man ohne diese Untersuchung gar nicht in der Praxis sehen würde. Daher gehen wir davon aus, dass sich die HPV-Impftrate durch diesen zusätzlichen Arztkontakt steigern und dadurch eine verbesserte Krebsprävention erreichen ließe. Einladungssysteme, insbesondere durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst, können alle Familien erreichen, auch die mit eingeschränktem Zugang zum Gesundheitswesen. Auch Einladungen durch die Krankenkassen können unterstützend wirken.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Auf jeden Fall. Bei einer hohen Impftrate wie in Australien kann die Inzidenz des Zervixkarzinoms von 6,2/ 100.000 auf weniger als 1/100.000 fallen. Wir erreichen grade eine Impftrate von 51 % Gynakologe 2021;54/11 Michael Wojcinski

Einschätzende	Antwort
	Bei vollständig geimpften Frauen wurde für anogenitale Warzen ein um 63 % (aHR 0,37 (95% KI 0,34 to 0,40) reduziertes Risiko beobachtet, das Risiko für Gebärmutterhalsläsionen war um 23 % (aHR 0,77, 95%KI 0,71 to 0,84) reduziert. retrospektive Analyse aus Bayern von Osmani et al

F. Wirtschaftlichkeit

19. Wie hoch sind die Kosten für eine neue Früherkennungsuntersuchung?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	?
Institut für Diabetesforschung	Die Früherkennungsuntersuchung für Typ-1-Diabetes im Rahmen der Fr1da-Studie kostete etwa 28 Euro pro Kind [Karl 2022]. Sollte das Screening in die medizinische Regelversorgung aufgenommen werden, wurde prognostiziert, dass sich der Betrag auf etwa 22 Euro pro Kind reduzieren könnte [Karl 2022]. In dieser Analyse wurden die Kosten im Rahmen des Inselautoantikörper-Screenings, für Tests zur Einschätzung der Betazell-Funktion (oraler Glukosetoleranztest) und der Qualität der Stoffwechseleinstellung (HbA1c) bei Kindern mit Typ-1-Diabetes-Frühestadium sowie für eine Schulung zur Prävention und Beratung für betroffene Kinder und deren Familien berücksichtigt. Literatur: Karl FM et al. Diabetes Care 2022; 45: 837-844.
DEGAM	Das Honorar sollte sich an den Vorsorgeuntersuchungen U2-U9 orientieren. Hinzu kommen Kosten für die Administration analog zu anderen Früherkennungsuntersuchungen mit Einladungsverfahren. Außerdem sollten Kosten für eine suffiziente Begleitevaluation einkalkuliert werden.

Einschätzende	Antwort
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Für die Einbindung von Asthma in die Früherkennungsuntersuchung für Kinder zwischen 9 und 10 Jahren (U10) bedarf es eines fragenbogenbasierten Screenings. Mit wenigen, aber fokussierten Fragen, etwa nach der Familienanamnese hinsichtlich Allergien, Husten ohne Infekt, pfeifende Atmung oder nach dem Verlauf von Atemwegsinfekten, besteht die Möglichkeit, Risikokinder rasch und unkompliziert zu erkennen. Sinnvoll ist es, hierbei auch die Eltern miteinzubeziehen. Es ist hervorzuheben, dass diese Fragebögen bereits zur Verfügung stehen und nicht erst entwickelt werden müssen, der Aufwand der Implementierung demnach äußerst gering ist. Finden sich auf dieser Grundlage Anhaltspunkte für ein Asthma, sollte das Screening durch eine Lungenfunktionsprüfung und eine orientierende Allergiediagnostik (Hauttest oder Bluttest inhalative Standard-Allergene) ergänzt werden, da die Allergieneigung die Hauptursache von Asthma im Kindes- und Jugendalter ist. Auf diese Weise lassen sich mit wenig Aufwand, auch für die behandelnden Ärzt:innen, Risiko- und Symptombkinder frühzeitig erkennen, behandeln und langfristige Schädigungen der Lunge verhindern. Idealerweise finden Allergiescreenings zusätzlich bereits im frühen Kindesalter im Rahmen der U-Untersuchungen statt, denn die Symptome beginnen immer früher.
DGKJP, DGPPN	Dies fällt nicht in unsere Expertise.
DGKJ	Die Kosten liegen bei ca. 70 Euro. Bei einer Geburtskohorte von ca. 700.000 Kindern pro Jahr und einer anzustrebenden Inanspruchnahme von 90% ergeben sich jährliche Kosten von ca. 44 Mio. Euro.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Das Honorar sollte sich an den Vorsorgeuntersuchungen U2-U9 orientieren.

G. Daten- und Studienlage

20. Bitte geben Sie die relevanten nationalen/internationalen Leitlinien und Studien an, die Aussagen zu Früherkennungsprogrammen für Kinder machen.

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	<i>keine Angaben</i>
Institut für Diabetesforschung	Früherkennungsprogramme für Typ-1-Diabetes wurden im Rahmen von Studien vielfach durchgeführt [Sims 2022]. In bisherigen Leitlinien und Praxisempfehlungen wurde die Untersuchung von Inselautoantikörpern im Rahmen von Studien und bei Verwandten von Patienten mit Typ-1-Diabetes empfohlen [ADA 2022; Landgraf 2022]. Neue Evidenz aus Früherkennungsprogrammen in der Allgemeinbevölkerung muss in zukünftigen Leitlinien noch stärker berücksichtigt werden. Die International Society of Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) stellt in ihren aktuellen Clinical Practice Consensus Guidelines [Besser 2022] in Aussicht: „Da die DKA-Raten bei Personen mit einem T1D-Verwandten ersten Grades niedriger sind als bei Personen ohne T1D und die überwiegende Mehrheit der Personen (mindestens 85 %), die an T1D erkranken, keine familiäre Vorbelastung haben, erfordert eine sinnvolle DKA-Prävention letztlich ein bevölkerungsweites Screening.“ „Mit der Zeit wird das Screening wahrscheinlich in den lokalen, regionalen und nationalen Gesundheitssystemen als Standard der Versorgung verankert werden.“ Die American Diabetes Association (ADA) hat nun in ihren aktuellen Leitlinien zur "Klassifizierung und Diagnose von Diabetes" [ElSayed 2023a] im Abschnitt "Typ-1-Diabetes" die Empfehlungen 2.5 und 2.6 in einem Addendum überarbeitet, um den aktuellen Vorgaben der US-amerikanischen Food and Drug Administration (FDA) zu den Therapien zur Verzögerung des Auftretens von Typ-1-Diabetes Rechnung zu tragen [ElSayed 2023b]. In der Empfehlung 2.5 zur Untersuchung von Inselautoantikörpern wurde die Einschränkung „im Rahmen von Studien und bei Verwandten von Patienten mit Typ-1-Diabetes“ entfernt. Die Empfehlung lautet nun wie folgt: "2.5 Das Screening auf präsymptomatischen Typ-1-Diabetes kann durch den Nachweis von Autoantikörpern gegen Insulin, Glutaminsäuredecarboxylase (GAD), Inselantigen 2 oder Zink-Transporter 8 erfolgen. B"

Einschätzende	Antwort
	Die Empfehlung 2.6 lautet nun wie folgt: "2.6 Multiple bestätigte Insel-Autoantikörper sind ein Risikofaktor/eine Frühform für klinischen Diabetes. Die Untersuchung auf Dysglykämie kann zur weiteren Vorhersage des Risikos für eine zeitnahe Diabetesentwicklung verwendet werden. Wenn mehrere Inselautoantikörper festgestellt werden, sollte die Überweisung an ein spezialisiertes Zentrum zur weiteren Untersuchung und/oder die Erwägung einer klinischen Studie oder einer zugelassenen Therapie in Betracht gezogen werden, um die Entwicklung eines klinischen Diabetes möglicherweise zu verzögern. B" Weiterhin wurde wie folgt geändert: "In Europa (z.B. Fr1da, gppad.org) und in den USA (z.B. trialnet.org, askhealth.org, cascadekids.org) gibt es mehrere Screening-Programme. Eine familiäre Vorbelastung mit Autoimmundiabetes und eine persönliche oder familiäre Vorbelastung mit allergischen Erkrankungen oder anderen Autoimmunerkrankungen erhöht das Risiko für Autoimmundiabetes im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Personen, die positiv auf Autoantikörper getestet wurden, sollten entweder eine Beratung über das Risiko der Diabetesentwicklung, über Diabetes-Symptome und die Vorbeugung von DKA erhalten oder an eine solche überwiesen werden, um festzustellen, ob sie die Kriterien für eine Intervention zur Verzögerung des Fortschreitens erfüllen." In Italien wurde in diesem Jahr ein Gesetz erlassen, das ein nationales Screening auf Autoantikörper zur Früherkennung von Typ-1-Diabetes sowie Zöliakie für Kinder im Alter von 1-17 Jahren im Rahmen der Regelversorgung ermöglicht. Literatur: Sims EK et al. Diabetes 2022; 71: 610-623. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Diabetes Care 2022; 45: S17-S38. Landgraf R et al. Diabetol Stoffwechs 2022; 17 (S02): S98-S110. Besser REJ et al. Pediatr Diabetes 2022; 23: 1175-1187. ElSayed NA et al. Diabetes Care 2023; 46: S19-S40. ElSayed NA et al. Diabetes Care 2023; 46: 1715.

Einschätzende	Antwort
DEGAM	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern, zuletzt geändert am 12. Mai 2023 veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 12.07.2023 B2 Leitlinien sind uns dazu nicht bekannt
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Finnland hat von 1994 bis 2004 ein nationales Asthma-Programm durchgeführt. Ziel war es, die Versorgung zu verbessern und gleichzeitig einen Kostenanstieg im Gesundheitssystem zu verhindern. Teil dieses breit angelegten Programms war ab 2002 auch ein spezielles Unterprogramm für Asthma im Kindesalter. Das Programm bestand aus praktischen Checklisten, die die Versorgung von Kindern mit Asthma anhand von klaren Richtlinien regelte. Grundsätzlich war das Programm in Finnland ein großer Erfolg¹¹. ¹¹ https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2104683/
DGKJP, DGPPN	Jede der von der DGKJP federführend durchgeführten AWMF-Leitlinien (diese verweisen jeweils auf die internationalen Leitlinien) und auch die von uns kooperativ unterstützten Leitlinien verweisen auf die Diagnostikschritte und Möglichkeiten der Früherkennung psychischer Störungen. Zu pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen fehlt uns die Expertise.
DGKJ	Es gibt keine nationale Leitlinie zur Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen. Krüger et al. haben die Effektivität der zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen U10, U11 und J2 des BVKJ im Alter von 7 bis 8, 9 bis 10 und 16 bis 17 Jahren untersucht (22). Das Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) der WHO wurde in einem systematischen Review evaluiert (23).
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Richtlinie des G-BA über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern zuletzt geändert am 12. Mai 2023 veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 12.07.2023 B2 Leitlinien sind nicht bekannt

21. Gibt es derzeit in Deutschland laufende Studien oder Pilotprojekte zu dieser Untersuchung?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	<i>keine Angaben</i>
Institut für Diabetesforschung	Die Fr1da-Studie wurde als Modellprojekt „Typ-1-Diabetes: Früh erkennen – Früh gut behandeln“ im Jahr 2015 unter der Leitung des Instituts für Diabetesforschung, Helmholtz Zentrum München in Bayern initiiert [Raab 2016; Ziegler 2020; Weiss 2022; Hummel 2023], um ein öffentliches Gesundheitsscreening auf Inselautoantikörper zur Früherkennung des Typ-1-Diabetes bei Kindern zu evaluieren (ClinicalTrials.gov: NCT04039945). In Zusammenarbeit mit >600 Kinderarztpraxen sowie 18 pädiatrischen Diabeteseinrichtungen, und mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. Landesverband Bayern sowie Paednetz® Bayern wird seitdem allen Kindern in Bayern ein kostenloser und freiwilliger Früherkennungstest im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen (U7 bis U9) oder bei jedem anderen Kinderarztbesuch im Alter zwischen 2 und 5 Jahren angeboten. Im Jahr 2019 wurde die Früherkennungsuntersuchung auf Kinder im Alter von 2 bis 10 Jahre (U7 bis U11) ausgeweitet. Insgesamt wurden schon >180.000 Kinder getestet. Im Rahmen der Fr1da^{plex}-Initiative wird seit Anfang 2022 der Früherkennungstest auch für Kinder in Niedersachsen und Hamburg („Fr1da im Norden“, Leitung: Kinderkrankenhaus Auf der Bult, Hannover) sowie in Sachsen („Fr1da in Sachsen“, Leitung: Zentrum für Regenerative Therapien, TU Dresden) kostenlos angeboten (Informationen unter www.fr1da.de). Literatur: Raab J et al. BMJ Open 2016; 6: e011144. Ziegler AG et al. JAMA 2020; 323: 339-351. Weiss A et al. Diabetologia 2022; 65: 2121-2131. Hummel S et al. Diabetologia 2023; 66: 1633-1642.
DEGAM	Vorsorgeforschung im Kindes und Jugendalter der Universität Düsseldorf unter Leitung von Frau Prof. Dr. Freia De Bock zur Entwicklung präventiver Angebote, die Optimierung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in der

Einschätzende	Antwort
	Versorgung von Kindern, sozialmedizinischen Themen (Kinderschutz, Sicherung der Teilhabe, Stärkung der Resilienz, chronische Erkrankungen). Mit der Uheft-eva des IGES Institut GmbH, 10117 Berlin soll die seit 2017 geltende Neufassung der Kinder-Richtlinie hinsichtlich Qualität und Zielerreichung evaluiert werden.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	<i>keine Angabe</i>
DGKJP, DGPPN	Es gibt mannigfache Projekte zu dieser Altersgruppe, eine bundeseinheitliche oder evidenzbasierte Datenlage ist uns nicht bekannt, allerdings ergibt sich mit den bereits erwähnten DZ die Möglichkeit, hier bei entsprechender Förderung entsprechende Studien anzustoßen.
DGKJ	Evaluation Pediatric-Centered Integrated Care AOK Junior (EPIVA), https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/epiva-evaluation-paediatrizentrierte-integrierte-versorgung-aok-junior.121, DRKS-ID: DRKS00015280 Supplementary orthopedic screening for children to prevent permanent skeletal deformities (OrthoKids), http://www.ortho-kids.de, DRKS-ID: DRKS00029057, recruiting ongoing
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Vorsorgeforschung im Kindes- und Jugendalter der Universität Düsseldorf unter Leitung von Frau Prof. Dr. Freia De Bock zur Entwicklung präventiver Angebote, die Optimierung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in der Versorgung von Kindern, sozialmedizinischen Themen (Kinderschutz, Sicherung der Teilhabe, Stärkung der Resilienz, chronische Erkrankungen) Mit der Uheft-eva des IGES Institut GmbH soll die seit 2017 geltende Neufassung der Kinder- Richtlinie hinsichtlich Qualität und Zielerreichung evaluiert werden.

H. Die Befunddokumentation der J1 soll in das Untersuchungsheft für Kinder integriert werden.

22. Welche Vorteile ergeben sich aus Ihrer Sicht, wenn die Befunddokumentation der J1 in das Untersuchungsheft für Kinder integriert wird?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	, dass die Eltern diese Vorsorgemaßnahmen wahrnehmen!
Institut für Diabetesforschung	<i>keine Angaben</i>
DEGAM	Die J1 wird aktuell nicht in einer an Kinder bzw. Eltern auszuhändigenden Form dokumentiert, was von Jugendlichen und Eltern häufig als Mangel empfunden wird. Auch für die weitere gesundheitliche Versorgung, womöglich in anderen Praxen als der, in der die J1 durchgeführt wurde, ist eine Dokumentation hilfreich. Es sollte ein Hinweis angebracht werden, dass diese Untersuchung in allen Praxen der hausärztlichen Versorgungsebene durchgeführt werden kann.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Das Zusammenführung aller Informationen ist zu begrüßen: die frühkindlichen Faktoren sind für die Gesundheit im Erwachsenenalter wichtig und gehen sonst leichter verloren.
DGKJP, DGPPN	Die Verlaufsdokumentation ist aus entwicklungspsychologischer wie entwicklungsmedizinischer Sicht essentiell, da Vordaten zur Validierung sowohl von Risikofaktoren wie Verläufen unabdingbar sind. Bei jeder weiter gehenden, auch jugendpsychiatrischen Behandlung ist die gesamte Historie der erhobenen Befunde bedeutsam.
DGKI	Durch die Aufnahme der Befunddokumentation der J1 in das Untersuchungsheft für Kinder würde die J1 bei Eltern bekannter. Dadurch ist eine Verbesserung der Inanspruchnahme der J1 zu erwarten.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Die J1 wird aktuell in keiner Form dokumentiert, was von Jugendlichen und Eltern häufig als Mangel empfunden wird – sollen sie doch das gelbe Heft und den Impfpass mitbringen. Auch für die weitere gesundheitliche Versorgung, womöglich in anderen Praxen als der, die die J1 durchgeführt wurde, ist eine Dokumentation hilfreich.

23. Sehen Sie Anpassungsbedarf in der Dokumentation der J1 (gegebenenfalls in welcher Form?)?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Tannerstadien, Medienkonsum, Schulform, Familiensituation
Institut für Diabetesforschung	<i>keine Angaben</i>
DEGAM	Die J1 und U 10 sollten in das Gelbe Heft sowie in Form eines Eintrages in die jetzt einzuführende ePA mit übernommen werden, um im weiteren Verlauf relevante Entwicklungsschritte nachvollziehen zu können.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Wenn möglich und entsprechend verfügbar sollte die Integration in die elektronische Gesundheitskarte erfolgen.
DGKJP, DGPPN	<i>keine Angaben</i>
DGKI	Die J1 stammt aus den 1990er Jahren und ist nicht mehr zeitgerecht. Sie bedarf einer grundlegenden Überarbeitung. Zunächst sollte die Dokumentation an die Struktur der U2 bis U9 im Kinderuntersuchungsheft angepasst werden. Bei der Untersuchung des Bewegungsapparats mit dem Vorbeugetest sollte ein Screening auf M. Scheuermann zum Screening auf Skoliose hinzugefügt und durch den Rutsch-Haltest erweitert werden.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Die J1 und eine weitere U 10 sollten in das Gelbe Heft mit übernommen werden, um im Erwachsenenalter alle relevanten Entwicklungsschritte nachvollziehen zu können.

J. Sonstige Aspekte

24. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Leider gibt es derzeit bei vielen Kinderärzten keine Kapazitäten für weitere Vorsorge!!! Zunehmende Patientenzahlen, zunehmende Impfungen plus zunehmende Vorsorgen sprengen die Kapazitäten der Praxen. Ich arbeite auch ohne U10-U11 schon 50 Std./Woche.
Institut für Diabetesforschung	Die Früherkennungsuntersuchung zur Identifizierung von Kindern mit einem symptomlosen Frühstadium des Typ-1-Diabetes ermöglicht den Zugang zu potenziell vorbeugenden Therapien. In den USA ist seit November 2022 der Wirkstoff Teplizumab zur Behandlung von Personen ab 8 Jahren mit fortgeschrittenem Typ-1-Diabetes-Frühstadium (mit Dysglykämie) zugelassen. Teplizumab kann den Ausbruch der klinischen Stoffwechselerkrankung bei Kindern und Jugendlichen um durchschnittlich bis zu 3 Jahre verzögern [Herold 2019; Sims 2021]. Mit einer Teplizumab-Therapie lassen sich herausfordernde Lebensabschnitte für das Diabetesmanagement wie Kindheit, Jugend und frühes Erwachsenenalter überbrücken. Inselautoantikörper-Screening ist die einzige Möglichkeit, um Personen zu identifizieren, die von einer Therapie mit Teplizumab profitieren. Literatur: Herold KC et al. N Engl J Med 2019; 381: 603-613. Sims EK et al. Sci Transl Med 2021; 13: eabc8980. Zusammenfassendes Fazit: Die Typ-1-Diabetes-Früherkennung bei Kindern, gefolgt von Schulung und Nachuntersuchung in spezialisierten Diabeteseinrichtungen: • senkt die Häufigkeit der diabetischen Ketoazidose bei Ausbruch der Stoffwechselerkrankung und führt insgesamt zu einer mildereren klinischen Erscheinungsform

Einschätzende	Antwort
	• reduziert traumatische Situationen für betroffene Familien und bietet Zeit zur Verarbeitung der Diagnose und Vorbereitung • ermöglicht den frühen Beginn einer bedarfsgerechten Insulintherapie bei noch erhaltener eigener Insulinrestproduktion, verbunden mit einer besseren Langzeit-Blutzuckereinstellung • ermöglicht die Behandlung mit neuen Immuntherapien im Frühstadium des Typ-1-Diabetes, um den Ausbruch der Stoffwechselerkrankung zu verzögern. Dadurch können akute Komplikationen und diabetische Folgeerkrankungen reduziert, die Lebensqualität der Patienten verbessert, und Kosten für das Gesundheitssystem eingespart werden. In Abwägung der Vorteile und potenziellen Risiken einer Typ-1-Diabetes-Früherkennung sprechen die Daten aus unserer Sicht eindeutig dafür, die Aufklärung über die Möglichkeit und das konkrete Angebot der Früherkennung des Typ-1-Diabetes in die Regelversorgung von Kindern aufzunehmen.
DEGAM	Der Übergang vom Kind zum Jugendlichen, das Alter von 9-10 Jahren also, für die die U10 gedacht ist, ist eine vulnerable Phase für die Entstehung neuer Morbiditäten. Von Eltern wie von Ärzt*innen, die Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen durchführen, wird seit langem beklagt, dass zwischen der U9 und der J1 ein zu großer Zeitraum liegt. Eine Vorsorgeuntersuchung zu diesem Zeitpunkt stellt eine ideale Gelegenheit zur intensiven und individualisierten präventiven Beratung sowie zur Verbesserung der Anbindung von Familien an ihre Haus- oder Kinderarztpraxis beziehungsweise für Übergänge dar. Die Einführung sollte entweder in einem Cluster -randomisierten Design (z.B. auf der Ebene großer Regionen) mit entsprechender Begleitevaluation oder bei flächendeckender Einführung mit gut geplantem Monitoring erfolgen.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Aufgrund der bereits oben angeführten Punkte über die Bedeutsamkeit der Früherkennung von Asthma im Kindes- und Jugendalter appelliert der Expert:innenkreis des Jahrzehnts der Lunge an den Gemeinsamen Bundesausschuss, Lungengesundheit im Zuge der Früherkennungsuntersuchung für Kinder zwischen 9 und 10 Jahren (U10) zu berücksichtigen. Eine frühe Schädigung der Lunge im Kindesalter begünstigt nicht nur schwerere Verläufe der Erkrankung und chronische Lungenerkrankungen im Erwachsenenalter, sondern führt auch zu einer zusätzlichen

Einschätzende	Antwort
	finanziellen Belastung des ohnehin schon unter Druck stehenden Gesundheitssystems. Hinweise darauf, dass unzureichend behandeltes Asthma bei Kindern mit Fettleibigkeit assoziiert werden kann¹², unterstreichen die Wechselwirkungen zwischen den beiden Krankheiten und machen die Notwendigkeit einer Früherkennung deutlich. Die Inzidenz chronischer Lungenerkrankungen im Erwachsenenalter kann ggf. reduziert werden, wenn Kinder mit Risiko für Asthma und Kinder mit Symptomen frühzeitig identifiziert und behandelt werden. Asthma sollte daher bei der geplanten Früherkennungsuntersuchung für Kinder zwischen 9 und 10 Jahren (U10) dringend schwerpunktmäßig berücksichtigt werden. ¹² https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201608-1691OC
DGKJP, DGPPN	<i>keine Angaben</i>
DGKJ	Bei den Fragen zum Suchtverhalten sind die Bereiche Rauchen und Alkohol nicht adäquat berücksichtigt (s. KiGGS-Studie), sollten aber bearbeitet werden.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Der Übergang vom Kind zum Jugendlichen, das Alter von 9-10 Jahren also, für die die U10 gedacht ist, ist eine vulnerable Phase für die Entstehung neuer Morbiditäten. Von Eltern wie von Ärzt*innen, die Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen durchführen, wird seit langem beklagt, dass zwischen der U9 und der J1 eine zu große Kluft liegt. Eine Vorsorgeuntersuchung zu diesem Zeitpunkt stellt eine ideale Gelegenheit zur intensiven und individualisierten präventiven Beratung sowie zur Verbesserung der Anbindung von Familien an ihre Haus- oder Kinderarztpraxis dar. Wir möchten an dieser Stelle betonen, dass die Rolle der Allgemeinmediziner*innen in der Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen nicht zu unterschätzen ist und diese daher unbedingt an der Durchführung dieser neuen Vorsorgeuntersuchung beteiligt werden sollen -wie sie ja auch bislang alle anderen Kindervorsorgeuntersuchungen durchführen und abrechnen dürfen.

IV. Literaturlisten

a. Institut für Diabetesforschung

- Atkinson MA et al. Lancet 2014; 383: 69-82.
- Patterson CC et al. Diabetes Res Clin Pract 2019; 157: 107842.
- Harjutsalo V et al. Lancet 2008; 371: 1777-1782.
- Norris JM et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2020; 8: 226-238.
- Kamrath C et al. Diabetes Care 2022; 45: 1762-1771.
- Kamrath C et al. JAMA 2020; 324: 801-804.
- Birkebaek NH et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2022; 10: 786-794.
- Alonso GT et al. Diabetes Care 2020; 43: 117-121.
- Lachin JM et al. Diabetes Care 2021; 44: 2225-2230.
- Rawshani A et al. Lancet 2018; 392: 477-486.
- Karges B et al. Diabetes Care 2021; 44: 1116-1124.
- Fredheim S et al. Diabetologia 2013; 56: 995-1003.
- Duca LM et al. Diabetes Care 2017; 40: 1249-1255.
- Duca LM et al. Pediatr Diabetes 2019; 20: 172-179.
- Cameron FJ et al. Diabetes Care 2014; 37: 1554-1562.
- Ghatti S et al. Diabetes Care 2020; 43: 2768-2775.
- Ghatti S et al. Endocrinol Diabetes Metab 2023; 6: e412.
- Ziegler AG et al. JAMA 2013; 309: 2473-2479.
- Insel RA et al. Diabetes Care 2015; 38: 1964-1974.
- Hummel S et al. Diabetologia 2023; 66: 1633-1642.
- Ziegler AG et al. JAMA 2020; 323: 339-351.

- Barker JM et al. Diabetes Care 2004; 27: 1399-1404.
 - Elding Larsson H et al. Diabetes Care 2011; 34: 2347-2352.
 - Winkler C et al. Pediatr Diabetes 2012; 13: 308-313.
 - Hekkala AM et al. Pediatr Diabetes 2018; 19: 314-319.
 - Jacobsen LM et al. Diabetes Care 2022; 45: 624-633.
 - Wentworth JM et al. Pediatr Diabetes 2022; 23: 1594-1601.
 - Hummel S et al. Diabetologia 2023; 66: 1633-1642.
 - Hummel S et al. Diabetologia 2023; 66: 2389-2390.
 - Schneider J et al. Diabetologia 2023; 66: 2387-2388.
 - Herold KC et al. N Engl J Med 2019; 381: 603-613.
 - Sims EK et al. Sci Transl Med 2021; 13: eabc8980.
 - Bonifacio E et al. Diabetes Care 2021; 44: 2260-2268.
 - Ghalwash M et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2022; 10: 589-596.
-
- Müller I et al. Diabetol Stoffwechs 2021; 16 (S01): S59.
 - Karl FM et al. Diabetes Care 2022; 45: 837-844.
 - Sims EK et al. Diabetes 2022; 71: 610-623.
 - American Diabetes Association Professional Practice Committee. Diabetes Care 2022; 45: S17-S38.
 - Landgraf R et al. Diabetol Stoffwechs 2022; 17 (S02): S98-S110.
 - Besser REJ et al. Pediatr Diabetes 2022; 23: 1175-1187.
 - ElSayed NA et al. Diabetes Care 2023; 46: S19-S40.
 - ElSayed NA et al. Diabetes Care 2023; 46: 1715.
 - Raab J et al. BMJ Open 2016; 6: e011144.
 - Weiss A et al. Diabetologia 2022; 65: 2121-2131.

b. DGKI

Nr.	Feldbezeichnung	Text
1	AU:	Schienkiewitz A, Damerow S, Schaffrath Rosario A; RKI
	TI:	Prävalenz von Untergewicht, Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Einordnung der Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 nach internationalen Referenzsystemen
	SO:	Journal of Health Monitoring / 2018 / 3 (60-74) /2018/ DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-080
2	AU:	Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H; RKI
	TI:	Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends
	SO:	Journal of Health Monitoring / 3 (37-45) /2018/ DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-077
3	AU:	Thamm R, Poethko-Müller C, Hüther A, Thamm M; RKI
	TI:	Allergische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends
	SO:	Journal of Health Monitoring / 3 (3-18) /2018/ DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-075
4	AU:	Göbel K, Baumgarten F, Kuntz B, Hölling H, Schlack R; RKI
	TI:	ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends
	SO:	Journal of Health Monitoring / 3 (46-53) /2018/ DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-078
5	AU:	Berrische G, Cassel M, Gaulrapp H, Schmitt H
	TI:	Wirbelkörper-Aufbaustörung und Morbus Scheuermann
	SO:	Sports Orthopaedics and Traumatology / 38/1 (84-88) /2022/ DOI 10.1016/j.orthtr.2022.02.004
6	AU:	Bullmann V, Liljenqvist U
	TI:	Die idiopathische Skoliose

Nr.	Feldbezeichnung	Text
	SO:	Orthopädie und Unfallchirurgie up2date / 14/06 (571-585) /2019/ DOI 10.1055/a-0734-5344
7	AU:	Storm A (Ed)
	TI:	Kinder- und Jugendreport 2021
	SO:	Heidelberg: medhochzwei. 2021
8	AU:	Brämswig J, Dübbers A; Universitätsklinik Münster
	TI:	Störungen der Pubertätsentwicklung
	SO:	Dtsch Arztebl Int / 106/17 (295–304) /2009/ DOI 10.3238/arztebl.2009.0295
9	AU:	Heger S, Hiort O
	TI:	Pubertät und Pubertätsstörungen. In: Hoffmann GF, Lentze MJ, Spranger J, Zepp F, Berner R (Ed). Pädiatrie - Grundlagen und Praxis.
	SO:	Berlin, Heidelberg: Springer. 2020. S. 931-947
10	AU:	Janiak-Baluch B, de Vries U, Petermann F, Lehmkuhl G
	TI:	Psychische Auffälligkeiten in der pädiatrischen Praxis
	SO:	Monatsschr Kinderheilkd / 162 (48–55) /2014/ DOI 10.1007/s00112-013-3035-z
11	AU:	Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, Geller F, Geiß HC, Hesse V, von Hippel A, Jaeger U, Johnsen D, Korte W, Menner K, Müller G, Müller JM, Niemann-Pilatus A, Remer T, Schaefer F, Wittchen HU, Zabransky S, Zellner K, Ziegler A, Hebebrand J
	TI:	Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben
	SO:	Monatsschr Kinderheilkd / 149 (807–818) /2001/
12	AU:	Essau CA, Olaya B, Anastassiou-Hadjicharalambous X, Pauli G, Gilvarry C, Bray D, O'callaghan J, Ollendick TH
	TI:	Psychometric properties of the Strength and Difficulties Questionnaire from five European countries.
	SO:	Int J Methods Psychiatr Res / 21 (232-245) /2012/ DOI 10.1002/mpr.1364
13	AU:	Rütten A, Pfeifer K (Eds)
	TI:	Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung
	SO:	Erlangen, Nürnberg: Friedrich-Alexander-Universität. 2017
14	AU:	Paschke K, Holtmann M, Melchers P, Klein M, Schimansky G, Krömer T, Reis O, Wartberg L, Thomasius R

Nr .	Feldbezeichnung	Text
	TI:	Medienbezogene Störungen im Kindes- und Jugendalter: Evidenzpapier der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Fachgesellschaft und Verbände (DGKJP, BAG, BKJPP)
	SO:	Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie / 48/4 (303-317) /2020/ DOI 10.1024/1422-4917/a000735
15	AU:	Bischof G, Bischof A, Besser B, Rumpf HJ
	TI:	Problematische und pathologische Internetnutzung: Entwicklung eines Kurzscreenings (PIEK). Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit.
	SO:	Lübeck: Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. 2016 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht_PIEK.pdf
16	AU:	Kersting M, Kalhoff H, Lücke T
	TI:	Von Nährstoffen zu Lebensmitteln und Mahlzeiten: das Konzept der Optimalen Mischkost für Kinder und Jugendliche in Deutschland
	SO:	Aktuelle Ernährungsmedizin / 42/04 (304-315) /2017/ DOI: 10.1055/s-0043-116499
17		Böhler T, Wabitsch M, Winkler U (2004) Konsensuspapier. Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas. Vorgelegt von der Arbeitsgruppe „Präventive und therapeutische Maßnahmen für übergewichtige Kinder und Jugendliche – eine Konsensfindung“ unter Moderation des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin
18	AU:	Reinehr T, Dobe M, Kersting M
	TI:	Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter: Das Adipositas-Schulungsprogramm OBELDICKS
	SO:	Hogrefe: Göttingen. 2003
19	AU:	Verwied-Jorky S, Grote V, Ommer-Hohl J, Ellrott T, Koletzko B
	TI:	Evaluation des PowerKids-Trainingsprogramms für übergewichtige Kinder mit ergänzenden Begleitkursen
	SO:	Aktuelle Ernährungsmedizin / 36/3 (161-166) /2001/ DOI: 10.1055/s-0030-1266122
20	AU:	Wolfenstetter SB
	TI:	Adipositas und die Komorbidität Diabetes mellitus Typ 2 bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Entwicklung und Krankheitskostenanalyse

Nr .	Feldbezeichnung	Text
	SO:	Gesundheitswesen / 68/10 (600-612) /2006/ DOI: 10.1055/s-2006-927181
21	AU:	Menrath I, Graf C, Granacher U, Kriemler S (Eds)
	TI:	Pädiatrische Sportmedizin
	SO:	Berlin, Heidelberg: Springer: 2021
22	AU:	Krüger K, Lapstich AM, Reber KC, Sehlen S, Liersch S, Krauth C
	TI:	The effectiveness of additional screening examinations for children and adolescents in Germany: a longitudinal retrospective cohort study
	SO:	BMC Pediatrics / 23 (164-179) /2023/ DOI 10.1186/212887-0223-03988-1
23	AU:	Keynejad R, Spagnolo J, Thornicroft G
	TI:	WHO mental health gap action programme (mhGAP) intervention guide: updated systematic review on evidence and impact
	SO:	Evid Based Ment Health / 24 (124-130) /2021/ DOI: 10.1136/ebmental-2021-300254
24	AU:	Fegeler U, Jäger-Roman E, Martin R, Nentwich H-J (2014)
	TI:	Ambulante allgemeinpädiatrische Grundversorgung – Versorgungsstudie der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin
	SO:	Monatsschrift Kinderheilkunde 12: 1117-1130 (2014)

Abteilung Fachberatung Medizin
Team Informationsmanagement

**Literatur aus Einschätzungen:
Bewertung der Einführung einer neuen
Früherkennungsuntersuchung für Kinder und
Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach
§ 26 SGB V**

AG Kinder U10

bearbeitet von: Franziska Hauser; Jacqueline Schirm
Datum: 20.11.2023

Die Literaturliste beinhaltet 100 Referenzen:

Einschätzende:

- Institut für Diabetesforschung
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
- Hausärztinnen- und Hausärzteverband
- Prof. Dr. Gappa & Prof. Dr. Vogelberg
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)

Achenbach P, Berner R, Bonifacio E, Brämwig S, Braig S, Dunstheimer D, et al. Früherkennung von Typ-1-Diabetes durch Inselautoantikörper-Screening – ein Positionspapier der Fr1daPlex-Projektleiter und -Schulungszentren, des BVKJ Bayern und PaedNetz Bayern e.V. [unveröffentlicht]. 2023.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Alonso GT, Coakley A, Pyle L, Manseau K, Thomas S, Rewers A. Diabetic ketoacidosis at diagnosis of type 1 diabetes in colorado children, 2010-2017. Diabetes Care 2020;43(1):117-121.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes-2022. Diabetes Care 2022;45(Suppl 1):S17-S38.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Atkinson MA, Eisenbarth GS, Michels AW. Type 1 diabetes. Lancet 2014;383(9911):69-82.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Barker JM, Goehrig SH, Barriga K, Hoffman M, Slover R, Eisenbarth GS, et al. Clinical characteristics of children diagnosed with type 1 diabetes through intensive screening and follow-up. Diabetes Care 2004;27(6):1399-1404.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Becker M, Correll CU. Suicidality in Childhood and Adolescence. Dtsch Arztebl Int 2020;117(15):261-267.

Einschätzer:

Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Bergstrom M, Baviskar S. A systematic review of some reliability and validity issues regarding the Strengths and Difficulties Questionnaire focusing on its use in out-of-home care. J Evid Based Soc Work (2019) 2021;18(1):1-31.

Einschätzer:

DEGAM

Berrische G, Cassel M, Gaulrapp H, Schmitt H. Wirbelkörper-Aufbaustörung und Morbus Scheuermann. Sports Orthopaedics and Traumatology 2022;38(1):84-88.

Einschätzer:

DGKJ

Besser REJ, Bell KJ, Couper JJ, Ziegler AG, Wherrett DK, Knip M, et al. ISPAD clinical practice consensus guidelines 2022: stages of type 1 diabetes in children and adolescents. *Pediatric Diabetes* 2022;23(8):1175-1187.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Birkebaek NH, Kamrath C, Grimsmann JM, Aakesson K, Cherubini V, Dovc K, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on long-term trends in the prevalence of diabetic ketoacidosis at diagnosis of paediatric type 1 diabetes: an international multicentre study based on data from 13 national diabetes registries. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2022;10(11):786-794.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Bischof G, Bischof A, Besser B, Rumpf H, Universität zu Lübeck Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Problematische und pathologische Internetnutzung: Entwicklung eines Kurzscreenings (PIEK); Abschlussbericht [online]. Berlin (GER): Bundesministerium für Gesundheit; 2016. [Zugriff: 16.11.2023]. URL:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht_PIEK.pdf.

Einschätzer:

DGKJ

Böhler T, Wabitsch M, Winkler U. Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas [Konsensuspapier]: vorgelegt von der Arbeitsgruppe „Präventive und therapeutische Maßnahmen für übergewichtige Kinder und Jugendliche - eine Konsensfindung“ unter der Moderation des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung [online]. Martinsried (GER): Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG); 2004. [Zugriff: 16.11.2023]. URL: https://adipositas-gesellschaft.de/wp-content/uploads/2020/04/Konsensuspapier_Patientenschulung.pdf.

Einschätzer:

DGKJ

Bonifacio E, Weiss A, Winkler C, Hippich M, Rewers MJ, Toppari J, et al. An age-related exponential decline in the risk of multiple islet autoantibody seroconversion during childhood. *Diabetes Care* 2021;44(10):2260-2268.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Bramswig J, Dubbers A. Disorders of pubertal development. *Dtsch Arztebl Int* 2009;106(17):295-304.

Einschätzer:

DGKJ

Bullmann V, Liljenqvist U. Die idiopathische Skoliose. *Orthopädie und Unfallchirurgie up2date* 2019;14(06):571-585.

Einschätzer:

DGKJ

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Asthma bronchiale – können Betroffene bald aufatmen? Forscher und Forscherinnen des Deutschen Zentrums für Lungenforschung finden möglichen Angriffspunkt für wirksamere Medikamente [online]. Berlin (GER): BMBF; 2013. [Zugriff: 15.11.2023]. URL: <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/asthma-bronchiale-können-betroffene-bald-aufatmen-forscher-und-forscherinnen-des-deutschen-3088.php>.

Einschätzer:

Prof. Dr. Gappa & Prof. Dr. Vogelberg

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Webauftritt [online]. Köln (GER). [Zugriff: 15.11.2023]. URL: <https://www.bzga.de/>.

Einschätzer:

DEGAM

Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Cameron FJ, Scratch SE, Nadebaum C, Northam EA, Koves I, Jennings J, et al. Neurological consequences of diabetic ketoacidosis at initial presentation of type 1 diabetes in a prospective cohort study of children. Diabetes Care 2014;37(6):1554-1562.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Chen Z, Salam MT, Alderete TL, Habre R, Bastain TM, Berhane K, et al. Effects of Childhood Asthma on the Development of Obesity among School-aged Children. Am J Respir Crit Care Med 2017;195(9):1181-1188.

Einschätzer:

Prof. Dr. Gappa & Prof. Dr. Vogelberg

Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG). BMI4KIDS Rechner [online]. Martinsried (GER): DAG; 2023. [Zugriff: 15.11.2023]. URL: <https://adipositas-gesellschaft.de/aga/bmi4kids>.

Einschätzer:

DEGAM

Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ). Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter; S3-Leitlinie [online]. AWMF-Registernummer 050-002. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2019. [Zugriff: 15.11.2023]. URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/050-002.html>.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), Deutsche Lungenstiftung.

Weißbuch Lunge 2023: Pneumologische Erkrankungen in Deutschland; Zahlen und Fakten [online].

Berlin (GER): DGP; 2023. [Zugriff: 15.11.2023]. URL:

https://pneumologie.de/storage/app/media/uploaded-files/20230320_Wei%C3%9Fbuch_Lunge_2023.pdf.

Einschätzer:

Prof. Dr. Gappa & Prof. Dr. Vogelberg

Duca LM, Reboussin BA, Pihoker C, Imperatore G, Saydah S, Mayer-Davis E, et al. Diabetic ketoacidosis at diagnosis of type 1 diabetes and glycemic control over time: the SEARCH for diabetes in youth study. *Pediatr Diabetes* 2019;20(2):172-179.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Duca LM, Wang B, Rewers M, Rewers A. Diabetic ketoacidosis at diagnosis of type 1 diabetes predicts poor long-term glycemic control. *Diabetes Care* 2017;40(9):1249-1255.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Elding Larsson H, Vehik K, Bell R, Dabelea D, Dolan L, Pihoker C, et al. Reduced prevalence of diabetic ketoacidosis at diagnosis of type 1 diabetes in young children participating in longitudinal follow-up. *Diabetes Care* 2011;34(11):2347-2352.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et al. 2. classification and diagnosis of diabetes; standards of care in diabetes-2023. *Diabetes Care* 2023;46(Suppl. 1):S19-S40.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et al. Addendum: 2. classification and diagnosis of diabetes; standards of care in diabetes-2023. *Diabetes Care* 2023;46(Suppl. 1):S19-S40. *Diabetes Care* 2023;46(9):1715.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Essau CA, Olaya B, Anastassiou-Hadjicharalambous X, Pauli G, Gilvarry C, Bray D, et al. Psychometric properties of the Strength and Difficulties Questionnaire from five European countries. *Int J Methods Psychiatr Res* 2012;21(3):232-245.

Einschätzer:

DGKJ

Fegeler U, Jäger-Roman E, Martin R, Nentwich HJ. Ambulante allgemeinpädiatrische Grundversorgung. Monatsschrift Kinderheilkunde 2014;162(12):1117-1130.

Einschätzer:

DGKJ

Fr1da Study Group. Webauftritt [online]. Hannover (GER): Hannoversche Kinderheilstalt. [Zugriff: 17.11.2023]. URL: www.fr1da.de.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Fredheim S, Johannesen J, Johansen A, Lyngsoe L, Rida H, Andersen ML, et al. Diabetic ketoacidosis at the onset of type 1 diabetes is associated with future HbA1c levels. Diabetologia 2013;56(5):995-1003.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Geisel O, Lipinski A, Kaess M. Non-substance addiction in childhood and adolescence: the internet, computer games and social media. Dtsch Arztebl Int 2021;118(1-2):14-22.

Einschätzer:

DEGAM

Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). EPIVA – Evaluation Pädiatriezentrierte Integrierte Versorgung AOK-Junior [online]. Berlin (GER): G-BA. [Zugriff: 17.11.2023]. URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/epiva-evaluation-paediatrizentrierte-integrierte-versorgung-aok-junior.121>.

Einschätzer:

DGKJ

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie), zuletzt geändert am 12. Mai 2023 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2023. [Zugriff: 15.11.2023]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3190/Kinder-RL_2023-05-12_iK-2023-07-13.pdf.

Einschätzer:

DEGAM

Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Ghalwash M, Dunne JL, Lundgren M, Rewers M, Ziegler AG, Anand V, et al. Two-age islet-autoantibody screening for childhood type 1 diabetes: a prospective cohort study. Lancet Diabetes Endocrinol 2022;10(8):589-596.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Ghetti S, Kuppermann N, Rewers A, Myers SR, Schunk JE, Stoner MJ, et al. Cognitive function following diabetic ketoacidosis in young children with type 1 diabetes. *Endocrinol Diabetes Metab* 2023;6(3):e412.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Ghetti S, Kuppermann N, Rewers A, Myers SR, Schunk JE, Stoner MJ, et al. Cognitive function following diabetic ketoacidosis in children with new-onset or previously diagnosed type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2020;43(11):2768-2775.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Göbel K, Baumgarten F, Kuntz B, Hölling H, Schlack R, Robert Koch-Institut (RKI). ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(3):46-53.

Einschätzer:

DGKJ

Gräfe D. Ped(z) Kinderarzt Rechner [online]. Leipzig (GER): 2023. [Zugriff: 15.11.2023]. URL: <https://pedz.de/de/bmi.html>.

Einschätzer:

DEGAM

Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Haahetela T, Tuomisto LE, Pietinalho A, Klaukka T, Erhola M, Kaila M, et al. A 10 year asthma programme in Finland: major change for the better. *Thorax* 2006;61(8):663-670.

Einschätzer:

Prof. Dr. Gappa & Prof. Dr. Vogelberg

Harjutsalo V, Sjoberg L, Tuomilehto J. Time trends in the incidence of type 1 diabetes in Finnish children: a cohort study. *Lancet* 2008;371(9626):1777-1782.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Heger S, Hiort O. Pubertät und Pubertätsstörungen. In: Hoffmann G, Lentze M, Spranger J, Zepp F, Berner R (Eds). *Pädiatrie: Grundlagen und Praxis*; 5. Aufl. Berlin: Springer; 2020. S. 931-947.

Einschätzer:

DGKJ

Hekkala AM, Ilonen J, Toppari J, Knip M, Veijola R. Ketoacidosis at diagnosis of type 1 diabetes: effect of prospective studies with newborn genetic screening and follow up of risk children. *Pediatr Diabetes* 2018;19(2):314-319.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Herold KC, Bundy BN, Long SA, Bluestone JA, DiMeglio LA, Dufort MJ, et al. An anti-CD3 antibody, Teplizumab, in relatives at risk for type 1 diabetes. N Engl J Med 2019;381(7):603-613.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Hummel S, Carl J, Friedl N, Winkler C, Kick K, Stock J, et al. Children diagnosed with presymptomatic type 1 diabetes through public health screening have milder diabetes at clinical manifestation. Diabetologia 2023;66(9):1633-1642.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Hummel S, Friedl N, Winkler C, Ziegler AG, Achenbach P, Fr1da Study Group. Presymptomatic type 1 diabetes and disease severity at onset. reply to Schneider J, Gemulla G, Kiess W et al [letter]. Diabetologia 2023;66(12):2389-2390.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Initiative SCHAU HIN! Alles zum Thema: Studien [online]. Berlin (GER). [Zugriff: 15.11.2023]. URL: <https://www.schau-hin.info/thema/studien?referrer=overlayMenu>.

Einschätzer:

DEGAM

Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Initiative SCHAU HIN! Webauftritt [online]. Berlin (GER). [Zugriff: 15.11.2023]. URL: <https://www.schau-hin.info>.

Einschätzer:

DEGAM

DGKJ

Insel RA, Dunne JL, Atkinson MA, Chiang JL, Dabelea D, Gottlieb PA, et al. Staging presymptomatic type 1 diabetes: a scientific statement of JDRF, the Endocrine Society, and the American Diabetes Association. Diabetes Care 2015;38(10):1964-1974.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

International Association for the Study of Obesity (IASO). Annual Report 2009.

Einschätzer:

DEGAM

Hausärztinnen- und Hausärzteverband

International Society of Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD). Clinical Practice Consensus Guidelines 2022 [online]. Berlin (GER): ISPAD; 2023. [Zugriff: 17.11.2023]. URL: <https://www.ispad.org/page/ISPADGuidelines2022>.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Jacobsen LM, Vehik K, Veijola R, Warncke K, Toppari J, Steck AK, et al. Heterogeneity of DKA incidence and age-specific clinical characteristics in children diagnosed with type 1 diabetes in the TEDDY study. *Diabetes Care* 2022;45(3):624-633.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Janiak-Baluch B, de Vries U, Petermann F, Lehmkuhl G. Psychische Auffälligkeiten in der pädiatrischen Praxis. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2013;162(1):48-55.

Einschätzer:

DGKJ

Kamrath C, Monkemoller K, Biester T, Rohrer TR, Warncke K, Hammersen J, et al. Ketoacidosis in children and adolescents with newly diagnosed type 1 diabetes during the COVID-19 pandemic in Germany. *JAMA* 2020;324(8):801-804.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Kamrath C, Rosenbauer J, Eckert AJ, Siedler K, Bartelt H, Klose D, et al. Incidence of Type 1 diabetes in children and adolescents during the COVID-19 pandemic in Germany: results from the DPV Registry. *Diabetes Care* 2022;45(8):1762-1771.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Karges B, Prinz N, Placzek K, Datz N, Papsch M, Strier U, et al. A comparison of familial and sporadic type 1 diabetes among young patients. *Diabetes Care* 2021;44(5):1116-1124.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Karl FM, Winkler C, Ziegler A-G, Laxy M, Achenbach P. Costs of public health screening of children for presymptomatic type 1 diabetes in Bavaria, Germany. *Diabetes Care* 2022;45(4):837-844.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Kersting M, Kalhoff H, Lücke T. Von Nährstoffen zu Lebensmitteln und Mahlzeiten: das Konzept der Optimierten Mischkost für Kinder und Jugendliche in Deutschland. *Aktuelle Ernährungsmedizin* 2017;42(04):304-315.

Einschätzer:

DGKJ

Keynejad R, Spagnolo J, Thornicroft G. WHO mental health gap action programme (mhGAP) intervention guide: updated systematic review on evidence and impact. *Evid Based Ment Health* 2021;24(3):124-130.

Einschätzer:

DGKJ

Kinder- und Jugendärzte im Netz. Empfehlungen zum Bildschirmmediengebrauch: pädiatrische Empfehlungen für Eltern zum achtsamen Bildschirmmediengebrauch [online]. Köln (GER): Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ). [Zugriff: 15.11.2023]. URL: <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/mediathek/empfehlungen-zum-bildschirmmediengebrauch/>.

Einschätzer:

DEGAM

Klasen H, Woerner W, Rothenberger A, Goodman R. Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) - Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 2003;52(7):491-502.

Einschätzer:

DEGAM

Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H, Robert Koch-Institut (RKI). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 2018;3(3):37-45.

Einschätzer:

DGKJ

Korsten-Reck U. Adipositas im Kindesalter: Therapeutische Optionen. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 2008;59(10):223-227.

Einschätzer:

DEGAM

Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Krause L, Vogelgesang F, Thamm R, Schienkiewitz A, Damerow S, Scklack R, et al. Individuelle Verläufe von Asthma, Adipositas und ADHS beim Übergang von Kindheit und Jugend ins junge Erwachsenenalter. Journal of Health Monitoring 2021;6(S5).

Einschätzer:

DEGAM

Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Kromeyer-Hauschild K, Moss A, Wabitsch M. Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland. Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie 2015;9(3):123-127.

Einschätzer:

DEGAM

Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, Geller F, Geiß HC, Hesse V, et al. Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 2001;149(8):807-818.

Einschätzer:

DGKJ

Krug S, Worth A, Finger JD, Damerow S, Manz K. Motorische Leistungsfähigkeit 4- bis 10-jähriger Kinder in Deutschland: Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2019;62(10):1242-1252.

Einschätzer:

DEGAM

Kruger K, Lapstich AM, Reber KC, Sehlen S, Liersch S, Krauth C. The effectiveness of additional screening examinations for children and adolescents in Germany: a longitudinal retrospective cohort study. BMC Pediatr 2023;23(1):164.

Einschätzer:

DGKJ

Lachin JM, Bebu I, Nathan DM, Dcct Edic Research Group. The beneficial effects of earlier versus later implementation of intensive therapy in type 1 diabetes. Diabetes Care 2021;44(10):2225-2230.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Landgraf R, Heinemann L, Schleicher E, Gerdes C, Petersmann A, Müller-Wieland D, et al. Definition, Klassifikation, Diagnostik und Differenzialdiagnostik des Diabetes mellitus: update 2022. Diabetologie und Stoffwechsel 2022;17(S 02):S98-S110.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Menrath I, Graf C, Granacher U, Kriemler S (Eds.) Pädiatrische Sportmedizin: Kompendium für Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte und Sportärzte. Berlin: Springer; 2021.

Einschätzer:

DGKJ

Müller I, Galuschka L, Marquardt E, Bassy M, Rodrigues R, von dem Berge T, et al. Wohlbefinden von Eltern der Kinder aus der Fr1dolin-Früherkennungsstudie in Niedersachsen/Hamburg. Diabetologie und Stoffwechsel 2021;16(S 01):S59.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Norris JM, Johnson RK, Stene LC. Type 1 diabetes-early life origins and changing epidemiology. Lancet Diabetes Endocrinol 2020;8(3):226-238.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). The heavy burden of obesity: the economics of prevention. Paris: OECD Publishing; 2019.

Einschätzer:

DEGAM

Osmani V, Klug SJ. HPV-Impfung zur Prävention von Genitalwarzen und Krebsvorstufen - Evidenzlage und Bewertung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2021;64(5):590-599.

Einschätzer:

DEGAM

Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Paschke K, Holtmann M, Melchers P, Klein M, Schimansky G, Kromer T, et al. Medienbezogene Störungen im Kindes- und Jugendalter: Evidenzpapier der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Fachgesellschaft und Verbände (DGKJP, BAG, BKJPP). Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2020;48(4):303-317.

Einschätzer:

DGKJ

Patterson CC, Karuranga S, Salpea P, Saeedi P, Dahlquist G, Soltesz G, et al. Worldwide estimates of incidence, prevalence and mortality of type 1 diabetes in children and adolescents: results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. Diabetes Res Clin Pract 2019;157:107842.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Präventionsprojekt OrthoKids. Webauftritt [online]. Stuttgart (GER): Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. [Zugriff: 17.11.2023]. URL: <https://www.ortho-kids.de/>.

Einschätzer:

DGKJ

Raab J, Haupt F, Scholz M, Matzke C, Warncke K, Lange K, et al. Capillary blood islet autoantibody screening for identifying pre-type 1 diabetes in the general population: design and initial results of the Fr1da study. BMJ Open 2016;6(5):e011144.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Rawshani A, Sattar N, Franzen S, Rawshani A, Hattersley AT, Svensson AM, et al. Excess mortality and cardiovascular disease in young adults with type 1 diabetes in relation to age at onset: a nationwide, register-based cohort study. Lancet 2018;392(10146):477-486.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Reinehr T, Dobe M, Kersting M. Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter: das Adipositas-Schulungsprogramm OBELDICKS. Göttingen: Hogrefe; 2003.

Einschätzer:

DGKJ

Rütten A, Pfeifer K. Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung [online]. Berlin (GER): Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); 2017. [Zugriff: 16.11.2023]. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung: Sonderheft 03). URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Bewegungsempfehlungen_BZgA-Fachheft_3.pdf.

Einschätzer:

DGKJ

Scheckel B, Naumann M, Simic D, Stock S, Loose O, Breig M, et al. Supplementary orthopaedic screening for children and adolescents to prevent permanent skeletal deformities – protocol for the “OrthoKids” study. BMC Musculoskeletal Disorders 2023;24(1):887.

Einschätzer:

DGKJ

Schienkiewitz A, Damerow S, Rosario Schaffrath A, Robert Koch-Institut (RKI). Prävalenz von Untergewicht, Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Einordnung der Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 nach internationalen Referenzsystemen. Journal of Health Monitoring 2018;3(3):60-74.

Einschätzer:

DGKJ

Schneider J, Gemulla G, Kiess W, Berner R, Hommel A. Presymptomatic type 1 diabetes and disease severity at onset. Diabetologia 2023;66(12):2387-2388.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Sims EK, Besser REJ, Dayan C, Geno Rasmussen C, Greenbaum C, Griffin KJ, et al. Screening for type 1 diabetes in the general population: a status report and perspective. Diabetes 2022;71(4):610-623.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Sims EK, Bundy BN, Stier K, Serti E, Lim N, Long SA, et al. Teplizumab improves and stabilizes beta cell function in antibody-positive high-risk individuals. Sci Transl Med 2021;13(583):eabc8980.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Stefani C, Pecoraro L, Flodmark CE, Zaffanello M, Piacentini G, Pietrobelli A. Allergic Diseases and Childhood Obesity: A Detrimental Link? Biomedicines 2023;11(7):2061.

Einschätzer:

Prof. Dr. Gappa & Prof. Dr. Vogelberg

Storm A (Ed.). DAK Kinder- und Jugendreport 2021: Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland; Schwerpunkt: Suchterkrankungen. Heidelberg: medhochzwei; 2021. (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung Band 36).

Einschätzer:

DGKJ

Thamm R, Poethko-Müller C, Hüther A, Thamm M, Robert Koch-Institut (RKI). Allergische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 2018;3(3):3-18.

Einschätzer:

DGKJ

Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum (UK RUB). Kinder- und Jugendmedizin [online]. Bochum (GER): Katholisches Klinikum Bochum; 2023. [Zugriff: 15.11.2023]. URL: <https://www.klinikum-bochum.de/fachbereiche/kinder-und-jugendmedizin/forschungsdepartment-kinderernaehrung.html>.

Einschätzer:

DEGAM

Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Van Egmond-Fröhlich A, Mößle T, Ahrens-Eipper S, Schmid-Ott G, Hüllinghorst R, Warschburger P. Übermäßiger Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen: Risiken für Psyche und Körper. Deutsches Ärzteblatt 2007;104(38):A 2560-2564.

Einschätzer:

DEGAM

Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Verwied-Jorky S, Grote V, Ommer-Hohl J, Ellrott T, Koletzko B. Evaluation des PowerKids-Trainingsprogramms für übergewichtige Kinder mit ergänzenden Begleitkursen. Aktuelle Ernährungsmedizin 2011;36(03):161-166.

Einschätzer:

DGKJ

Weiss A, Zapardiel-Gonzalo J, Voss F, Jolink M, Stock J, Haupt F, et al. Progression likelihood score identifies substages of presymptomatic type 1 diabetes in childhood public health screening. Diabetologia 2022;65(12):2121-2131.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Wentworth JM, Oakey H, Craig ME, Couper JJ, Cameron FJ, Davis EA, et al. Decreased occurrence of ketoacidosis and preservation of beta cell function in relatives screened and monitored for type 1 diabetes in Australia and New Zealand. Pediatr Diabetes 2022;23(8):1594-1601.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Winkler C, Schober E, Ziegler AG, Holl RW. Markedly reduced rate of diabetic ketoacidosis at onset of type 1 diabetes in relatives screened for islet autoantibodies. *Pediatr Diabetes* 2012;13(4):308-313.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Wojcinski M. 14 Jahre HPV-Impfung: was haben wir erreicht? *Gynäkologe* 2021;54(11):801-809.

Einschätzer:

DEGAM

Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Wolfenstetter SB. Adipositas und die Komorbidität Diabetes mellitus Typ 2 bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Entwicklung und Krankheitskostenanalyse. *Gesundheitswesen* 2006;68(10):600-612.

Einschätzer:

DGKJ

Ziegler AG, Kick K, Bonifacio E, Haupt F, Hippich M, Dunstheimer D, et al. Yield of a public health screening of children for islet autoantibodies in Bavaria, Germany. *JAMA* 2020;323(4):339-351.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Ziegler AG, Rewers M, Simell O, Simell T, Lempainen J, Steck A, et al. Seroconversion to multiple islet autoantibodies and risk of progression to diabetes in children. *JAMA* 2013;309(23):2473-2479.

Einschätzer:

Institut für Diabetesforschung

Wortprotokoll



einer Anhörung zum Einschätzungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Kinder-RL:

Bewertung der Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V

Vom 23. November 2023

Vorsitzende:	Frau Dr. Lelgemann
Beginn:	11:00 Uhr
Ende:	11:38 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Institut für Diabetesforschung Helmholtz, Zentrum München – Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt:

Frau Prof. Dr. med. Anette-Gabriele Ziegler, Direktorin

Herr Prof. Dr. med. Peter Achenbach, Stellv. Direktor

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM):

Frau Prof. Dr. med. Erika Baum, Past-Präsidentin der DEGAM

Frau Dr. Lisa Degener, Sprecherin AG Pädiatrie

Jahrzehnt der Lunge:

Herr Prof. Dr. Christian Vogelberg, Vertreter Jahrzehnt der Lunge, Kinderpneumologie

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Frau Prof. Dr. Tanja Legenbauer

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ):

Herr Dr. Klaus Rodens, Vertreter der DGKJ

Hausärztinnen- und Hausärzteverband:

Herr Dr. Carsten Giesecking, HÄV Arbeitsgemeinschaft Pädiatrie

Beginn der Anhörung: 11:00 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich begrüße Sie alle – die Mitglieder des Unterausschusses Methodenbewertung sowie die Vertreter der Institutionen und Organisationen, die Stellungnahmen abgegeben haben – zur Anhörung zum Thema „Kinder-RL: Bewertung der Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V“ im Unterausschuss Methodenbewertung.

Zunächst überprüfe ich die Anwesenheit: Angemeldet sind für die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin Frau Professor Baum und Frau Dr. Degener. Beide sind anwesend. Für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ist Frau Professor Legenbauer anwesend. Für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin ist Herr Dr. Rodens angemeldet und anwesend. Weiter ist für den Hausärztinnen- und Hausärzterverband Herr Dr. Giesecking ebenfalls mit Bild und Ton anwesend. Für das Institut für Diabetesforschung, das Helmholtz Zentrum München, sind Frau Professor Ziegler und Herr Professor Achenbach angemeldet und auch anwesend. Schließlich ist für „Jahrzehnt der Lunge“ Herr Professor Vogelberg anwesend.

Ich wünsche Ihnen allen einen schönen guten Morgen und begrüße Sie alle ganz herzlich zu dieser Anhörung.

Nur noch einmal für alle Beteiligten, weil es ja nicht so ganz einfach nachzuvollziehen ist: Es handelt sich nicht etwa um eine Anhörung zu einem Beschlussentwurf im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens – so weit sind wir noch nicht –, sondern wir haben auch dann, wenn wir ein Beratungsverfahren neu beginnen, die gesetzliche Verpflichtung, ein Einschätzungsverfahren durchzuführen, wie das so schön heißt. Im Rahmen dessen haben Sie Fragen von uns bekommen; wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre schriftlichen Einschätzungen.

Hiermit möchte der Gesetzgeber sicherstellen, dass wir nicht ohne Einbezug der Fachwelt ins Off laufen – das ist, glaube ich, der Hintergrund –, und wir nutzen das oft, um noch ein paar Informationen einzuholen, damit wir ein gutes Beratungsverfahren anstoßen können und wir, falls wir IQWiG-Beauftragungen vornehmen, auch eine gute Beauftragung einer Nutzenbewertung an das IQWiG geben können. Das ist der Sinn dieses Einschätzungsverfahrens in aller Kürze; ich sage das jetzt nur, um es einzuordnen. Wenn wir dann einen Beschlussentwurf zur wirklichen Änderung der Richtlinie haben, dann führen wir auf jeden Fall noch einmal ein Stellungnahmeverfahren durch.

Ansonsten noch folgende kleine Vorbemerkung: Wir haben Ihre Einschätzungen gelesen. Ich würde Sie daher bitten, jetzt in dieser mündlichen Anhörung nur auf die ganz wesentlichen Punkte einzugehen. Darüber hinaus informiere ich Sie, dass wir auch von diesen Einschätzungsverfahren, also von den Anhörungen, ein Wortprotokoll erzeugen. Ich gehe davon aus, dass Sie damit einverstanden sind.

Ich werde Ihnen jetzt allen der Reihe nach die Gelegenheit für ein kurzes Eingangsstatement geben. Anschließend öffne ich die Runde für mögliche Fragen aus dem Unterausschuss. Wenn Sie sich zu Wort melden wollen, ist es für uns immer am einfachsten – ich glaube, dieses Tool funktioniert auch wieder –, wenn Sie die entsprechende Funktion benutzen. Sie können auch das Handsymbol benutzen oder sich im Chat melden. Wir kriegen das dann irgendwie mit.

Okay, los geht's; fangen wir an. Es geht um die Einführung einer zusätzlichen U-Untersuchung. Das geht auf einen Antrag der Patientenvertretung zurück, und jetzt geht es darum, wie wir das sinnvollerweise ausgestalten. Das soll eine weitere U-Untersuchung sein, die die Lücke zwischen den bisherigen U-Untersuchungen und der J1 füllt. Es geht um die Kinder oder Jugendlichen im Alter von neun bis zehn Jahren. – Frau Professor Baum, Sie haben das Wort.

Frau Prof. Dr. Baum (DEGAM): Seitens der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin begrüßen wir es, dass eine weitere U-Untersuchung eingeführt oder mindestens erprobt werden soll. Da der Schwerpunkt auf psychosozialen und Verhaltensaspekten liegt, sind die Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen ebenfalls gut qualifiziert, diese Präventionsmaßnahme durchzuführen, und müssen daher gleichermaßen berechtigt und auch qualifiziert werden wie die Kinder- und die Jugendmedizin. In unserer Weiterbildungsordnung ist eine entsprechende Handlungskompetenz auch mit Mindestzahlen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen hinterlegt. Die Einführung einer solchen Untersuchung sollte allerdings pilotiert und dann auch fortlaufend evaluiert werden, damit die vorhandenen Ressourcen optimal eingesetzt werden.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Ganz herzlichen Dank, Frau Professor Baum. – Haben Sie Ergänzungen, Frau Dr. Degener?

Frau Dr. Degener (DEGAM): Ja, ganz kurz: Uns fällt in unserer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen auf – dies ist inzwischen auch erforscht und durch Studien belegt –, dass diese Altersgruppe der Sieben- bis Zehnjährigen eine ganz vulnerable Phase für die Entwicklung von Morbiditäten wie Übergewicht sowie für Bewegungsmangel und übermäßigen Medienkonsum durchläuft. Letztere sind keine Morbiditäten, aber zu beobachtende Phänomene. Wir versprechen uns sehr viel davon, wenn wir in diese Altersgruppe mit präventiven Vorsorgemaßnahmen hineingrätzen können. Dies praktizieren wir auch schon bei den Vorsorgen, die wir durch Selektivverträge machen dürfen. Wir sehen da einen guten Einstieg in eine gute Eltern- und Kind-Beratung.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Dr. Degener. – Ich gebe jetzt das Wort an Herrn Dr. Rodens für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin.

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Ich bin wahrscheinlich einer der wenigen, die diese Vorsorgen als Selektivversorgung schon seit ewigen Zeiten machen und viel praktische Erfahrung haben. Ich finde das, was von meinen Vorrednerinnen gesagt wurde, völlig richtig. Das ist eine hochvulnerable Phase. Neue Morbidität kommt richtig ins Spiel. Das betrifft die Übergewichts- und Adipositasentwicklung, Allergien, Verhaltensstörungen und noch viel mehr. Wir haben noch ein neues Phänomen, den Medienkonsum mit allen fatalen Auswirkungen, die wir in den Praxen bemerken.

Ich finde, es wird Zeit, diese Vorsorge hier zu etablieren. Aus meiner praktischen Erfahrung – wir haben jeden Tag in der Praxis sicherlich drei Vorsorgen in diesem Altersspektrum – kann ich eigentlich nur bestätigen und unterstützen, dass das jetzt auch in die Kollektivversorgung Eingang findet. Ja, das ist ein ganz wichtiges Zeitfenster. Damit mache ich erst mal einen Punkt mit meinem Statement.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann gebe ich das Wort weiter an die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Frau Professor Legenbauer.

Frau Prof. Dr. Legenbauer (DGKJP): Wir begrüßen auch sehr ein Screening in diesem Alter. Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten im Kindes- und Jugendalter. Ungefähr ein Drittel ist eben auch schon in diesem jungen Alter behandlungsbedürftig. Von daher würden wir sehr begrüßen, psychische Störungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten in diesem Alter in eine Gesundheitsvorsorge einzubeziehen und ein entsprechendes Screening-Instrument dafür zu entwickeln. Wir haben Vorschläge gemacht und können sie sicherlich gleich auch noch in dem Gespräch aufgreifen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank für das kurze Eingangsstatement. Wir können Sie weiterhin nicht sehen, und der Ton war ein bisschen verzerrt. Da wir Sie ohnehin nicht sehen können, wäre mein Rat, einfach Ihre Kamera auszustellen. Oft ist dann die Verbindungsqualität ein bisschen besser.

Ich gebe das Wort weiter an das Institut für Diabetesforschung, an Frau Professor Ziegler respektive Herrn Professor Achenbach, wer auch immer beginnen möchte.

Herr Prof. Dr. Achenbach (IDF): Ja, ich würde beginnen. – Wir möchten das Augenmerk ein bisschen auf die Gesundheitsstörung Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen lenken. Die höchste Inzidenz dieser Erkrankung, das Neuauftreten der Stoffwechselerkrankung, zeigt sich momentan im Alter von zehn bis 14 Jahren. Deswegen halten wir auch diesen Zeitpunkt von neun bis zehn Jahren für eine Untersuchung und Aufklärung für sehr wichtig.

Generell wird der Typ-1-Diabetes häufig viel zu spät erkannt. Über ein Drittel der Fälle haben eine schwere Stoffwechselentgleisung mit Ketoazidose, die zu Gehirnschädigungen und auch zu Problemen in der Langzeitblutzuckereinstellung führt, die dann wiederum Folgeerkrankungen im Laufe der chronischen Erkrankung mit sich bringen. Wir sind deshalb der Meinung, dass man in den U-Untersuchungen Aufklärung bezüglich der Warnhinweise, der einfachsten und häufigsten Symptome der Erkrankung Typ-1-Diabetes, betreiben sollte, damit diese Erkrankung früher diagnostiziert und behandelt werden kann.

Hierzu schlagen wir vor, zum einen in der neuen U-Untersuchung, die hier eingebracht werden soll, diese Warnhinweise zu geben und die Aufklärung durchzuführen, aber auch schon in den vorhergehenden U-Untersuchungen, eigentlich schon beginnend bei der U6 bis zur J1, weil der Typ-1-Diabetes als primäre Autoimmunerkrankung schon viel früher beginnt und auch schon viele unter den kleineren Kindern die Stoffwechselerkrankung schnell entwickeln und dann auch sehr schnell in diese dramatische Ketoazidose abgleiten können.

Was wir neben der Aufklärung, die unser erster Vorschlag ist, für noch effektiver halten, ist eine frühe Untersuchung auf Autoantikörper im Blut. Es gibt jetzt viele Daten, die zeigen, dass das zu einer drastischen Reduzierung der Ketoazidoseraten mit Erleichterungen für die Familien und Kinder führt: Der HbA1c-Wert, der Langzeitblutzuckerwert, ist deutlich besser, Symptome sind deutlich geringer, die Hospitalisierungsrate ist niedriger und die psychische Belastung für die Familien entsprechend geringer, auch im Langzeitverlauf.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, auch für die präzisen Ausführungen. – Dann Frau Professor Ziegler: Haben Sie Ergänzungen?

Frau Prof. Dr. Ziegler (IDF): Ich lasse es so stehen. Ich stehe dann für Fragen zur Verfügung.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann gebe ich an Herrn Giesecking weiter, Hausärztinnen- und Hausärzteverband.

Herr Dr. Giesecking (Hausärztinnen- und Hausärzteverband): Inhaltlich kann ich meinen Vordnern nicht viel hinzufügen. Kollege Rodens hat ja gesagt, dass er auch schon mit den Sonderverträgen die Untersuchungen U10 und U11, wie sie beim BVKJ heißen, im Alter von acht und zehn Jahren durchführt. Ich gehöre als Hausarzt genauso dazu; ich nehme an diesen Selektivverträgen teil. Inhaltlich ist schon alles gesagt worden. Wir haben ja hier bislang nur ausgesprochene Harmonie. Jeder sagt bislang irgendwie, dass es sinnvoll ist.

Einen Aspekt will ich zusätzlich, da es ja in diesem Alter auch sehr viel um psychosoziale Anforderungen geht und dann die Beratung noch überwiegend über die Eltern läuft, noch betonen: Die Hausärzte sind hierfür neben den Kinderärzten der ideale Ansprechpartner. Dass eine U10 eingeführt wird, ist unter den Fachleuten eigentlich unstrittig, wie auch immer begründet; aber wir haben mit dem Gelben Heft bei den jetzigen Vorsorgeuntersuchungen die Möglichkeit, dass die Hausärzte die U2 bis U9 durchführen. Dies muss bei der dann neu einzuführenden U10 auf jeden Fall auch so sein, weil gerade der psychosoziale Aspekt in der Beratung von dem Hausarzt meines Erachtens ideal eingefangen werden kann, da er ja in aller Regel das familiäre Umfeld mit betreut. – Über mein Statement hinaus stehe ich gern für Fragen zur Verfügung.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann gebe ich weiter an Herrn Professor Vogelberger, Initiative „Jahrzehnt der Lunge“.

Herr Prof. Dr. Vogelberg (Jahrzehnt der Lunge): Ich vertrete das „Jahrzehnt der Lunge“ als Kinderpneumologe, eine Vereinigung aus Erwachsenen- und Kinderpneumologen, die sich für die vermehrte Awareness hinsichtlich chronischer Atemwegserkrankungen einsetzen.

Wir unterstützen sehr das Anliegen einer U10 und hierbei auch den Fokus auf das Asthma bronchiale als häufigste chronische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter. Der Zeitpunkt der U10 ist einerseits ideal, was die Diagnosestellung dieser Erkrankung anbelangt: Auf der einen Seite kann man sie erst einmal in einem Screening rein fragebogenbasiert identifizieren und dann gezielte weitere Maßnahmen wie Allergieteste und Lungenfunktionsteste durchführen. Man hat andererseits aber auch eine Option einer präventiven Maßnahme bei Risikokindern für ein Asthma bronchiale, diese entsprechend auch zu diesem Zeitpunkt zu identifizieren und dadurch die weitere Entwicklung eines Asthmas bronchiale entgegenzuwirken.

Kinder mit einem Asthma haben häufig Komorbiditäten, die auch in diesem Kontext mit von Relevanz sind, wie die Adipositas, aber auch psychosoziale Einschränkungen oder verminderte Teilhabe im Alltag aufgrund ihrer Erkrankung. Insofern passt das Asthma bronchiale sehr gut in den Kontext der hier diskutierten Fragen zu der U10. Wir unterstützen das sehr.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. Solch eine Unterstützung haben wir ja selten; vielen Dank dafür.

Ich möchte an dieser Stelle noch zwei Bemerkungen machen. Ich habe versäumt, in der Anmoderation darauf aufmerksam zu machen, dass wir mit diesem Beschlussentwurf auch eine Aufnahme der J1 in die normale Dokumentationsroutine vorsehen wollen. Ich sage jetzt erst einmal: Eigentlich kann ernsthaft niemand etwas dagegen haben, dass wir das tun. Aber wenn Sie etwas dagegen haben, dann melden Sie sich gerne. Das ist so ein bisschen untergegangen.

Außerdem gibt es einen zweiten Punkt, weil viele von Ihnen ja auch an den Gesprächen beteiligt sind, auf den ich noch kurz eingehen möchte, damit Sie sich nicht wundern: Dies ist ein Beratungsverfahren, das angestoßen wurde, bevor der Minister seine Aktivitäten zur Lebensverlängerung und Senkung der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität angestoßen hat. Wir nehmen die Aktivitäten des Ministeriums natürlich wahr. Ich wollte nur sagen: Die Entscheidung, dies hier zu tun, ist völlig unabhängig davon getroffen worden. Ich äußere es deshalb, damit Sie wissen, dass wir wissen, was dort diskutiert wird.

Nunmehr eröffne ich die Runde für Fragen aus dem Unterausschuss. – Frau J., Patientenvertretung.

Frau J. (PatV): Ja, vielen Dank. Ich würde gerne das Thema, das Sie gerade auch schon adressiert haben, aufgreifen: die Integration der J1 ins Gelbe Heft. In den Einschätzungen ist auch die Rückmeldung gekommen, dass man auch die J1, da sie sehr veraltet ist, vom Inhalt her noch einmal überarbeiten könnte. Vielleicht können Sie dazu noch weitere Ausführungen machen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): An wen richtet sich die Frage? – Egal, wer sich berufen fühlt? – Okay, wer möchte als Erstes antworten? – Ja, Frau Baum, bitte.

Frau Prof. Dr. Baum (DEGAM): Zunächst einmal: Auf J1 sind wir gar nicht eingegangen, weil es für uns völlig unstrittig war, das in das Heft mit aufzunehmen. – Und ja, auf alle Fälle muss das überarbeitet werden, insbesondere im Hinblick auf den Medienkonsum.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Wer möchte? – Frau Degener.

Frau Dr. Degener (DEGAM): Ja, ich kann mich meiner Vorrednerin anschließen. Ein anderer Aspekt, den ich noch erwähnen möchte: Die Integration ins Gelbe Heft würde hoffentlich auch zu einer größeren Verbreitung der Wahrnehmung der J1 beitragen; ich sage das, weil die Teilhabe daran in den letzten Jahren leider sehr zurückgegangen ist. Wir sollten darangehen, das zu ändern.

Inhaltlich sage ich auch: Medienkonsum hat eine viel größere Bedeutung als vor 20 Jahren, als die J1 entwickelt wurde. Es muss dringend ein entsprechendes Inventar gefunden werden, wie man hinsichtlich des Medienkonsums beraten, wie man Fragebögen entwickeln und wohin man sie verweisen kann, wenn wir Probleme sehen, zum Beispiel pathologischen Internetkonsum.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann hat sich Herr Rodens für die DGKJ gemeldet.

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Ich kann nur zustimmen. Allerdings bitte ich den Begriff zu schärfen – nicht Medienkonsum, sondern Bildschirm-Medienkonsum –, damit wir genau definieren.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Sie meinen, das gute Buch sollten wir nicht inkriminieren.

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Das schließen wir bitte nicht aus. Also, das müssen wir etwas schärfen. Das ist das, was ich sagen will.

Seit Corona hat auch die psychosoziale Komponente dessen, was bei der J1 in die Praxis gebracht wird, deutlich zugenommen. Es muss noch einmal überarbeitet werden – „Medien“ ist eines der Themen, vielleicht noch ein paar andere Dinge mehr, die wir meines Erachtens nicht hier in der kleinen Runde zu Ende diskutieren können. Aber dazu kann man im Schriftverkehr sicherlich noch etwas äußern.

Ansonsten ist es richtig, was gesagt wurde: Die J1 führt ein wenig ein Außenseiterdasein, weil sie eben bisher nicht irgendwo im Gelben Heft verschriftet und verbucht ist, und das sollte durchaus anders gestaltet werden. Dann hat es eine andere Wertigkeit; das meine ich auch.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Frau Professor Ziegler.

Frau Prof. Dr. Ziegler (Helmholtz Zentrum München): Ich will nur noch einmal sagen: Falls für diese Untersuchung diskutiert werden sollte, eine Blutabnahme einzuführen, um zum Beispiel auf Hyperlipidämie zu screenen, dann ist das natürlich auch eine sehr gute Chance, gleichzeitig auf die häufigste Stoffwechselerkrankung Typ-1-Diabetes zu screenen. Das kann alles in einem kapillaren Blutropfen erfolgen, braucht also gar keine große venöse Blutabnahme.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Ich habe eine Wortmeldung von Frau S., Bitte.

Frau Dr. S. (KBV): Erst einmal vielen Dank für Ihre Einschätzungen und auch für die Eingangstatements. Daran würde ich gerne anknüpfen, und zwar konkret an Herrn Rodens. – Sie sprachen von Ihrer jahrelangen Erfahrung der Vorsorgen in diesem Alterssegment. In den Einschätzungen und auch jetzt in den Wortbeiträgen ist an diversen Stellen angeklungen, dass es bereits Inventare insbesondere zur Erhebung der Fremdanamnese gibt. So viele Inventare, wie es gibt, so viele Meinungen gibt es auch. Mich interessiert Ihre Einschätzung, was besonders gut geeignet sein könnte, um die Fremdanamnese in diesem Alterssegment strukturiert vorzunehmen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank.

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Vielen Dank für die Frage; ich versuche sie in Kürze zu beantworten. Das, was bisher schon Inventar ist, nämlich der Mannheimer Elternfragebogen, ist sicherlich weiterhin sinnvoll. Ihn würde ich auch gerne da weiter fortführen. Er umfasst sehr viel. Wir haben das Screening. Vorsorge ist erst einmal der Trichter zur Früherkennung von Krankheiten, und wir können nicht in die Tiefe hinein alles machen. Aber das ist ein Inventar, das sicherlich Sinn macht: Der Esser-Fragebogen, der Mannheimer Elternfragebogen macht Sinn.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Gibt es weitere Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses? – Frau U., GKV-SV.

Frau U. (GKV-SV): Ebenfalls herzlichen Dank für die schriftlichen Ersteinschätzungen. Mir und meinen Kollegen haben ein wenig die Ausführungen zum natürlichen Entwicklungsverlauf

gefehlt, der für uns natürlich für diese einzelnen Erkrankungen wichtig ist, weil wir ja den richtigen Zeitpunkt finden müssen. Es muss klar sein, dass wir, wenn wir jetzt etwas einführen, um nach etwas zu suchen, dann auch wissen, dass es der richtige Zeitpunkt ist. Das betrifft mehrere Punkte.

Was mich auch ein bisschen irritiert hat, ist Folgendes: Hinsichtlich dieser psychischen Störungen gibt es keinen natürlichen Entwicklungsverlauf. Aber ich glaube, es gibt auch Frühformen; oder das, was der Mannheimer Elternfragebogen abbilden soll, soll schon erste Auffälligkeiten zeigen, aufgrund derer man aber noch nicht davon ausgehen muss, dass das schon eine Störung ist. Wir suchen eigentlich nach etwas, was vorher da ist, wo man intervenieren kann, wodurch dann auch die Prognose langfristig besser ist.

Ich höre jetzt gerne Ihre Ausführungen dazu; aber wenn Sie Literatur dazu haben, wenn es dazu Studien gibt, wäre dies für uns für die Bewertung wichtig.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau U. – Herr Giesecking.

Herr Dr. Giesecking (Hausärztinnen- und Hausärzteverband): Ich wollte jetzt gar nicht auf die Frage von Frau U. eingehen, sondern eher noch einmal einen Schritt zurück zu Herrn Rodens und zu den Fragebögen machen.

Der Mannheimer Fragebogen ist sicherlich kein schlechtes Instrument. Aber es sind so viele Fragen, die eigentlich in ihrer Komplexität viele Angehörige eher überfordern. Wir haben vom Hausärzteverband ebenfalls für diese Altersgruppe ein deutlich abgespeckteres Fragebogenmodul. Das könnte man vielleicht innerhalb der Gruppen der Hausärzte und der Kinderärzte noch einmal optimieren, sodass man irgendwie ein Mittelding findet oder wie auch immer.

Grundsätzlich sind Fragebögen natürlich wichtig. Ob der Mannheimer Elternfragebogen das ideale Instrument ist, möchte ich zumindest etwas infrage stellen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Jetzt hat sich zu diesem Thema Frau Degener gemeldet.

Frau Dr. Degener (DEGAM): Ich möchte mich auf Frau U. beziehen. Ich hatte eigentlich das Gefühl, dass wir von der DEGAM – zum Teil wurde das auch vom Hausärzteverband so weitergegeben – ein bisschen die Studienlage gezeigt haben, dass gewisse Krankheitsverläufe in dieser Altersgruppe tatsächlich ihren Beginn nehmen, und das wurde eben auch noch einmal bestätigt. Dazu gibt es Literatur – sie wurde auch erwähnt –, und es gibt auch Literatur zu folgender Frage: „Können wir einwirken auf die Entwicklung in diesem Alter, wenn wir gewisse Maßnahmen ergreifen oder dahin gehend beraten?“

Ganz speziell die Entwicklung von Adipositas ist in diesen Jahren besonders gravierend, aber auch der Bewegungsmangel. Da weiß man, dass man, wenn man zum Beispiel die Kinder in diesem Alter, die in der Regel noch in der Grundschule sind, beraten kann, einen Sportverein zu finden, sich dort anzubinden, damit tatsächlich am ehesten einen Einfluss auf den Bewegungsumfang im jugendlichen Alter nehmen kann. Das ist in unseren Stellungnahmen auch hinterlegt, und zu diesem Thema gibt es auch noch weitere Literaturhinweise. Wenn man zum Beispiel Adipositas tatsächlich präventiv angehen und nicht erst reagieren will, wenn sie schon besteht, dann tatsächlich in diesem Alter mit einer ausführlichen Beratung.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Herr Rodens, auch dazu?

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Ja. – Auf Herrn Giesecking muss ich schon noch einmal antworten: Ich denke, es ist auch eine Frage der Praxisorganisation, dass man den Mannheimer Elternfragebogen unterbringt. Ich halte diese Breite durchaus für wichtig.

Noch einmal zu den zwei anderen Vorrednerinnen: Ja, es ist ein kritisches Alter. Die Adipositasentwicklung sieht man dort in der Dynamik. Was vorher bis fünf, sechs Jahre noch ging, explodiert dann, und deshalb ist gerade der präventive Ansatz hier äußerst wichtig.

Ein anderes Thema sind Allergien: Herr Vogelberg selber hat zu Sensibilisierungen wissenschaftlich gearbeitet, und das nimmt drastisch zu. Wir haben schon bei den kleinen Kindern, den Drei- bis Vierjährigen, eine hohe Sensibilisierungsrate zum Beispiel gegen Inhalationsallergene. Aber es nimmt natürlich im späteren jugendlichen oder im jugendlichen Alter, wenn ich das richtig verstehe, in Richtung 40 Prozent zu. Das ist gerade diese Phase, während derer es darum geht, eine bessere Erkennung zu leisten und dann auch hier präventive Ansätze anzuwenden. Ich verweise auf die letzte Leitlinie 2022 zur Allergieprävention. Darin steht schon einiges Richtiges.

Also, es ist eine sehr wichtige Phase. Und noch einmal: Ich würde den Mannheimer Elternfragebogen nicht kürzen wollen. Man kann es, wenn man es den Eltern vorher gibt, in die Praxisorganisation einbauen, ohne dass es uns belastet.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. Über diesen Fragebogen wird es sicherlich viele Diskussionen in der AG geben, wenn ich mir das hier so angucke. Aber das geben wir dann in die Hände der AG. – Frau Professor Ziegler.

Frau Prof. Dr. Ziegler (Helmholtz Zentrum München): Ich will, um das Thema Diabetes noch einmal anzubringen, sagen, dass natürlich die Adipositas auch für Diabetes prädisponiert, im Prinzip natürlich mehr für den sogenannten Typ-2-Diabetes, aber erstaunlicherweise auch für den Typ-1-Diabetes, die schwere Ketoazidose und Entgleisungen, die bei denjenigen Kindern besonders hoch sind, die übergewichtig sind. Insofern ist das eigentlich für viele andere Krankheiten auch ein ganz relevantes Thema, das anzugehen wir ganz nachdrücklich unterstützen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann übergebe ich an Frau T., Patientenvertretung.

Frau T. (PatV): Die Frage passt jetzt ganz gut. Wir möchten eine Nachfrage an Frau Ziegler und auch an die DEGAM richten. Sie beziehen sich in Ihrer Stellungnahme zur Einschätzung noch einmal auf den BMI Z-Score. Sie haben es auch in der Literatur niedergelegt, Ziegler et. al, in JAMA veröffentlicht. Da geht es um die Frage, auf welchen Daten die Einschätzung von Übergewicht bzw. Adipositas beruht. Hier geht es zum einen um die WHO-Referenzen, und bei der DEGAM haben wir zum anderen die Daten von Kromeyer-Hauschild, die durchaus alt sind. Können Sie etwas dazu sagen, welche Daten man hier nehmen sollte, auch bezogen auf die Daten der KiGGS-Studie?

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. Sie haben Frau Ziegler direkt angesprochen.

Frau Prof. Dr. Ziegler (Helmholtz Zentrum München): Ich kann dazu nur sagen: Dadurch, dass wir in Deutschland inzwischen in drei Bundesländern ein Screening auf Typ-1-Diabetes als Forschungsstudie etabliert haben, haben wir Daten von über 180 000 Kindern zu Gewicht und Körpergröße sowie zur normalen Gewichtsverteilung gesammelt. Anhand dessen sehen wir, dass es gewisse Abweichungen zu den Standarddatensätzen gibt. Ich denke schon, dass man hier vielleicht auch über eine gewisse Revision und ein Update sprechen muss. Wir könnten diese Daten natürlich jederzeit gern zur Verfügung stellen, um sie mit den anderen Standardstudien abzugleichen. Aber die durchschnittlichen Gewichte sind natürlich in den letzten 20 Jahren nach oben gegangen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann hat sich Frau Baum dazu gemeldet.

Frau Prof. Dr. Baum (DEGAM): Es geht aber hier nicht darum, irgendeinen Cut-off-Wert festzulegen. Vielmehr geht es gerade in dieser Früherkennungsuntersuchung darum, Entwicklungen zu sehen und ungünstige Prozesse aufzuhalten oder ihnen entgegenzuwirken. Da kommt es nicht darauf an, ob jemand einen bestimmten Schwellenwert überschritten hat. Es geht vielmehr darum: Ist hier wirklich eine Auffälligkeit vorhanden, können wir hier ungünstige Entwicklungen beeinflussen? Wie gesagt, das ist ein Kontinuum, und da müssen wir entsprechend reagieren, aber nicht mit irgendwelchen Cut-off-Werten.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Professor Baum. – Frau T. sieht noch nicht zufrieden aus.

Frau T. (PatV): Doch, doch; danke. Wobei Cut-off-Werte natürlich wichtig sind. Man muss ja irgendetwas einschätzen. – Aber Danke schön.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Okay. Gibt es weitere Rückmeldungen zu dieser Frage? – Das ist nicht der Fall.

Wir freuen uns, dass Sie es so einschätzen, dass dann, wenn wir die J1-Untersuchung aufnehmen, allein dies schon einen Effekt hat. Wir haben es angesprochen und Sie wohl auch im Rahmen der Einschätzungsverfahren danach gefragt: Ich glaube, wir haben bisher eine Teilnahmerate von ungefähr 50 Prozent an den J1 – das ist natürlich deutlich viel weniger als an den anderen U-Untersuchungen –, und wir versprechen uns im Grunde genommen von dieser Untersuchung auch, dass wir vielleicht die Jugendlichen bzw. Kinder – das ist ja so im Zwischenalter – im Hinblick auf HPV-Impfungen erreichen, bei denen in Deutschland noch Luft nach oben ist; so muss man es sagen. – Frau U..

Frau U. (GKV-SV): Ich habe noch eine Frage, wenn das zum Thema passt.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Selbstverständlich, Frau U..

Frau U. (GKV-SV): Ich dachte, Sie wollten schon Schluss machen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Nein, ich wollte einfach auch mal etwas sagen.

Frau U. (GKV-SV): In diesen Stellungnahmen sind auch noch zwei kritische Punkte aufgetaucht, die durchaus international kritisch oder widersprüchlich diskutiert werden. Das ist zum einen der klassische Urinstick, der immer wieder verwendet wird. Man muss sagen, er ist sehr unspezifisch, und soweit ich weiß, tauchen da sehr viele sogenannte falsch-positive Befunde auf. Deswegen müsste man, wenn man so etwas macht, auch eine klare Zielsetzung haben, die man damit identifizieren möchte, also Kinder, die irgendwelche Erkrankungen haben.

Zudem taucht immer wieder dieses Blutdruckmessen auf. Auch da sagen sehr viele Experten, man wisse gar nicht, was man mit den Kindern mache. Ich spreche jetzt gar nicht von Kindern mit Risikofaktoren, zum Beispiel mit Übergewicht, sondern von Kindern, die dem Augenschein nach gesund sind. Da wäre die Frage, wie man damit umgehen soll und ob es da Standards für die Behandlung gibt, wie man den Blutdruck misst und mit welchen Werten usw.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau U.; eine sehr relevante Frage. – Herr Rodens.

Herr Dr. Rodens (DGKI): Darauf muss ich ja antworten. – Natürlich gibt es Standards, und ich verweise jetzt – tut mir leid – auf das von mir herausgegebene Buch „Praxishandbuch der pädiatrischen Grundversorgung“, in dem sowohl diese Standards als auch die Handlungsanweisungen enthalten sind. Es geht vor allem aber auch bei den hohen Blutdruckwerten in doch nicht wenigen Fällen um eine Änderung des Lebensstils. Wir sind wieder bei der Adipositas und bei diesen Geschichten. Es geht um mehr als nur irgendeine medikamentöse Behandlung, also um Bewegung, Abnehmen usw., auch da schon. Da gibt es natürlich Standards, klar. Das kann ich Ihnen auch im Nachgang zukommen lassen; das soll kein Thema sein. Aber das nur als direkte Antwort. – Vielen Dank für die wichtige Frage.

Urinsticks: Ja, darüber kann man diskutieren. Ich denke, es ist sinnvoll, auch eine Rückmeldung an die Eltern zu geben; wir sind wieder beim Diabetes. Ein Zufallsbefund eines Diabetes ohne irgendeine Vorgeschichte ist bei der Vorsorge der eher seltene Fall. Aber ich würde den darin belassen. Ich bin ganz froh, wenn man danach geschaut hat oder eine Hämaturie, die es auch mal geben kann, oder eine Proteinurie, die keine großen klinischen Symptome verursacht hat, auf diesem Wege erkennt. Das sind seltene Geschichten; aber im Einzelfall ist man froh, wenn man das dann doch gesehen hat und daraufhin rechtzeitig intervenieren kann; keine große Geschichte.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Rodens. Wahrscheinlich möchte Frau U. gerne Ihr Buch haben. – Dann gebe ich das Wort an Herrn Giesecking.

Herr Dr. Giesecking (Hausärztinnen- und Hausärzteverband): Ich will das von Kollegen Rodens Gesagte nur unterstützen. Es war eben gesagt, dass ein Urinstick so viele falsch-positive Befunde mit dann folgender unsinniger Diagnostik verursachen kann. Das sehe ich als Praktiker tatsächlich nun überhaupt nicht. Es ist vielleicht ein etwas unspezifischer Test, ja. Aber wie Herr Rodens schon sagte: Wenn man nur mal zufällig die Mikrohämaturie oder was auch immer findet, dann ist das eine Kleinigkeit, vom Aufwand her nichts Großes. Das kostet nicht viel, und einmal auf den Urin zu gucken, finde ich in diesem Alter ausgesprochen sinnvoll. Über die Spezifität kann man sicherlich diskutieren, aber ich sage mal: Bei kleinem Aufwand macht es – jetzt rein gefühlt, ohne dass ich irgendeine Studienlage hätte – ganz viel Sinn, das drin zulassen. Da bin ich sehr auf der Seite von Kollegen Rodens.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank für die Ergänzung, Herr Giesecking. – Gibt es weitere Fragen? – Das ist nicht der Fall. Haben Sie noch etwas, was wir beachten sollten, was bisher nicht ausreichend zur Sprache gekommen ist? – Ja, Herr Vogelberg.

Herr Prof. Dr. Vogelberg (Jahrzehnt der Lunge): Ich möchte nur noch einmal ergänzen, weil jetzt eben auch das Thema unsinniger Untersuchungen angesprochen war: Gerade die Allergiediagnostik wird ja häufig unspezifisch und zum Teil ohne berechtigten Hintergrund durchgeführt. Deswegen ist es so wichtig, dass man in einem solchen Screening eine erst einmal fragebogenbasierte Untersuchung vornimmt und dann ganz gezielt wirklich Risikokinder weiter untersucht. Insofern würde ein so etabliertes Screening auch dazu beitragen, dass unnötige Untersuchungen verhindert werden. – Dies noch einmal zur Ergänzung zu dem, was ich vorhin schon gesagt habe.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank dafür. – Dann hat sich Herr Professor Achenbach noch einmal gemeldet.

Herr Prof. Dr. Achenbach (IDF): Ich will noch einmal kurz auf Frau U. eingehen. Da ging es um den Zeitverlauf und darum, was der richtige Zeitpunkt ist. Ich habe schon gesagt, die Inzidenz der Stoffwechselerkrankungen ist in der Altersgruppe von zehn bis 14 Jahren am höchsten. Die Autoimmunerkrankungen haben ihren Inzidenzpeak bereits in den ersten Lebensjahren. Da gibt es im Alter von ein bis drei Jahren die höchste Inzidenz. Das heißt, was wir mit unseren Aufklärungsmaßnahmen vorschlagen, die einfachsten Symptome oder auch ein Screening auf Immunmarker, um das Frühstadium der Autoimmunerkrankung zu erkennen, würde bereits früher ansetzen, um hier letztendlich Entgleisungen verhindern zu können.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank für die Ergänzung. – Gibt es weitere Dinge, die Sie uns mit auf den Weg geben? – Das scheint nicht der Fall zu sein.

Dann möchte ich mich wirklich sehr herzlich sowohl für Ihre schriftlichen Antworten als auch diese gute mündliche Anhörung bedanken. Wie gesagt, wir beraten jetzt und nehmen auf jeden Fall mit, dass Sie beide Beschlussvorhaben absolut begrüßen, nämlich Regelleistung einer weiteren U-Untersuchung und Dokumentation der J-Untersuchung im Gelben Heft. Vielen Dank und einen schönen Tag!

Schluss der Anhörung: 11:38 Uhr



Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine
Beauftragung des Instituts für Qualität und
Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen:
Bewertung eines Screenings zur Früherkennung einer
familiären Hypercholesterinämie bei Kindern und
Jugendlichen

Vom 22. Februar 2024

Der Unterausschuss Methodenbewertung hat in seiner Sitzung am 22. Februar 2024 in Delegation für das Plenum beschlossen, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wie folgt zu beauftragen:

Das IQWiG soll gemäß § 139a Absatz 3 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung der Auftragskonkretisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (siehe Anlage) die Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissenstandes eines Screenings zur Früherkennung einer familiären Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen in Form eines Rapid Reports durchführen.

Berlin, den 22. Februar 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Methodenbewertung
Die Vorsitzende

Lelgemann



Konkretisierung des Auftrags des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen:

Bewertung eines Screenings zur Früherkennung einer familiären Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen

Vom 22. Februar 2024

Aufgrund aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse hat der Unterausschuss Methodenbewertung in seiner Sitzung am 22. Februar 2024 beschlossen, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Bewertung eines Screenings zur Früherkennung einer familiären Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 139b Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 139a Absatz 3 SGB V zu beauftragen.

Dieser Auftrag wird im Folgenden konkretisiert.

I. Auftragsgegenstand und –umfang

Zur Nutzenbewertung soll das IQWiG gemäß § 139a Absatz 3 Nummer 1 SGB V die Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen Wissensstandes zur Anwendung eines Screenings zur Früherkennung einer familiären Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen durchführen. Die Bewertung soll im Rahmen eines Rapid Reports durchgeführt werden.

Bei der Bewertung sollen insbesondere folgende Aspekte erfasst werden:

- Hat ein generelles, laboranalytisches Screening auf familiäre Hypercholesterinämien bei Kindern und Jugendlichen einen Nutzen und ggf. Schaden hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte (Mortalität, Morbidität und Lebensqualität)?

Dabei ist insbesondere zu prüfen:

- Kann durch die Vorverlegung der Diagnosestellung und Behandlung ein besseres Überleben oder ein günstigerer Krankheitsverlauf mit Vermeidung von Folgeerkrankungen wie z. B. kardiovaskulären Erkrankungen erreicht werden?
- Welche laboranalytischen diagnostischen Testverfahren sind für ein Screening geeignet (bzgl. Cut-off-Werten, Sensitivität, Spezifität, positiver prädiktiver Wert, Zeitpunkt der Testung)?

Die Bewertung hat unter Beachtung des 2. Kapitels der Verfahrensordnung des G-BA zu erfolgen.

Die Arbeitsergebnisse sollen eine Grundlage für die Bewertung des G-BA bilden, ob die Methode für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten insbesondere unter Berücksichtigung des gegenwärtigen Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich ist.

Ergebnisse oder Teilergebnisse der Auftragsbearbeitung sind innerhalb einer angemessenen Frist vor einer Veröffentlichung durch das IQWiG dem G-BA zuzuleiten.

Falls bei der Literaturrecherche zum Nutzen auch relevante Studien identifiziert werden, die sich mit Fragen der Wirtschaftlichkeit der Methode beschäftigen, sollen diese Studien dem G-BA ebenfalls zur weiteren Bewertung übermittelt werden.

II. Weitere Auftragspflichten

Mit dem Auftrag wird das IQWiG gemäß 1. Kapitel § 16d der Verfahrensordnung des G-BA verpflichtet

- a) die jeweils gültige Verfahrensordnung zu beachten,
- b) in regelmäßigen Abständen über den Stand der Bearbeitung zu berichten,
- c) den Gremien des G-BA für Rückfragen und Erläuterungen auch während der Bearbeitung des Auftrages zur Verfügung zu stehen und
- d) die durch die Geschäftsordnung des G-BA bestimmte Vertraulichkeit der Beratungen und Beratungsunterlagen zu beachten.

III. Unterlagen zum Auftrag

Mit diesem Auftrag werden dem Institut folgende Unterlagen zugeleitet:

- Beschluss zur Beauftragung des IQWiG vom 22. Februar 2024

IV. Abgabetermin

Die Abgabe der Auftragsergebnisse an den G-BA soll bis

August 2024

erfolgen.

Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie): Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V sowie eine Neufassung der Richtlinie

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie, JGU-RL) in der Fassung vom 26. Juni 1998 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 159 vom 27. August 1998), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 21. Juli 2016 (BANZ AT 12.10.2016 B4) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Die Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie wird durch die folgende Fassung ersetzt:

“Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie)

A. Allgemeines und Anspruchsberechtigung

§ 1 Grundlagen

(1) Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern, Kinder und Jugendlichen. Darüber hinaus sind individuelle gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen frühzeitig zu erkennen. Über die hierdurch vermittelte gesundheitliche Gefährdung ist die oder der Jugendliche frühzeitig aufzuklären. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V, die sich altersentsprechend an das Kind, die jugendliche Person oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 26 in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie bestimmt das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen des § 26 SGB V entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur

Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

(2) Die Maßnahmen sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen dadurch abwenden, dass aufgefundene Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert und erforderlichenfalls rechtzeitig behandelt werden können.

(3) Ergeben die Früherkennungsuntersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so soll die Ärztin oder der Arzt dafür Sorge tragen, dass diese Fälle soweit erforderlich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und wenn nötig einer Therapie zugeführt werden.

(4) Bei erkennbaren Zeichen einer Vernachlässigung oder Misshandlung hat die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt unter Berücksichtigung des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz in der jeweils geltenden Fassung die notwendigen Schritte einzuleiten.

(5) Untersuchungen nach dieser Richtlinie dürfen, soweit die Richtlinie nicht etwas anderes bestimmt, nur diejenigen Ärztinnen oder Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen.

B. Früherkennungsuntersuchungen

I. Untersuchungszeitraum

§ 2 Allgemeines zu den Untersuchungen und zum Zeitraum

Die Früherkennungsmaßnahme umfasst eine Untersuchung. Die Untersuchung kann nur in dem angegebenen Zeitraum in Anspruch genommen werden:

Untersuchung	Lebensalter
J1	13 und 14 Jahre

II. Untersuchung

§ 3 J1

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der J1 gesetzt:

- a) Erkennen von somatischen Erkrankungen (insbesondere Verdacht auf familiäre Hypercholesterinämie, Über- und Untergewicht)
- b) Erkennen von psychischen Auffälligkeiten
- c) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten (z.B. Schulprobleme, Verhalten)
- d) Erkennen von und Beratung zu Gesundheitsrisiken (z. B. digitaler Medienkonsum)
- e) Überprüfung des Impfstatus und Impfberatung

- (2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die Beurteilung der psychosozialen Entwicklung, die eingehende körperliche Untersuchung, sowie Beratung.
1. Anamnese
 - a) Aktuelle Anamnese des Kindes, der jugendlichen Person
 - Diagnosen und Auffälligkeiten bei der letzten Früherkennungsuntersuchung bei Kindern nach Abschnitt B der Kinder-Richtlinie: weiterer Verlauf seitdem
 - Relevante Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen seit der letzten Früherkennungsuntersuchung
 - chronische Erkrankungen (z.B. Allergien)
 - aktuelle Medikamente (auch nicht verschreibungspflichtige)
 - b) Familienanamnese
 - besondere familiäre Erkrankungen
 - Gab es schwere Herz-Kreislauserkrankungen oder plötzliche Todesfälle bei Familienmitgliedern im Alter von <50 Jahren?
 - Ist eine familiäre Hypercholesterinämie bekannt?
 - c) Sozialanamnese
 - besondere Belastungen in der Familie
 - d) ergänzende Anamnese

GKV-SV/DKG/PatV [keine Checkliste]	KBV: [Nutzung einer Checkliste gemäß Anlage 1a]
Beratungsbedarf zu weiteren Themen, z. B.: - Probleme in der Schule, - Essverhalten und Ernährung, - Schlafstörungen, - Veränderungen durch die [GKV/DKG: Pubertät], [PatV: Geschlechtsreife, Adoleszenz] - erste Regelblutung und Sexualekontakte, - Rauchen, Alkohol- oder Drogenkonsum	Identifizierung des Gesprächsbedarfs der Jugendlichen unter Hinzuziehung der Checkliste gemäß Anlage 1a.

GKV-SV/PatV: [kein Fragebogen]	KBV/DKG: [Nutzung eines Fragebogens gemäß Anlage 1b]
Digitale Mediennutzung (Bildschirmzeit)	Identifizierung des Gesprächsbedarfs der Jugendlichen unter Hinzuziehung eines Fragebogens gemäß Anlage 1b.
Einschätzung der digitalen Mediennutzung, pro Tag in Stunden z. B.: - schulisch/privat; - Begrenzung der digitalen Medienzeit	
Körperliche Aktivität	
Einschätzung der körperlichen Aktivität pro Woche in Stunden:	

- Bewegung im Alltag, z.B. Gestaltung des Schulwegs, Freizeitaktivität - intensive körperliche Aktivität, z.B. im Sportverein	
---	--

2. Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung

GKV-SV/KBV/DKG/PatV	UPM/Vorsitz UA MB
unter Einbeziehung des Gesundheitsfragebogens KIDSCREEN-10 Index: Kinder- und Jugendlichenversion gemäß Anlage 1	<i>Keine Vorgabe des Erhebungsinstrumentes für die Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung</i>

3. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße

GKV-SV/KBV/DKG/PatV	UPM/Vorsitz UA MB
und Eintragung in das Somatogramm:	<i>Keine Nutzung des Somatogramms</i>

- Körpergewicht
- Körperlänge
- BMI

b) Haut

- Auffällige Blässe
- Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben und Schnittverletzungen)
- Entzündliche Hautveränderungen

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation (Atemgeräusch/ Atemfrequenz)
- Thoraxkonfiguration

d) Hals

- Struma

e) Herz, Kreislauf

- Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)
- Blutdruckmessung

f) Abdomen

- Inspektion/Palpation:
 - Leber- und Milzvergrößerung
 - Hernien
 - Analregion
 - Pathologische Resistenzen

g) Genitale und Pubertätsentwicklung

- Untersuchung der äußeren Geschlechtsmerkmale

- Feststellung der Tannerstadien B, PH, G
- Stimmbruch
- h) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Formveränderungen (z.B. Skoliose, Beinachsenfehlstellung, Fußdeformitäten)
 - Bewegungseinschränkung der Hüfte
 - Prüfung der aktiven und passiven Beweglichkeit
 - Muskeltonus
 - Muskeleigenreflexe
- i) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen
 - Kieferanomalien
- j) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Strabismus
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
 - Prüfung der Sehschärfe: re/li mit genormten Sehprobentafeln (Kurz- und Weitsichtigkeit)
 - Farbsinnstörung
- k) Laboruntersuchung:
 - Bei Verdacht auf eine familiäre Hypercholesterinämie erfolgt eine Laboruntersuchung des Low-Density-Lipoprotein- (LDL)
- l) Blutdruckmessung

4. Beratung:

Präventionsorientierte ärztliche Beratung, problemorientiert zu folgenden Themen:

GKV-SV	KBV/DKG/PatV
Informationen zu Präventionsangeboten z. B. der Krankenkassen	
Essverhalten und Ernährung (auf ausreichend Jodzufuhr achten)	
Bewegung und Sport	
Digitaler Medienkonsum	
Risikoverhalten und Unfallverhütung (Verkehr, Sport)	
[keine Aufnahme des Themas]	Symptome vom Diabetes Typ I (Gewichtsabnahme, häufiges Wasserlassen, viel trinken)
UV- Schutz	
Lärmschutz	
Sexualität, Infektionsschutz, Schwangerschaftsverhütung	
Umgang mit Suchtmittel (z. B. Alkohol und Nikotin)	
Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins. Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs- Richtlinie des G-BA überprüfen. HPV- Impfung für Jungen und Mädchen [KBV/DKG Position: Meningokokken-Impfung für Kinder ab 12 Jahre]	

C. Qualitätssichernde Maßnahmen, Dokumentation und Evaluation

§ 4 Qualitätssicherung

Bei der Durchführung der Untersuchung müssen die in der Richtlinie vorgegebenen Standards eingehalten werden.

§ 5 Dokumentation

(1) Die Dokumentation der Untersuchung und Ergebnisse der Jugendgesundheitsuntersuchungen nach dem Abschnitt B erfolgt sowohl in der Patientenakte als auch im Untersuchungsheft für Kinder gemäß der Anlage 1 der Kinder-Richtlinie. Als Untersuchungsheft für Kinder gelten im Sinne dieser Richtlinie sowohl das Untersuchungsheft für Kinder gemäß Anlage 1 der Kinder-Richtlinie als auch das elektronische Untersuchungsheft für Kinder gemäß den Festlegungen nach § 355 Absatz 1 SGB V. Darüber hinaus wird jeweils die Teilnahme an der Untersuchung (J1) auf der separaten Teilnahmekarte des Untersuchungsheftes für Kinder dokumentiert. Die Dokumentationen nach den Sätzen 1 und 3 erfolgen jeweils gemeinsam entweder im Untersuchungsheft für Kinder gemäß Anlage 1 der Kinder-Richtlinie oder auf Wunsch der Versicherten im elektronischen Untersuchungsheft für Kinder.

(2) Für die Präventionsempfehlung wird eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt. Die Präventionsempfehlung erfolgt auf dem zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Vordruck gemäß den Inhalten nach Anlage 2.

(3) Der zuständige Unterausschuss des G-BA ist berechtigt, Änderungen [KBV: an der Checkliste (Anlage 1a)] und [KBV/DKG: an dem Fragebogen für die Eltern (Anlage 1b)] vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch die jeweilige Anlage nicht in ihrem wesentlichen Inhalt geändert wird. 1. Kapitel § 10 Absatz 1 Satz 2 der Verfahrensordnung gilt entsprechend.

§ 6 Evaluation

(1) Die Untersuchung nach Abschnitt B wird anhand einer repräsentativen Stichprobe hinsichtlich Qualität und Zielerreichung evaluiert. Der G-BA beauftragt spätestens 5 Jahre nach Inkrafttreten der Neufassung dieser Richtlinie eine unabhängige wissenschaftliche Institution mit der Evaluation. Der G-BA wird in einem gesonderten Beschluss die Kriterien festlegen, nach denen ein unabhängiges wissenschaftliches Institut unter Hinzuziehung von ausgewählten Leistungserbringern und unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, insbesondere die überarbeiteten Teile der Untersuchung (Abschnitt B) bewertet.

(2) Ergeben sich (z.B. durch begründete Hinweise aus der Versorgung) weitere Evaluationsfragestellungen, ist zu prüfen, ob eine anlassbezogene Evaluation erfolgen soll. Im Falle der Notwendigkeit einer anlassbezogenen Evaluation beauftragt der G-BA dazu eine unabhängige wissenschaftliche Institution. Der G-BA wird in einem gesonderten Beschluss die Kriterien festlegen, nach denen die anlassbezogene Evaluation durchgeführt wird.

Anlage 1 für die GKV-SV/KBV/DKG/PatV-Position

[hier erfolgt voraussichtlich die Einfügung des KIDSCREEN-10 Index Gesundheitsfragebogen für Kinder und Jugendliche, Kinder- und Jugendlichenversion, 8 bis 18 Jahre, für Deutschland zur Bestimmung der Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung in der deutschen Fassung aus der Publikation „The KIDSCREEN Group Europe. (2006). The KIDSCREEN Questionnaires - Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook. Lengerich: Pabst Science Publishers, S.125-127“]

Dissent

GKV-SV/DKG/PatV: *keine Checkliste*

KBV-Position: Anlage 1a Checkliste

- ☐ Aus meiner Sicht bestehen keine Auffälligkeiten. Ich lasse die Vorsorgeuntersuchung im Rahmen der Routineuntersuchung durchführen und habe dabei keine besonderen Anliegen vorzubringen.
- ☐ Ich würde gerne bei der Früherkennungsuntersuchung intensiver über folgende Punkte sprechen:
 - ☐ Essverhalten und Ernährung
 - ☐ Schmerzen (z.B. Kopf-, Bauch-, Knochenschmerzen)
 - ☐ Selbstschädigendes Verhalten
 - ☐ Nägelkauen
 - ☐ Nervöse Zuckungen (Tics)
 - ☐ Schlafprobleme (z.B. Ein-, Durchschlafen)
 - ☐ Sprachprobleme (inklusive Stottern und Lispeln)
 - ☐ Schulprobleme/
 - ☐ Angst vor der Schule und/oder Fehltage in der Schule (z.B. Mobbing)
 - ☐ Veränderungen durch die Pubertät
 - ☐ erste Regelblutung und Sexualkontakte
 - ☐ Rauchen/Alkohol/Drogen
 - ☐ Hyperaktivität, Aufmerksamkeits-/Konzentrationsprobleme
 - ☐ Einnässen und/oder Einkoten (Tag und/oder Nacht), Verstopfung

Außerdem möchte ich über folgende Themen sprechen:

[2 Zeilen für Notizen]

Dissent

GKV-SV/PatV: *keinen Fragebogen*

KBV/DKG-Position: Anlage 1b Fragebogen

Digitale Mediennutzung (Bildschirmzeit)
Wie lange werden Medien durchschnittlich pro Tag in Stunden genutzt?
Schulisch:/Std pro Tag
Privat:.../Std pro Tag
Bestehen Begrenzungen der Mediennutzung:
Die Nutzung der Medien allgemein ist begrenzt: ja/nein
Der Zugang zu Gewaltspielen ist ausgeschlossen: ja/nein
Die Nutzung der sozialen Medien ist begrenzt ja/nein
Körperliche Aktivität
Einschätzung der körperlichen Aktivität pro Woche in Stunden (Bewegung im Alltag, z.B. Gestaltung des Schulwegs, Freizeitaktivität, intensive körperliche Aktivität, z.B. im Sportverein)
Alltagsbewegung:.....Std. pro Woche
Schulsport:.....Std.
Intensive sportliche Tätigkeit im privaten Bereich (Sportverein o.ä.): Std. pro Woche

Anlage 2 Angaben des Vordrucks „Präventionsempfehlung“

Der zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarte Vordruck enthält folgende Angaben:

- Krankenkasse bzw. Kostenträger
- Name, Vorname der oder des Versicherten
- geboren am
- Kostenträgerkennung
- Versichertennummer
- Status
- Betriebsstättennummer
- Arztnummer
- Datum

Von der Ärztin oder dem Arzt auszufüllen:

- Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gemäß § 20 Absatz 5 SGB V aus dem Handlungsfeld

Bewegungsgewohnheiten

Ernährung

Stressmanagement

Suchtmittelkonsum

Sonstiges

- Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.
- Hinweis der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes (z. B. Kontraindikation, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)
- Vertragsarztstempel und Unterschrift“

Stand: 26.02.2026

- II. Dieser Beschluss tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger gemeinsam mit dem Beschluss über die Änderung der Kinder-RL: Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder nach § 26 SGB V und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung gemäß Anlage 1 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschuss unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie: Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V sowie über eine Neufassung der Richtlinie

Vom T. Monat JJJJ

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Jugendgesundheitsuntersuchung.....	3
2.1.1	Ziele und Schwerpunkte.....	3
2.1.2	Anamnese.....	5
2.1.3	Beurteilung der psychosozialen Entwicklung.....	7
2.1.4	Eingehende körperliche Untersuchung.....	8
2.1.5	Beratung.....	10
2.1.6	Dokumentation.....	11
2.1.7	Evaluation.....	11
3.	Würdigung der Stellungnahmen	11
4.	Bürokratiekostenermittlung	12
5.	Verfahrensablauf	12
6.	Fazit.....	13
7.	Anlagen	13

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Versicherten.

Gemäß § 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) haben versicherte Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psychosoziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Näheres zu den Untersuchungen ist entsprechend den gesetzlichen Prüf- und Regelungsaufträgen gemäß § 26 Absatz 2 i.V.m. § 25 Absatz 3 und § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 und Absatz 4 SGB V in den Richtlinien des G-BA über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie [Kinder-RL]) und Kindern und Jugendlichen (Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie) geregelt.

Der Anlass des Verfahrens war der Antrag der Patientenvertretung nach § 140f SGB V, der vom Plenum am 17. August 2023 angenommen wurde, auf Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die Beratung zu Änderungen der JGU-RL gliedert sich in zwei Themenbereiche. In einem ersten Schritt wurden die Inhalte der JGU-RL entsprechend des aktuellen Stands der medizinischen Erkenntnis beraten. In einem zweiten Schritt wurden die entsprechenden Dokumentationsparameter beraten, die dann in die Anlage 1 der Kinder-RL (Kinderuntersuchungsheft, auch Gelbes Heft genannt) integriert wurden. Die Inhalte der JGU-RL wurden zudem an die Struktur der neu eingeführten Früherkennungsuntersuchung U10 angepasst. Die Integration der Dokumentationsparameter für die Jugendgesundheitsuntersuchung im Gelben Heft hat zum Ziel, alle Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche einheitlich abzubilden, um somit die Teilnahmerate zu verbessern. Zukünftig wird in der JGU-Richtlinie sowie im Gelben Heft die Jugendgesundheitsuntersuchung mit J1 abgekürzt. Dieses Kürzel wird im Sprachgebrauch sowohl von den Eltern als auch in den Kinder- und Jugendarztpraxen für diese Untersuchung im Alter von 13 und 14 Jahren verwendet.

In den Beratungen wurden die Inhalte des Antrags der Patientenvertretung¹ vom 17. August 2023 zu Grunde gelegt sowie die Auswertung der beim G-BA anlässlich der Veröffentlichung des Beratungsthemas eingegangenen Hinweise aus dem Einschätzungsverfahren einschließlich der dort benannten Literatur, Stand 13. November 2023 (siehe Anlage 1), der IQWiG-Rapid-Report ‚Screening zur Früherkennung einer familiären Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen‘, Stand 19.08.2024² [nach Stellungnahmeverfahren ergänzen: sowie die vor der abschließenden Entscheidung des G-BA eingeholten Stellungnahmen] berücksichtigt.

¹ [Antrag der Patientenvertretung](#)

² [S24-01 - Screening auf familiäre Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen - Rapid Report - Version 1.0](#)

Für die Überarbeitung wurden die Ergebnisse der Stellungnahmen der Fachberatung Medizin:

1. zu den „Fragebögen zu psychischen Auffälligkeiten: WHO-5, KIDSCREEN-10 und SDQ“ Stand 12.09.2024 (siehe Anlage 2),
2. zur „Entwicklung und aktuelle Umsetzung des Kaskadenscreenings auf Familiäre Hypercholesterinämie (FH) in den Niederlanden“, Stand 25.09.2024 (siehe Anlage 3),
3. zur „Darstellung und Zusammenfassung der Ergebnisse der 2. Welle der KiGGS Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“, Stand 25.09.2019 (siehe Anlage 4) berücksichtigt.

Des Weiteren wurden die Erkenntnisse aus der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland³ in die Beratungen einbezogen.

2.1 Jugendgesundheitsuntersuchung

Die Inhalte der Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung (JGU-RL) wurden 1998 in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen. Insbesondere hat diese Untersuchung das Ziel, durch Früherkennung psychischer und psychosozialer Risikofaktoren eine Fehlentwicklung bei Kindern und Jugendlichen zu verhindern. Darüber hinaus sollen individuell auftretende gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen frühzeitig erkannt werden. Die Ärztin oder der Arzt informiert nach Zustimmung des Kindes/ der jugendlichen Person und auch deren Eltern über das Ergebnis der durchgeführten Untersuchung und erörtern unter Beachtung einer eventuellen Einwilligungsfähigkeit der jungen Person - mit dieser und deren Sorgeberechtigten die möglichen Auswirkungen im Hinblick auf die weitere Lebensgestaltung. Dabei soll die Ärztin oder der Arzt insbesondere das individuelle Risikoprofil des Kindes/ der jugendlichen Person ansprechen und auf die Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen hinweisen sowie den Impfstatus überprüfen. Ergänzend dazu hat die Ärztin oder der Arzt die Möglichkeit eine Präventionsempfehlung auszustellen und entsprechend den Risikofaktoren gezielt Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V aus den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum zu empfehlen.

Für die Anpassung der Inhalte der J1 sowie auch deren Ausgestaltung dienten als eine Grundlage die Daten der KiGGS-Studie des RKI. Des Weiteren wurde die J1 an die strukturierte Vorgehensweise bei den Früherkennungsuntersuchungen der Kinder angepasst.

Die Daten der KiGGS-Studie stellen eine wichtige Grundlage für die Ausgestaltung der J1 dar. Insbesondere geben sie Hinweise, um gesundheitliche Risiken und Präventionsbedarfe bei Kindern und Jugendlichen zu identifizieren, für eine gezielte ärztliche Beratungs- und Interventionsmaßnahme, die als Unterstützung für die Jugendlichen zu Anwendung kommen kann. Die Erkenntnisse aus der KiGGS-Studie werden zudem genutzt, um Leitlinien und Empfehlungen für das ärztliche Handeln auszugestalten. Dies trägt dazu bei, die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland weiter zu verbessern.⁴

2.1.1 Ziele und Schwerpunkte

Die Jugendgesundheitsuntersuchung ist eine Vorsorgeuntersuchung für Kinder und Jugendliche im Alter von 13 und 14 Jahren. Sie dient dazu, den allgemeinen

³ [RKI - Studien und Surveillance - KiGGS: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland](#)
⁴ [Journal of Health Monitoring | 1/2018 | KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse](#)

Gesundheitszustand, den Impfstatus sowie die körperliche und psychische Entwicklung zu überprüfen. Mit der Einführung der U10 für Kinder im Alter von 9 und 10 Jahren wird die Lücke zwischen der U9 (60.-64. Lebensmonat) und der J1 (13 und 14 Jahre) weiter geschlossen. Ein Toleranzzeitraum ist in diesem Lebensabschnitt der Kinder und Jugendlichen nicht erforderlich, da der Untersuchungszeitraum 2 Jahre umfasst und die medizinisch spezifischen Aspekte altersrelevant überprüft werden können. Die Untersuchung wird zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht.

Mit der Überführung der JGU-Regelungen in die Struktur der Früherkennungsuntersuchungen gemäß Kinder-RL werden folgende Ziele und Schwerpunkte aufgenommen:

- a) Somatische Krankheiten (insbesondere Verdacht auf familiäre Hypercholesterinämie, Über- und Untergewicht)
- b) psychische Auffälligkeiten
- c) Entwicklungsauffälligkeiten (z.B. Schulprobleme, Verhalten)
- d) Erkennen von und Beratung zu Gesundheitsrisiken (z.B. digitaler Medienkonsum)
- e) Überprüfung des Impfstatus und Impfberatung

Bei der Untersuchung wird die körperliche, geistige und psycho-soziale Entwicklung ärztlich eingeschätzt. Diese medizinische Beurteilung kann dazu beitragen, die Selbstständigkeit, die soziale Interaktion, die emotionale Stabilität sowie die körperliche Gesundheit des Kindes/ der jugendlichen Person ganzheitlich zu erfassen und somit frühzeitig auf Entwicklungsauffälligkeiten reagieren zu können.

Die psycho-soziale Komponente wird durch Anamnese und eine Befragung [**GKV-SV/KBV/DKG/PatV** des Kindes/ der jugendlichen Person mittels eines Gesundheitsfragebogens KIDSCREEN-10 Index] in die ärztliche Früherkennungsuntersuchung im Rahmen der JGU-RL integriert, um den zunehmenden psycho-sozialen Belastungen und dem Anstieg der psychischen Auffälligkeiten und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen Rechnung zu tragen. Die Analysen basieren auf Daten von 14.477 Heranwachsenden der KiGGS-Basiserhebung (7.100 Mädchen, 7.377 Jungen) und von 13.205 Heranwachsenden von KiGGS Welle 2 (6.637 Mädchen, 6.568 Jungen) im Alter von 3 bis 17 Jahren. Die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland beträgt für den Zeitraum von 2014 bis 2017 insgesamt 16,9 %. Jungen zeigen mit 19,1 % eine signifikant höhere Prävalenz als Mädchen mit 14,5 %. Dies trifft insbesondere für die Altersgruppen von 3 bis 14 Jahren zu. Kinder und Jugendliche, die in Familien mit niedrigem sozio-ökonomischen Status aufwachsen, sind signifikant häufiger von psychischen Auffälligkeiten betroffen als Kinder und Jugendliche aus sozio-ökonomisch bessergestellten Familien.⁵

Das Erkennen von etwaigen Gesundheitsrisiken sowie die Beratung insbesondere zum digitalen Medienkonsum und zur körperlichen Aktivität sind entscheidend für die Gesunderhaltung des Kindes/ der jugendlichen Person. So kann zu viel Bildschirmzeit (z. B. Handy-, Computer- oder Fernsehnutzung) zu Sprachentwicklungs- und Konzentrationsstörungen führen, während Bewegungsmangel zu körperlichen Fitness-Einschränkungen und Gewichtsproblemen führen kann.⁶

Die KiGGS-Studie zeigt, dass die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland eine gute bis sehr gute Gesundheit aufweist. Allerdings gibt es auch eine relevante Gruppe mit

⁵ Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H. Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(3):37-45.

⁶ [Gefahren für die Entwicklung durch Medien | kindergesundheit-info.de](https://www.kindergesundheit-info.de)

chronischen Erkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen. Zudem liefert die Studie Daten zur Ernährung, Bewegung, zum digitalen Medienkonsum und Verhalten, die für die Ausgestaltung der Untersuchung genutzt werden.

2.1.2 Anamnese

Mit der Anamnese sollen wichtige Informationen über die Gesundheit, Entwicklung und das Lebensumfeld des Kindes/ der jugendlichen Person erfasst werden. In der JGU-RL werden obligate Inhalte der Anamneseerhebung vorgegeben. Ausgewählt wurden insbesondere Inhalte, die auf besondere Risiken in dieser Altersgruppe hinweisen können und damit eine bessere Interpretation der übrigen Untersuchungsergebnisse ermöglichen. Die vorgegebenen Inhalte bilden einen Rahmen, die konkrete Ausgestaltung des Anamnesegesprächs sollte entsprechend der ärztlichen Kompetenz gemäß § 1 Abs. 5 der jeweiligen Untersuchungssituation angepasst werden.

Ziel ist es, gesundheitliche Risiken und Belastungen des Kindes/ der jugendlichen Person zu erfassen. Diese können sowohl körperliche als auch seelische und soziale Auffälligkeiten umfassen.

Im Rahmen der Anamnese wird neben der aktuellen Anamnese des Kindes/ der jugendlichen Person, der Familien- und Sozialanamnese zukünftig auch eine ergänzende Anamnese durchgeführt. Diese bezieht sich auf das Erfragen etwaiger weiterer gesundheitlicher Risiken des Kindes/ der jugendlichen Person sowie der Einschätzung der Nutzung digitaler Medien als auch der körperlichen Aktivität.

GKV-SV/DKG/PatV	KBV Anlage 1a + KBV/DKG Anlage 1b
<u>[keine Aufnahme einer Checkliste im Rahmen der Anamnese des Kindes]</u> Begründung: Zur Unterstützung einer strukturierten Anamneseerhebung können Ärztinnen und Ärzte eigene Checklisten erstellen. Diese können vorab den Eltern ausgehändigt werden, so dass sie sich auf das Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt vorbereiten können.	<i>Die aktuelle Anamnese des Kindes/ der jugendlichen Person wird mit Hilfe des KIDSCREEN-10, einer Checkliste (gemäß Anlage 1a) und eines Fragebogens (gemäß Anlage 1b) erhoben.</i> Begründung: Die am stärksten prävalenten Diagnosen von Kindern und Jugendlichen im Alter der J1 sind dem psychosomatischen und psychosozial-emotionalen Spektrum zuzuordnen. In der KIGGS-Studie werden Inzidenzen zwischen 20 und 25% angegeben. Diese Ergebnisse lassen sich sowohl anhand von Daten sozialpädiatrischer Zentren als auch Abrechnungsdaten replizieren. Die Ziele der J1 im Sinne des § 3 Abs. 1 (vgl. a -d) umreißen die enorme Varianz der relevanten Erkrankungen der Zielgruppe und illustrieren damit gleichermaßen, wie umfassend und also zeitintensiv ihre Anamnese ist, aber auch wie sensibel & schambehaftet. Insbesondere Angaben zu Enuresis & Enkopresis werden durch die Familien z.T. bewusst vermieden. Hingegen werden Symptome wie Bauch- und Kopfschmerzen häufig vergessen, da sie unspezifisch und irrelevant scheinen. Das Umfeld hat sich im Laufe der Zeit so daran gewöhnt hat, dass selbst ein situationsspezifisches Stottern in der Untersuchungssituation unerwähnt und damit unentdeckt bleiben kann.



	Das umfassende Reflektieren aller relevanten Aspekte wird begünstigt durch einen geschützten Rahmen, weshalb die Fremdanamnese idealerweise vorab in der Häuslichkeit ausgefüllt werden sollte. Die Wahrscheinlichkeit, dafür dass dies von den Familien umgesetzt wird, ist umso höher, je unaufwändiger dies für sie ist. In der Zusammenschau der vorgenannten Besonderheiten fiel die Entscheidung für eine erweiterte Lösung, bestehend aus dem KIDSCREEN-10 und einer evidenzbasierten Checkliste. Diese erweiterte Lösung ist von den Eltern vorzugsweise vor der J1 zuhause auszufüllen. Dies erhöht damit sowohl die Reliabilität als auch Validität der Angaben. Neben der hohen Qualität der Fremdanamnese profitieren die Familien am meisten von der Effizienz der Anamneseerhebung. Auf diese Weise kann deutlich mehr der begrenzten Zeit mit dem/der Kinder- und Jugendärzt*in für das Herzstück der J1, die auf der spezifisch vertieften Anamnese beruhenden, individualisierte Beratung der Familie, genutzt werden. Vorbild des gewählten Umfangs der Fremdanamneseerhebung ist die selektivvertragliche, als U11 bekannte Vorsorgeuntersuchung, wie sie inzwischen von fast allen Krankenkassen eingeführt worden ist. Der KIDSCREEN-10 stellt eine Näherung an die Fremdanamnese jener U11 und erfasst die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Diese Skala erfasst ausschließlich psychoemotionale, bedingt auch soziale Faktoren. Somatische Aspekte hingegen werden gar nicht, psychosomatische Aspekte nur in geringem Umfang erfasst. I.e. mit dem KIDSCREEN-10 allein ohne die Checkliste würden ca. 50% der Krankheitsinzidenz nicht erfasst. Wenn es nicht zu einer Verschlechterung des faktischen Status quo, i.e. der selektivvertraglichen U11, kommen soll, muss zwingend adjuvant eine strukturierte Anamneseerhebung in Form der vorgeschlagenen Checkliste eingeführt werden, da der KIDSCREEN-10 allein dem Morbiditätsspektrum der Kinder und Jugendlichen nicht gerecht wird.
--	--

Die aktuelle Anamnese dient dazu mögliche Vorerkrankungen zu erfahren, um den Gesundheitsstatus zu erfassen, wie z.B. Allergien, Adipositas. Fragen zum Lebensstil und Verhaltensweisen lassen Rückschlüsse auf die Ernährung, das Bewegungsverhalten und den Medienkonsum sowie möglichen Suchtmittelkonsum zu. Sexualverhalten und Verhütungsmethoden sollen in dieser Altersstufe erfragt werden, um dadurch eine mögliche Wissenslücke hinsichtlich sexuell übertragbarer Krankheiten und Verhütung zu identifizieren. In der KIGGS-Studie wurde auch der sozioökonomische Status berücksichtigt. Die Daten zeigen einen Zusammenhang zu gesundheitlichen Risiken.

Das Erfragen von chronischen Erkrankungen in der Familie wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Allergien liefert wichtige Informationen, um mögliche Risikofaktoren für das Kind/ die jugendliche Person zu identifizieren. Insbesondere wurde die bisherige explizite Frage zur familiären Hypercholesterinämie beibehalten.

In der Sozialanamnese werden die Lebensumstände und psychosozialen Faktoren erfasst, die die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen beeinflussen können. Schwerpunkte sind u.a. die besonderen Belastungen in der Familie oder der schulische Alltag.

Die Ergebnisse der Anamnese werden bei der weiteren Untersuchung und abschließenden Beratung berücksichtigt.

2.1.3 Beurteilung der psychosozialen Entwicklung

Ziel in der J1 ist es, psychische Auffälligkeiten möglichst frühzeitig zu erkennen und durch eine anschließende ärztliche Beratung der Eltern/Kinder/Jugendlichen eine schnelle Entlastung für zu erreichen sowie eine Verfestigung der Symptomatik zu verhindern. Falls erforderlich können weitere therapeutische Intervention hinzugezogen werden. Die frühzeitige Beratung bietet die Chance, einen ungünstigen Verlauf mit der Entwicklung krankheitswertiger Symptome bei den Kindern und Jugendlichen zu verhindern.

Position GKV-SV/KBV/DKG/PatV:

Die Fachberatung Medizin hat für die Auswahl eines Fragebogens zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten eine vergleichende Bewertung des WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden, KIDSCREEN-10 und Fragebogen zu Stärken und Schwierigkeiten (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) durchgeführt.⁷

In der Abwägung des Umfangs und des Inhaltes der einzelnen Fragebögen wurde der KIDSCREEN-10 hinsichtlich der 10 Fragen nach der Beurteilung der Lebensqualität ausgewählt.

Zusammenfassend wurde durch die Fachberatung Medizin festgestellt, dass aufgrund der umfangreichen, strukturierten Entwicklung des Fragebogens unter Einbezug einer ausreichend großen Anzahl an gesunden und chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen davon ausgegangen werden kann, dass der Fragebogen kulturübergreifend die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen erfasst. Gepoolte Daten aus mehreren repräsentativen europäischen Surveys mit über 20 000 Kindern und Jugendlichen zeigen eine sehr gute interne Konsistenz, mit akzeptabler Test-Retest-Reliabilität und guter Konstruktvalidität, auch diskriminiert der KIDSCREEN-10 Index-Score gut zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne körperliche und psychische Probleme sowie sozio-ökonomischen Statusgruppen.

Daher soll zur Unterstützung des ärztlichen Gesprächs mit den Eltern der KIDSCREEN-10 Index mit 10 Items verwendet werden. Dieser Fragebogen ist ein wissenschaftlich validiertes Erhebungsinstrument und misst zuverlässig und aussagekräftig die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Jugendlichen. Die Ergebnisse können bei der Planung gezielter Unterstützungs- und Interventionsmaßnahmen helfen, um auf die spezifischen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen eingehen zu können.

Der Einsatz strukturierter Verfahren für die Erhebung psychischer Auffälligkeiten wird mit einer hohen ärztlichen Akzeptanz hinsichtlich Praktikabilität sowie Nutzen und Relevanz verbunden.⁸

⁷ Stellungnahme der Fachberatung Medizin: Fragebögen zu psychischen Auffälligkeiten: WHO-5, KIDSCREEN-10 und SDQ, 12.09.2024

⁸ Mertens et al., Psychodiagnostisches Screening in U-Untersuchungen, BMG 2022

Die Beantwortung der Fragen des KIDSCREEN-10 Index dauert nur wenige Minuten und ist leicht in der Handhabung. Unterstützung für die ärztliche Auswertung und der Vergleich mit Normdaten werden auf der KIDSCREEN-Projekt-Homepage in englischer und deutscher Sprache unter ‚Auswertung‘ angeboten.⁹ Der KIDSCREEN-10 ist in verschiedenen Sprachen verfügbar.¹⁰ Die Übersetzungen des Fragebogens KIDSCREEN-10 Index sind über vom G-BA unabhängige Informationsquellen verfügbar. Diese Sprachversionen wurden nicht von dem G-BA erstellt oder geprüft. Für Inhalt und Qualität ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich.

Durch Fragebögen kann die Möglichkeit gegeben werden, bereits vor dem Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt, auch solche Risiken der Entwicklung des Kindes zu reflektieren, welche bisher möglicherweise noch nicht bemerkt wurden. Die Fragebögen sind der Kinder- und Jugendarztpraxis erhältlich oder von der Internetseite des Anbieters herunterladbar [*Link zur Beschlussfassung einfügen*].

Mit einem strukturierten Verfahren zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten können zusätzliche Informationen in den Prozess zur Einschätzung des familiären Unterstützungsbedarfs eingebracht werden¹¹. Gleichzeitig können sowohl die Kinder/Jugendlichen als auch die Eltern für die psychische Stabilität in der Familie sensibilisiert werden.

Im Zusammenspiel mit den anderen Komponenten der Früherkennungsuntersuchung (Anamnestische Erhebung, körperliche Untersuchung) können die Angaben der Kinder und Jugendlichen in Fragebögen als eine ergänzende Informationsgrundlage für das ärztliche Gespräch mit den Eltern/Kindern/Jugendlichen herangezogen werden.

Position des UPM/Vorsitz UA MB:

Im Rahmen der Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung des Kindes und der jugendlichen Person ist es nicht erforderlich, Ärztinnen und Ärzte zur Verwendung eines spezifischen, standardisierten Fragebogens zu verpflichten. Eine Vorgabe zur Verwendung eines spezifischen Fragebogens ist mangels eines dazu bestehenden eindeutigen Stands der medizinischen Erkenntnisse nicht erforderlich. Schließlich ist festzuhalten, dass die Qualität der Früherkennungsuntersuchungen von einer fachlich fundierten Gesamtbeurteilung durch die behandelnde Ärztin/ den behandelnden Arzt abhängig ist. Die Möglichkeit hierfür einen strukturierten Fragebogen einzusetzen, bleibt hiervon unberührt. Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sollten die Flexibilität weiterhin haben, situativ und in eigenem Ermessen zu entscheiden, ob überhaupt und - sofern erforderlich- welcher Fragebogen für das jeweilige Kind in der Früherkennungsuntersuchung am geeignetsten ist.

2.1.4 Eingehende körperliche Untersuchung

Wie bei den vorangegangenen Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, wird eine eingehende körperliche Untersuchung in der J1 durchgeführt. Hierzu werden die bisherigen Inhalte weitgehend übernommen und entsprechend der Struktur der Kinder-Richtlinie konkretisiert. Die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung sollen im Zusammenhang mit der Beantwortung der anamnestischen Fragen sowie dem Ergebnis der Fragebogen-Auswertung bewertet und mit dem Kind/ der jugendlichen Person und/ oder Eltern besprochen werden.

⁹ [Auswertung - kidscreen.org](https://kidscreen.org)

¹⁰ [Sprachversionen & Internationale Kontakte - kidscreen.org](https://kidscreen.org)

¹¹ Mertens et al., Psychodiagnostisches Screening in U-Untersuchungen, BMG 2022

Grundsätzlich gilt, körperliche Untersuchungen dürfen nur unter Beachtung des natürlichen Willens der/des Jugendlichen/Kindes vorgenommen werden, um das Selbstbestimmungsrecht zu respektieren.

Für das Erkennen von Gesundheitsrisiken werden auch in der J1 insbesondere zur Diagnostik von Übergewicht und Adipositas entsprechende Körpermaße erhoben.¹²

Des Weiteren liefert die körperliche Untersuchung Erkenntnisse zur Pubertätsentwicklung, chronische Erkrankungen (wie z.B. Allergien), zum Bewegungsapparat, den Sinnesorganen, zur Zahn- und Mundgesundheit sowie zum Blutdruck und der Labordiagnostik.

Ziel ist es, gesundheitliche Risiken zu erkennen, woraus sich ein ärztlicher Beratungsbedarf ergeben kann, um frühzeitig auf diese gesundheitlichen Risiken hinzuweisen, Lebensstil verändernde Maßnahme mit der oder dem Jugendlichen zu besprechen sowie ggf. weiterführende Präventionsempfehlungen anzubieten oder eine Abklärungsdiagnostik sowie therapeutische Maßnahmen einzuleiten.

2.1.4.1 Änderung der Laboruntersuchung bei Verdacht auf eine familiäre Hypercholesterinämie (FH)

Das IQWiG wurde mit der Nutzenbewertung eines generellen, laboranalytischen Lipidscreenings zur Früherkennung einer familiären Hypercholesterinämie (FH) im Vergleich zu keinem (bzw. keinem generellen, laboranalytischen Lipid-)Screening bei Kindern und Jugendlichen beauftragt. Das IQWiG hat am 19. August 2024 dem G-BA die Auswertung in Form einer Rapid-Reports übersandt.¹³

Im Ergebnis hat das IQWiG festgestellt, dass sich auf Basis der vorliegenden Evidenz kein Anhaltspunkt für einen Nutzen eines generellen laboranalytischen Lipidscreenings zur Früherkennung einer familiären Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen ableiten lässt. Jedoch kann mit einem Vergleich eines früheren mit einem späteren Therapiebeginn (Therapie mit einer fixen, mittleren Statindosis) sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen einer solchen Therapie ableiten lassen. Das IQWiG führt weiter aus, dass die zugrunde liegende Kohortenstudie jedoch nicht nur mit erheblichen Verzerrungsrisiken behaftet ist, sondern lässt aufgrund der Selektion eines Hochrisikokollektivs innerhalb der Gruppe der Menschen mit familiärer Hypercholesterinämie keine Aussagen für ein generelles Lipidscreening zu. Zur diagnostischen Güte der Cholesterin-Blutwerte, gemessen am genetischen Referenzstandard, liegen geeignete Studien vor. Diese lassen bei geringer Fallzahl von Betroffenen eine potenziell niedrige Sensitivität (im ungünstigsten Fall ca. 20 %) erkennen.

Aufgrund des o. g. Ergebnisses der Kohortenstudie zur Statintherapie leitet das IQWiG ab, dass eine Identifikation von Kindern und Jugendlichen mit familiärer Hypercholesterinämie und hohem Risiko für ein frühzeitig auftretendes Ereignis grundsätzlich sinnvoll ist, da eine dann initiierte Statintherapie das Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis reduzieren kann. Es sollte daher die Einführung eines Kaskadenscreenings, ausgehend von betroffenen Familienmitgliedern (insbesondere Eltern), erwogen werden, zumal auch die in der Kohortenstudie untersuchten Kinder (Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 8 und 18 Jahren) über diesen Weg rekrutiert wurden.

Mit Verweis auf die Gesundheitsuntersuchungs- (GU) Richtlinie, die für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr einen Anspruch auf Früherkennungsuntersuchung regelt, wird bis zum 35.

¹² Reinsperger, I., Goetz, G., Winkler, R. Screening-/Vorsorgeprogramme für Kinder und Jugendliche von 6 bis 14 Jahren. Ergebnisse zu ausgewählten Ländern sowie Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien. LBI-HTA Projektbericht Nr.: 106; 2018. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

¹³ [S24-01 - Screening auf familiäre Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen - Rapid Report - Version 1.0](#)

Lebensjahr bei positiver Familienanamnese das Lipidprofil (Gesamtcholesterin, Low-Density-Lipid (LDL)-Cholesterin, High-Density-Lipid (HDL)-Cholesterin, Triglyceride) bestimmt, ab dem 35. Lebensjahr kann diese Leistung von allen Versicherten in Anspruch genommen werden. Entsprechend haben Eltern die Möglichkeit ihr Lipidprofil auch im Rahmen einer GU testen zu lassen, um etwaige Risiken – insbesondere auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen – frühzeitig zu identifizieren. Ausgehend von den Eltern haben bereits heute Jugendliche (siehe aktuelle JGU-RL¹⁴) mit einem familiären Risiko Anspruch auf Messung des Gesamtcholesteringehalts im Blut. Dieses Vorgehen entspricht einem sogenannten Kaskadenscreening.

Des Weiteren kommt das IQWiG zu dem Ergebnis, dass der deutliche Unterschied zwischen den PPV-Werten einer LDL-C Messung versus dem des Gesamtcholesterins dafürspricht, dass das LDL-Cholesterin gegenüber dem Gesamtcholesterin als Screening-Test vorteilhafter wäre. Weiter schlussfolgert das IQWiG, dass die Spezifität [...] in einem sehr hohen Bereich liegt, sodass sichergestellt ist, dass beim überwiegenden Anteil nicht betroffener Kinder und Jugendlichen richtigerweise keine FH festgestellt wird.

Entsprechend dieser Ergebnisse wird zukünftig in der J1 bei Verdacht auf eine FH, statt dem Gesamtcholesterins eine Laboruntersuchung auf das Low-Density-Lipoprotein (LDL) mittels Blutabnahme durchgeführt. In der weiteren Abklärung kann mittels DNA-Analyse das Risiko einer FH weitergehend diagnostiziert werden.

2.1.5 Beratung

Die Beratung zielt darauf ab, Kinder und Jugendliche über gesundheitsrelevante Themen zu informieren, Risikoverhalten zu reduzieren und eine gesunde Lebensweise zu fördern.

Kinder und Jugendliche und deren Eltern sollen auch zu Essgewohnheiten beraten werden, dies kann insbesondere Auswirkungen auf die Gewichtsentwicklung und die Förderung von gesunden Essverhalten haben. Durch Motivation zu sportlichen Aktivitäten in der Freizeit und Schule kann u.a. einem Übergewicht und auch psychischen Beeinträchtigungen entgegengewirkt werden. Sensibilisierung für die psychische Gesundheit, Aufklärung über Stressbewältigung und Angebote zur psychosozialen Unterstützung können im Beratungsgespräch angesprochen werden. Weitere Themen können der Suchtmittelkonsum, das Sexualverhalten und Verhütung sowie die Mediennutzung sein. Zu diesen Themen kann u.a. auf die Internetseite des BIÖG ([Loveline - Loveline.de](https://www.loveline.de), [Gesunde Mediennutzung: Tipps für Jugendliche | Ins Netz gehen](#)) hingewiesen werden. Dort finden sich weitere Informationen und die Jugendlichen können ihr Wissen testen.

Im Rahmen der präventionsorientierten Beratung sollen Kinder, Jugendliche und ihre Eltern unter anderem über die qualitätsgesicherten Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V der Krankenkassen informiert werden.

Die Krankenkassen bieten ein breites Angebot an zertifizierten Präventionskursen für Kinder ab 6 Jahren und Jugendliche an, beispielsweise zur Bewegungsförderung, gesunden Ernährung, Reduktion von Übergewicht sowie zum Aufbau von Stressbewältigungs- und Entspannungskompetenzen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit. Ziel dieser gruppenbasierten oder auch digitalen Maßnahmen ist es, die Gesundheitskompetenz zu stärken und gesundheitsförderliches Verhalten dauerhaft in den Lebensalltag der Kinder und Jugendlichen zu integrieren. Damit dies gelingt, müssen sich die Eltern zeitweise an der Maßnahme beteiligen. Bei Bedarf kann die Ärztin oder der Arzt eine Präventionsempfehlung nach § 20 Absatz 5 SGB V ausstellen. Die Eltern reichen die Präventionsempfehlung bei der Krankenkasse ein, bei der das Kind mitversichert ist. Die Krankenkasse informiert die Eltern

14 [Richtlinie](#) (Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie, zuletzt geändert am 21. Juni 2016)

über passende Angebote sowie über die Bedingungen für die Erstattung der anteiligen Kurskosten.

Auf weitere regionale gesundheitsfördernde Angebote sollte – soweit diese bekannt sind – ebenfalls hingewiesen werden, z. B. von Kommunen, Sportvereinen, Familienbildungsstätten, Wohlfahrtsverbänden sowie Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten.

Für die präventionsorientierte Beratung können z. B. die Broschüren des Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG) ([Kinder- und Jugendgesundheit - BIÖG Shop](https://shop.bioeg.de/themen/suchtvorbeugung/), <https://shop.bioeg.de/themen/suchtvorbeugung/> und [Ernährung - Bewegung - Stressregulation - BIÖG Shop](https://shop.bioeg.de/themen/suchtvorbeugung/)) herangezogen werden. Teilweise können diese kostenlos bestellt werden. Einige sind auch in mehreren Sprachen verfügbar.

Der Impfstatus wird wie auch in den vorhergehenden Untersuchungen überprüft und bei Bedarf zur Vervollständigung der Impfungen ein Termin vereinbart. Mit der Aufnahme der Dokumentationsparameter für die J1 in das Gelbe Heft wird davon ausgegangen, dass eine Erhöhung der Impfquoten – insbesondere für HPV - damit einhergehen kann.¹⁵ Hierzu kann in der ärztlichen Beratung auch auf die Internetseite des BIÖG hingewiesen werden.¹⁶

2.1.6 Dokumentation

Zukünftig werden die Dokumentationsparameter der klinischen Untersuchung sowie die Ergebnisseite strukturell, wie für die bisherigen Früherkennungsuntersuchungen in gleicher Art und Weise in der Anlage 1 der Kinder-RL - im Gelben Heft - abgebildet. Die Teilnahmekarte wird für den Nachweis der Durchführung der J1 sowie die ärztliche Beratung gemäß Schutzimpfungs-RL des G-BA entsprechend ergänzt. Eine entsprechende Begründung ist in den Tragenden Gründen zur Änderung der Kinder-RL aufgenommen.

2.1.7 Evaluation

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben, und begründeten Hinweisen nachgehen, dass sie nicht mehr mit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse übereinstimmen.

Entsprechend wird 5 Jahre nach Inkrafttreten der Neufassung der J1 eine Evaluation hinsichtlich Qualität- und Zielerreichung vorgesehen, um die Früherkennungsuntersuchung ggf. zu optimieren. Nach 5 Jahren wird davon ausgegangen, dass die überarbeitete J1 in der Versorgung etabliert ist. Es wird davon ausgegangen, dass nach diesem Zeitraum gesicherte Daten in einer Evaluation erhoben werden können.

3. Würdigung der Stellungnahmen

[wird noch ergänzt]

¹⁵ Poethko-Müller, C., Kuhnert, R., Gillesberg Lassen, S. et al. Durchimpfung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Aktuelle Daten aus KiGGS Welle 2 und Trends aus der KiGGS-Studie. Bundesgesundheitsbl 62, 410–421 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02901-5>

¹⁶ Für Jugendliche (12-17 Jahre): www.impfen-info.de

4. Bürokratiekostenermittlung

Zukünftig werden die Dokumentationsparameter der klinischen Untersuchung sowie die Ergebnisseite strukturell, wie für die bisherigen Früherkennungsuntersuchungen in gleicher Art und Weise in der Anlage 1 der Kinder-RL - im Gelben Heft - abgebildet. Die Teilnahmekarte wird für den Nachweis der Durchführung der J1 sowie die ärztliche Beratung gemäß Schutzimpfungs-RL des G-BA entsprechend ergänzt. Die Darstellung zu den Bürokratiekosten ist in den Tragenden Gründen zur Änderung der Kinder-RL abgebildet.

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
26.06.2023		Eingang Antrag der PatV zur Einführung einer neuen U-Untersuchung sowie Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung
17.08.2023	Plenum	Beschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens auf Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V
28.09.2023	UA MB	Beschluss über die Bekanntmachung eines weiteren Beratungsthemas zur Überprüfung gemäß § 26 in Verbindung mit § 135 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V): Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung
23.11.2023	UA MB	Anhörung zum Einschätzungsverfahren
19.08.2024		IQWiG Rapid Report zum Screening zur Früherkennung einer familiären Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen an G-BA
TT. Monat 2025	UA MB	Vorlage der Beschlussempfehlung, Festlegung der am Stellungnahmeverfahren zu beteiligenden Fachgesellschaften und Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß §§ 91 Absatz 5 sowie 92 Absatz 7d SGB V
TT. Monat 2025	UA MB	Mündliche Anhörung
TT. Monat 2025	UA MB	Würdigung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen, Abschluss der vorbereitenden Beratungen, Beschlussempfehlung
TT. Monat 2025	Plenum	Beschlussfassung

6. Fazit

Der G-BA beschließt die Anpassung der J1 Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Jugendliche im Alter von 13 und 14 Jahren zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psychosoziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden.

7. Anlagen

- 1 Einschätzungsverfahren, Dokumentation, Stand: 13. und 23.11.2023
- 2 Stellungnahme Fachberatung Medizin, Fragebögen psych., Stand: 12.09.2024
- 3 Stellungnahme Fachberatung Medizin, FH Niederlande, Stand: 25.09.2024
- 4 Stellungnahme Fachberatung Medizin, KiGGS, 2. Welle, Stand: 25.09.2019

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Übersicht eingegangener schriftlicher Einschätzungen zur Bewertung der Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V

Stand: 13. November 2023

Inhalt

I.	Eingegangene schriftliche Einschätzungen.....	4
II.	Antworten zum Fragebogen.....	6
A	<i>Population</i>	6
1.	Welche Erkenntnisse liegen zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von Kindern in Deutschland in diesem Alter vor? Bitte machen Sie Angaben zur Prävalenz von häufigsten Gesundheitsstörungen.	6
2.	Was sind alters-, geschlechts- und entwicklungsspezifische Besonderheiten im Alter von 9 und 10 Jahren? Sind die natürlichen Entwicklungsverläufe bekannt und wie lassen sie sich darstellen?	10
3.	Worauf sollte der Schwerpunkt der Untersuchung in dieser Altersgruppe liegen? .	13
4.	Welche biopsychosozialen Risikofaktoren sollten bei Kindern im Alter von 9 bis 10 Jahren berücksichtigt werden und mit welchen Instrumenten können sie erhoben werden?	17
B.	<i>Erhebung der Körpermaße und Erkennen von Auffälligkeiten</i>	21
5.	Bitte benennen Sie anerkannte und validierte Messinstrumente für die Diagnostik von Untergewicht und Übergewicht. Sind diese für die Früherkennung geeignet? .	21

6.	Welche anerkannten und validierten Messinstrumente stehen für die ärztliche Einschätzung zu psychischen Erkrankungen/ Auffälligkeiten zur Verfügung? Sind diese für die Früherkennung geeignet?.....	22
7.	Benennen Sie validierte Messinstrumente zur Früherkennung von - körperlicher Inaktivität und - übermäßigem Medienkonsum.....	24
C.	<i>Beratung und Präventionsmaßnahmen</i>	25
8.	Welche Beratungsinhalte und Präventionsmaßnahmen sind Ihnen für übergewichtige/ adipöse/untergewichtige Kinder dieser Altersgruppe bekannt?... 25	
9.	Welche Beratungsinhalte und Präventionsmaßnahmen sind Ihnen für psychisch auffällige Kinder dieser Altersgruppe bekannt?	27
10.	Welche Beratungsinhalte und Präventionsmaßnahmen sind Ihnen für Kinder dieser Altersgruppe mit - übermäßigem Medienkonsum sowie - körperlicher Inaktivität bekannt?	29
11.	Zu welchen Aspekten sollte zum Impfverhalten insbesondere zur HPV-Impfung und dem Impfstatus beraten werden?	31
D.	<i>Therapeutische Maßnahmen</i>	32
12.	Welche effektiven therapeutischen Maßnahmen stehen für die Behandlung von Adipositas bei Kindern (ggf. auch für Übergewicht) und Anorexie derzeit zur Verfügung?.....	32
13.	Sofern keine Therapie von Übergewicht und Adipositas erfolgen würde, welche Folgeerkrankungen sind Ihnen bekannt? Wann und wie häufig treten diese Folgeerkrankungen auf?	34
14.	Welche effektiven therapeutischen Maßnahmen stehen für die Behandlung von psychischen Erkrankungen (ggf. auch für Auffälligkeiten) derzeit zur Verfügung? ..	35
15.	Sofern keine Therapie von psychischen Erkrankungen/ Auffälligkeiten erfolgen würde, welche Folgeerkrankungen sind Ihnen bekannt? Wann und wie häufig treten diese Folgeerkrankungen auf?	37
E.	<i>Kurz- und langfristige Folgen</i>	38
16.	Was sind die kurz- und langfristigen Folgen eines übermäßigen Medienkonsums bzw. einer Computerspielsucht? In welchem Alter und wie häufig treten diese auf? Welche Interventionen sind bei übermäßigem Medienkonsum bzw. einer Computerspielsucht bei Kindern effektiv?	38
17.	Was sind die kurz- und langfristigen Folgen von körperlicher Inaktivität? In welchem Alter treten diese auf und wie häufig sind diese? Welche Interventionen sind bei körperlicher Inaktivität bei Kindern effektiv?.....	41

18. Ist es Ihrer Einschätzung nach möglich, die HPV-Impfrate durch die Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung zu steigern, um eine verbesserte Krebsprävention zu erreichen?.....	42
<i>F. Wirtschaftlichkeit</i>	44
19. Wie hoch sind die Kosten für eine neue Früherkennungsuntersuchung?	44
<i>G. Daten- und Studienlage</i>	46
20. Bitte geben Sie die relevanten nationalen/internationalen Leitlinien und Studien an, die Aussagen zu Früherkennungsprogrammen für Kinder machen.....	46
21. Gibt es derzeit in Deutschland laufende Studien oder Pilotprojekte zu dieser Untersuchung?.....	49
<i>H. Die Befunddokumentation der J1 soll in das Untersuchungsheft für Kinder integriert werden.</i>	51
22. Welche Vorteile ergeben sich aus Ihrer Sicht, wenn die Befunddokumentation der J1 in das Untersuchungsheft für Kinder integriert wird?	51
23. Sehen Sie Anpassungsbedarf in der Dokumentation der J1 (gegebenenfalls in welcher Form?)?	52
<i>J. Sonstige Aspekte</i>	53
24. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?	53
IV. Literaturlisten	56
a. Institut für Diabetesforschung.....	56
b. DGKJ	58

I. Eingegangene schriftliche Einschätzungen

Ifd. Nr.	Einschätzende	Eingang am	Fragebogen (ja/nein)	Volltext-Literatur (ja/nein)
1	Frau Dr. Bausch (niedergelassene Kinderärztin, QZ-Moderatorin)	02.11.2023	ja	nein
2	Institut für Diabetesforschung Helmholtz Zentrum München – Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (GmbH)	08.11.2023	ja	ja
3	Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (Für die DEGAM: wissenschaftliche Forschung und Begleitung familienmedizinischer Versorgung in Deutschland (Lisa Degener und AG Pädiatrie), geschäftsführender Vorstand und Sektion Prävention)	09.11.2023	ja	ja
4	Prof. Dr. Monika Gappa , <i>Chefärztin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf; Präsidentin der European Respiratory Society; Mitglied des Vorstands der Deutschen Atemwegsliga; Beisitzerin im Vorstand der Deutschen Lungenstiftung e.V., Sprecherin der AG Asthma der "Gesellschaft für pädiatrische Pneumologie" (GPP)</i> und Prof. Dr. Christian Vogelberg , <i>Leiter der Kinderpneumologie und Allergologie sowie des Universitäts-AllergieCentrums des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus, Dresden; Präsident der Gesellschaft Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V.; Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie und Allergologie e.V.; Wissenschaftlicher Beirat des German Asthma Net GAN</i> in Vertretung des Jahrzehnts der Lunge. Das Jahrzehnt der Lunge (JdL) wird inhaltlich von führenden Expert:innen aus Ärzt:innenschaft und Patient:innenvertretung getragen und versteht sich als die zentrale gesundheitspolitische Plattform für chronische Lungen- und Atemwegserkrankungen. Zum Thema	09.11.2023	ja	ja

lfd. Nr.	Einschätzende	Eingang am	Fragebogen (ja/nein)	Volltext-Literatur (ja/nein)
	Lungengesundheit im Kindesalter hat das JdL bereits einen politischen Wegweiser veröffentlicht. Das Jahrzehnt der Lunge wird finanziell unterstützt von und kooperiert mit AstraZeneca und Sanofi.			
5	gemeinsame Rückmeldung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) sowie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) Die DGKJP ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft für psychische Erkrankungen bei Minderjährigen. Die DGPPN ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft für psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter. Wir nehmen Stellung aus Sicht der wissenschaftlichen Fachgesellschaften, dort, wo vorhanden, auf Grundlage von Studien oder Versorgungsforschungsdaten.	09.11.2023 (aktualisiert am 13.11.2023)	ja	ja
6	Bundeszahnärztekammer	09.11.2023	nein	nein
7	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKM) erstellt von Dr. Burkhard Lawrenz, Mitglied der Screening-Kommission der DGKM und Dr. Klaus Rodens, Vorstand DGKM (als Vertreter der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt*innen)	09.11.2023	ja	ja
8	Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.	09.11.2023	ja	ja

Schriftliche Einschätzung der Bundeszahnärztekammer:

„Die Bundeszahnärztekammer begrüßt, wenn im Rahmen der neu angedachten Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V ein Verweis auf zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung zu Präventionszwecken aufgenommen wird - analog zu den sechs Verweisen der Kinderärzte an Zahnärzte, die der G-BA im September 2016 für das Kinderuntersuchungsheft (Gelbes Heft) beschlossen hat.“

II. Antworten zum Fragebogen

A Population

1. Welche Erkenntnisse liegen zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von Kindern in Deutschland in diesem Alter vor? Bitte machen Sie Angaben zur Prävalenz von häufigsten Gesundheitsstörungen.

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	gefühl – nicht belegt: Adipositas Skoliose erhöhter Medienkonsum
Institut für Diabetesforschung	Typ-1-Diabetes ist die häufigste chronische Stoffwechselerkrankung im Kindes- und Jugendalter. Primär ist Typ-1-Diabetes eine Autoimmunerkrankung, die zur Zerstörung der insulinproduzierenden Beta-Zellen in der Bauchspeicheldrüse führt, wodurch es im Verlauf zum Auftreten der Stoffwechselerkrankung kommt [Atkinson 2014]. Die Prävalenz von Typ-1-Diabetes bei Personen im Alter bis 20 Jahren beträgt etwa 0,4% [Patterson 2019]. Die klinische Manifestation der <u>Stoffwechselerkrankung kann in jedem Lebensalter auftreten, die höchste Inzidenz besteht im Kindes- und Jugendalter</u> [Atkinson 2014, Harjutsalo 2008]. Über die letzten Jahrzehnte lässt sich eine konstante Zunahme der Häufigkeit des Typ-1-Diabetes und der Schwere der Manifestation beobachten, insbesondere bei jungen Kindern [Patterson 2019; Norris JM 2020; Kamrath 2022; Kamrath 2020; Birkebaek 2022; Alonso 2020]. In Abhängigkeit von der Güte der Langzeit-Blutzuckereinstellung können Personen mit Typ-1-Diabetes Folgeerkrankungen entwickeln [Lachin 2021], die mit reduzierter Lebensqualität und Lebenserwartung verbunden sind. Je früher im Leben der Typ-1-Diabetes klinisch manifest wird, desto gravierender ist die Reduktion an Lebenserwartung [Rawshani 2018]. Über 80% der betroffenen Kinder und deren Eltern haben keine Verwandten mit Typ-1-Diabetes und damit oft keine Kenntnisse zu dieser Erkrankung [Karges 2021]; daher sind viele Familien mit jüngeren Kindern nur unzureichend oder gar nicht mit den Symptomen bei Ausbruch der Stoffwechselerkrankung vertraut. Trotz Bemühungen zur Aufklärung der Bevölkerung

Einschätzende	Antwort
	und der Ärzteschaft über die wichtigsten Anzeichen der Erkrankung wird ein Typ-1-Diabetes bei mehr als einem Drittel aller Betroffenen zu spät entdeckt [Kamrath 2020; Birkebaek 2022; Alonso 2020], d.h. erst dann, <u>wenn bereits schwerwiegende Störungen in der Regulation des Glukosestoffwechsels mit einer potenziell lebensbedrohlichen Übersäuerung des Bluts, der diabetischen Ketoazidose, aufgetreten sind</u>. Neben der akuten Notfallsituation ist eine Ketoazidose bei klinischer Manifestation des Typ-1-Diabetes auch mit einer schlechteren Langzeit-Blutzuckereinstellung in den Jahren danach verbunden [Fredheim 2013; Duca 2017; Duca 2019]. Zudem kann die Ketoazidose das Gehirn schädigen und kognitive und neurologische Defizite verursachen [Cameron 2014; Ghetti 2020; Ghetti 2023]. Ein schwer verlaufender Beginn der Erkrankung ist für Kinder und Eltern ein sehr traumatisierendes Ereignis, verbunden mit starker psychischer Belastung. Insgesamt sind Familien oft mit der plötzlich eingetretenen neuen Situation überfordert. Noch vor der klinischen Manifestation des Typ-1-Diabetes kann die Autoimmunerkrankung in einem symptomlosen Frühstadium durch den Nachweis von Inselautoantikörpern im Blut sicher diagnostiziert werden [Ziegler 2013; Insel 2015]. Ergebnisse der Fr1da-Studie aus Bayern verdeutlichen, dass in Zusammenarbeit mit Kinderarztpraxen der Primärversorgung ein <u>Screening auf Inselautoantikörper zur Typ-1-Diabetes-Früherkennung, gefolgt von Schulung, Beratung und Nachuntersuchung</u> in lokalen Diabeteseinrichtungen erfolgreich durchführbar und mit einer dramatischen <u>Reduktion der durchschnittlichen Ketoazidose-Rate und mit deutlich mildereren klinischen Erscheinungsformen bei der Manifestation der Stoffwechselerkrankung</u> verbunden ist [Hummel 2023]. Ein Frühstadium des Typ-1-Diabetes wurde bei 0,3% der bayerischen Kinder diagnostiziert (Prävalenz 300 von 100.000) [Ziegler 2020]. Literatur: Atkinson MA et al. Lancet 2014; 383: 69-82. Patterson CC et al. Diabetes Res Clin Pract 2019; 157: 107842. Harjutsalo V et al. Lancet 2008; 371: 1777-1782. Norris JM et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2020; 8: 226-238. Kamrath C et al. Diabetes Care 2022; 45: 1762-1771. Kamrath C et al. JAMA 2020; 324: 801-804. Birkebaek NH et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2022; 10: 786-794.

Einschätzende	Antwort
	Alonso GT et al. Diabetes Care 2020; 43: 117-121. Lachin JM et al. Diabetes Care 2021; 44: 2225-2230. Rawshani A et al. Lancet 2018; 392: 477-486. Karges B et al. Diabetes Care 2021; 44: 1116-1124. Fredheim S et al. Diabetologia 2013; 56: 995-1003. Duca LM et al. Diabetes Care 2017; 40: 1249-1255. Duca LM et al. Pediatr Diabetes 2019; 20: 172-179. Cameron FJ et al. Diabetes Care 2014; 37: 1554-1562. Ghetti S et al. Diabetes Care 2020; 43: 2768-2775. Ghetti S et al. Endocrinol Diabetes Metab 2023; 6: e412. Ziegler AG et al. JAMA 2013; 309: 2473-2479. Insel RA et al. Diabetes Care 2015; 38: 1964-1974. Hummel S et al. Diabetologia 2023; 66: 1633-1642. Ziegler AG et al. JAMA 2020; 323: 339-351. Sowie: Positionspapier zur Früherkennung von Typ-1-Diabetes durch Inselautoantikörper-Screening im Anhang
DEGAM	Übergewicht: 16%, Adipositas 4,7 -6,8% Asthma bronchiale: 3,2% ADHS: 4,4% (neben adäquater Diagnostik und Therapie bei V.a. ADHS/ADS sollte auch eine medikamentöse Übertherapie erfasst werden)

Einschätzende	Antwort
	Rezidiv. Bauchschmerzen: 25-33% <i>(Zahlen aus KIGGS 2)</i>
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	In Deutschland sind über eine Million Kinder und Jugendliche von Asthma betroffen (Stand 2019; Alter: 0-19 Jahre)¹. Damit gehört Asthma zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland überhaupt². Für die Altersgruppe der 5- bis 9-jährigen beträgt die Diagnoseprävalenz 7,07%³ und für die Altersgruppe der 10- bis 14-jährigen 8,38% – Tendenz steigend. Die meisten Betroffenen werden allgemeinpädiatrisch versorgt. Ein Screening auf Asthma in der Früherkennungsuntersuchung im Alter von 9 bis 10 Jahren würde die Aufmerksamkeit für Asthma erhöhen und zu einer Verbesserung der Versorgungssituation beitragen. ¹ https://pneumologie.de/storage/app/media/uploaded-files/20230320_Wei%C3%9Fbuch_Lunge_2023.pdf ² https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/asthma-bronchiale-konnen-betroffene-bald-aufatmen-forscher-und-forscherinnen-des-deutschen-3088.php ³ https://pneumologie.de/storage/app/media/uploaded-files/20230320_Wei%C3%9Fbuch_Lunge_2023.pdf
DGKJP, DGPPN	Psychische Störungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen in diesem Lebensalter. Die KiGG-Studie des RKI hat in den letzten Jahrzehnten durchgängig von 16-18% der Kinder und Jugendlichen (auch in diesem Altersabschnitt) berichtet, die Verhaltensauffälligkeiten oder emotionale Probleme aufweisen; ca. ein Drittel davon weist behandlungsbedürftige Störungen auf. In diesem Alter liegt auch die Phase, in der jugendtypische Störungen, wie emotionale Störungen, nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten oder Essstörungen in der Inzidenz ansteigen. Gleichzeitig vollzieht sich ein Wechsel in der Prävalenz aufgrund geschlechtsspezifischer Faktoren in der Epidemiologie (vgl. weiter unten). Es sei an dieser Stelle bereits darauf hingewiesen, dass psychische Störungen, wie auch verhaltensbedingte körperliche Gesundheitsaspekte einen sozialen Gradienten in Deutschland aufweisen: Kinder aus Familien mit niedrigerem SES haben ein bis zu dreifach höheres Risiko an psychischen Störungen und verhaltensbezogenen Erkrankungen (z.B. Adipositas, Karies) zu erkranken. Gleichzeitig ist diese sensitive Phase eine Prädispositionsstelle für langfristige soziale Exklusion und Nachteile aufgrund von Gesundheitsstörungen, bzw. deren Folgen auf das psychosoziale Funktionsniveau: in vielen Bundesländern ist dies die Phase der Entscheidung über die weitere Beschulung. Psychische Störungen behindern in den allermeisten Fällen auch die schulische Entwicklung. Dazu

Einschätzende	Antwort
	liegen aufgrund der Daten aus dem KiGGS, sowie der Versorgungsforschung ausreichend Daten spezifisch für Deutschland vor, zudem ist die internationale Studienlage hierzu eindeutig. Vgl. hierzu u.a. APK Projekt KiJu, KiGGS Daten, COPSy Studie etc.
DGKJ	Übergewicht 19,6%, Adipositas 5,3% (nach IOTF-Kriterien), Untergewicht 10,4% (1) Psych. Auffälligk.: w 16,4%, m 22,2% (2) Pollinose 8,7%, Atopische Dermatitis: 7,0%, Asthma 4,3%, Kontaktekzem 1,2%, Sensibilisierung gegen Inhalationsallergene 34,4% (3) ADHS 6,1% (4) M. Scheuermann 0,5 bis 8% (5) Skoliose 0,5 bis 5% (6) Weitere Daten zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von Kindern in Deutschland liefert der Kinder- und Jugendreport 2021 der DAK (7).
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Übergewicht: 16%, Adipositas 4,7 -6,8% Asthma bronchiale: 3,2% ADHS: 4,4% Rezidiv. Bauchschmerzen: 25-33% (Zahlen aus KIGGS 2)

2. Was sind alters-, geschlechts- und entwicklungsspezifische Besonderheiten im Alter von 9 und 10 Jahren? Sind die natürlichen Entwicklungsverläufe bekannt und wie lassen sie sich darstellen?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Probleme in der Schule, Visualstörungen, LRS, Dyskalkulie, Sehstörungen

Einschätzende	Antwort
Institut für Diabetesforschung	<i>Keine Angabe</i>
DEGAM	Das Besondere an dieser Altersgruppe ist der erhebliche Anstieg der Prävalenz von Adipositas, des Medienkonsums und der Abnahme der Bewegung im Alter von 7-10 Jahren. Gleichzeitig sind Kinder in dieser Altersgruppe bereits von chronischen Erkrankungen betroffen. Diese gehen mit besonderen psychosozialen Anforderungen und Belastungen für das gesamte Familiensystem einher. <i>Journal of Health Monitoring S5/2021 Asthma, Adipositas und ADHS (rki.de); Korsten-Reck, U: Adipositas im Kindesalter: Therapeutische Optionen, in: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, Jg.59, Nr.10(2008), 223-227</i>
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Die Früherkennung von Asthma ist von großer Bedeutung. Im Alter von 9 bis 10 Jahren ist in der Regel eine eindeutige Diagnose möglich; ausschließlich Infekt-assoziierte Erkrankungen des frühen Kindesalters sind dann ausgewachsen". Spät diagnostiziertes und unzureichend behandeltes Asthma schränkt die Lebensqualität der Kinder und Jugendliche ein und begünstigt das Entstehen von chronischen Lungenerkrankungen im Erwachsenenalter. Langfristige negative Folgen können verhindert werden, wenn Kinder mit Risiko für Asthma und Kinder mit Symptomen frühzeitig identifiziert und behandelt werden. Mit dem Screening können Kinder, die beispielsweise eine allergische Rhinitis aufweisen und damit ein erhöhtes Risiko für eine Asthmaentwicklung haben, ebenfalls erfasst werden. Damit wäre die Möglichkeit einer präventiven Therapie gegeben (z.B. Spezifische Immuntherapie). Ist im Alter von 9 bis 10 Jahren Asthma bereits diagnostiziert, ist die Wahrscheinlichkeit einer Spontanremission seltener als bei Kleinkindern. Darüber hinaus geht Asthma oft auch mit einer eingeschränkten Lebensqualität und einer eingeschränkten altersspezifischen sozialen Teilhabe, wie etwa eingeschränkten sportlichen Aktivitäten in Vereinen oder Fehltagen in der Schule, einher. Das gilt nicht nur für schweres, sondern auch für grundsätzlich gut zu behandelndes Asthma eines niedrigeren Schweregrades. Unter Berücksichtigung aller Faktoren ist die U10 Früherkennungsuntersuchung ein sehr guter Zeitpunkt für gezielte Fragen nach Asthmasymptomen und Risikofaktoren, um betroffene Kinder zu identifizieren und die Versorgung zu optimieren.
DGKJP, DGPPN	Bzgl. psychischer Störungen ist international wie national (vgl. Frage 1) bekannt, dass im Kindesalter eine gewisse Jungenwendigkeit besteht und bei diesen sogn. Externalisierenden Störungen (z.B. ADHS, Störung des Sozialverhaltens)

Einschätzende	Antwort
	häufiger auftreten. Bei Mädchen sind internalisierende Störungen häufiger (Angststörungen, Emotionale Störungen). Natürliche Entwicklungsverläufe ist nicht der passende Begriff für psychische Störungen, da diese unbehandelt zur Chronifizierung, Verschlechterung der Symptomatik und daraus folgenden Teilhabebeeinträchtigungen führen. Eine Angststörung z.B. verschlimmert sich unbehandelt und führt zu deletären Schulverläufen, sozialer Einschränkung und Behinderung. Das gleiche gilt analog für die meisten der psychischen Störungen.
DGKJ	Im Alter von 9 bis 10 Jahren beginnt bei den meisten Mädchen und bei knapp der Hälfte der Jungen die Pubertät (bei Mädchen Mittelwert$\pm$2SD 10,4$\pm$2,4J = 8,0 bis 12,8J, bei Jungen Mittelwert$\pm$2SD 11,2$\pm$3,0J = 8,2 bis 14,2J) (8). Die Pubertät geht mit zahlreichen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Veränderungen einher. Dazu gehört die Entwicklung der inneren und äußeren Geschlechtsorgane, ein starker Wachstumsschub, eine grundlegende Strukturierung der Persönlichkeit (Identität), die Ablösung vom Elternhaus und eine außerfamiliäre soziale Orientierung. Der natürliche Entwicklungsverlauf in der Pubertät, ihre Varianten und Normabweichungen sind bei Mädchen und Jungen gut bekannt, im körperlichen Bereich durch die Tanner-Stadien und im psychosozialen Bereich mit Elternfragebögen gut zu überwachen und bei Bedarf mit störungsangepassten Strategien spezifisch zu behandeln (8, 9, 10). In dieser Phase erfolgt oft die Entscheidung über den weiteren Bildungsweg (Bundesland- unterschiedlich gewichtet). Dabei kommt es häufig zu Überforderung durch Anspruchsdenken aller Beteiligten mit der Folge von somatoformen Störungen (z. B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Schmerzsyndrome).
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Das Besondere an dieser Altersgruppe ist der enorme Anstieg der Prävalenz von Adipositas, des Medienkonsums und der Abnahme der Bewegung im Alter von 7-10 Jahren. Gleichzeitig sind Kinder in dieser Altersgruppe von chronischen Erkrankungen betroffen. Diese gehen mit besonderen psychosozialen Anforderungen und Belastungen für das gesamte Familiensystem einher. (Journal of Health Monitoring S5/2021 Asthma, Adipositas und ADHS (rki.de); Korsten-Reck,U: Adipositas im Kindesalter: Therapeutische Optionen, in: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, Jg.59, Nr.10(2008), 223-227)

3. Worauf sollte der Schwerpunkt der Untersuchung in dieser Altersgruppe liegen?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	o.g. überprüfen
Institut für Diabetesforschung	Die typischen Symptome eines anhaltend hohen Blutzuckerspiegels bei Typ-1-Diabetes sind: - Starker Durst und vermehrtes Trinken - Häufiges Wasserlassen - Plötzliche Gewichtsabnahme - Stetige Müdigkeit und geringere Leistungsfähigkeit - Zeichen der Austrocknung (trockene Haut und Schleimhäute, rissige Lippen) Treten diese Symptome bei Kindern oder Jugendlichen auf, sollte durch medizinisches Fachpersonal schnellstmöglich der Blutzucker bestimmt werden. Bei pathologischen Werten muss sofort ärztliche Hilfe gesucht werden. Unbehandelt kann es schlimmstenfalls zu einer schwerwiegenden Stoffwechselentgleisung kommen. Tritt eine Ketoazidose auf, muss die Person einige Zeit im Krankenhaus überwacht werden, meist auf der Intensivstation. Um diese bedrohliche Situation zu verhindern, ist ein schnelles und richtiges Handeln beim Auftreten der typischen Diabetessymptome erforderlich. Wir schlagen deshalb vor, dass Familien im Rahmen der U-Untersuchungen über die wichtigsten Warnzeichen des Diabetes informiert werden, verbunden mit einer klaren Handlungsanweisung für den Fall, dass diese Warnzeichen beim Kind beobachtet werden. Die Information sollte <u>ab der U6 bis zur J1</u> wiederholt erfolgen und jeweils im U-Heft vermerkt werden. Den Familien sollte dabei jeweils ein einseitiger Informationsflyer mit den Diabetessymptomen und der Handlungsanweisung ausgehändigt werden. Darüber hinaus halten wir ein Screening auf Inselautoantikörper zur Früherkennung von Typ-1-Diabetes als dringend erforderlich, denn diese Maßnahme kann die durchschnittliche Rate an schweren Stoffwechselentgleisungen bei der klinischen Manifestation des Typ-1-Diabetes drastisch reduzieren [Barker 2004; Elding Larsson 2011; Winkler 2012; Hekkala 2018; Ziegler 2020; Jacobsen 2022; Wentworth 2022; Hummel 2023a]. Kinder aus der Fr1da-Studie mit bekanntem Typ-1-Diabetes-Frühstadium, hatten zudem bei klinischer Diabetesmanifestation signifikant höhere C-Peptid-Spiegel (d.h. eine besser erhaltene Betazell-Restfunktion) und niedrigere HbA1c-Werte als altersentsprechende

Einschätzende	Antwort
	Kinder, die ohne vorherige Frühdiagnose an Typ-1-Diabetes erkrankten [Hummel 2023a]. Zudem wiesen mehr als die Hälfte (56%) der Kinder aus der Fr1da-Studie bei klinischer Diabetesmanifestation keine Krankheitssymptome auf [Hummel 2023a]. Insbesondere beklagten nur 6,5% dieser Kinder einen Gewichtsverlust [Hummel 2023b]. Die Dauer und Rate eines Krankenhausaufenthalts waren ebenfalls deutlich geringer als bei Kindern, die ohne vorherige Frühdiagnose an Typ-1-Diabetes erkrankten [Hummel 2023a; Schneider 2023]. Personen mit einem Typ-1-Diabetes-Frühstadium können zudem von einer krankheitsverzögernden Therapie mit Teplizumab (Handelsname Tzield) profitieren, die eine klinische Manifestation des Diabetes um durchschnittlich 3 Jahre verzögert und in den USA im November 2022 zugelassen wurde [Herold 2019; Sims 2021]. Ein <u>zweimaliges Screening</u> hat die beste Sensitivität und den besten Vorhersagewert, wenn es <u>im Alter von 2 und 6 Jahren</u> durchgeführt wird [Bonifacio 2021; Ghalwash 2022]. Für ein einmaliges Screening ist im Alter von 4 Jahren die Sensitivität und der Vorhersagewert am höchsten [Bonifacio 2021]. Die Spezifität (der Positiv-Prädiktive-Wert, PPV) der Testung ist nahe 100%, d.h. nahezu alle Kinder mit einem positiven Testergebnis entwickeln innerhalb von 20 Jahren einen klinisch-manifesten Typ-1-Diabetes [Ziegler 2013]. Der PPV für eine Typ-1-Diabetes-Manifestation innerhalb von 10 Jahren liegt bei 75% und bis zum 15. Lebensjahr bei 79% [Ghalwash 2022, Ziegler 2013]. Kinder und Jugendliche mit einem Typ-1-Diabetes-Frühstadium müssen zusätzlich zur fachärztlich-pädiatrischen Versorgung in spezialisierten Diabeteseinrichtungen mitbetreut werden. Dabei sind strukturierte Schulung, qualifizierte Aufklärung und Beratung zum Umgang mit dem Wissen um das Vorliegen eines Typ-1-Diabetes-Frühstadiums und personalisiertes Monitoring wichtige Bestandteile der frühen Behandlung. Literatur: Barker JM et al. Diabetes Care 2004; 27: 1399-1404. Elding Larsson H et al. Diabetes Care 2011; 34: 2347-2352. Winkler C et al. Pediatr Diabetes 2012; 13: 308-313. Hekkala AM et al. Pediatr Diabetes 2018; 19: 314-319. Ziegler AG et al. JAMA 2020; 323: 339-351. Jacobsen LM et al. Diabetes Care 2022; 45: 624-633.

Einschätzende	Antwort
	Wentworth JM et al. Pediatr Diabetes 2022; 23: 1594-1601. Hummel S et al. Diabetologia 2023; 66: 1633-1642. Hummel S et al. Diabetologia 2023; 66: 2389-2390. Schneider J et al. Diabetologia 2023; 66: 2387-2388. Herold KC et al. N Engl J Med 2019; 381: 603-613. Sims EK et al. Sci Transl Med 2021; 13: eabc8980. Bonifacio E et al. Diabetes Care 2021; 44: 2260-2268. Ghalwash M et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2022; 10: 589-596. Ziegler AG et al. JAMA 2013; 309: 2473-2479.
DEGAM	Die Untersuchung sollte im Wesentlichen eine erweiterte Anamnese mit Fragebogen für die begleitende Bezugsperson und das Kind sowie eine Ganzkörperuntersuchung des Kindes inklusive Ermittlung der Körpermaße (Größe, Gewicht und BMI) und des Blutdrucks beinhalten. Die Kontrolle des Impfstatus gehört ebenfalls zur Untersuchung incl. Information über und ggf. Nachholen versäumter Impfungen.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Asthma als häufigste chronische Erkrankung des Kindesalters, die gut zu behandeln ist, sollte bei der geplanten Früherkennungsuntersuchung für Kinder zwischen 9 und 10 Jahren (U10) dringend schwerpunktmäßig berücksichtigt werden. Kinder mit Risiken oder bereits bestehenden Symptomen können in dieser Altersspanne gut identifiziert werden; außerdem können in dieser Altersgruppe die zur Diagnosesicherung notwendigen Untersuchungen zuverlässig durchgeführt werden. Im ersten Schritt bedarf es eines fragebogenbasierten Screenings. Dabei sollte die Krankheitsgeschichte des Kindes adressiert und um Standardfragen zur Asthmakontrolle ergänzt werden. Sinnvoll ist es, hierbei auch die Eltern miteinzubeziehen. Es ist hervorzuheben, dass diese Fragebögen bereits zur Verfügung stehen und nicht erst entwickelt werden müssen, der Aufwand der Implementierung demnach äußerst gering ist. Finden sich auf dieser Grundlage Anhaltspunkte für ein Asthma, sollte das Screening durch eine Lungenfunktionsprüfung ergänzt werden, sowie eine orientierende Allergiediagnostik (Hauttest oder Bluttest Standard-Allergene), da die Allergieneigung

Einschätzende	Antwort
	die Hauptursache von Asthma im Kindes- und Jugendalter ist. Auf diese Weise lassen sich mit wenig Aufwand, auch für die behandelnden Ärzt:innen, Risiko- und Symptomkinder frühzeitig erkennen, behandeln und langfristige pulmonale Folgen sowie Beeinträchtigungen der psychosozialen Entwicklung (Beeinträchtigung der altersgerechten Teilhabe) verhindern.
DGKJP, DGPPN	Ein Schwerpunkt sollten die verhaltensbedingten Erkrankungen sein sowie psychische Störungen. Es gibt zudem ausreichend Befunde, dass für bestimmte verhaltensbedingte Erkrankungen (wie schlechtere Zahngesundheit, Adipositas) die gleichen Faktoren wie psychischen Störungen ein höheres Risiko prädisponieren, nämlich ein niedriger SES und familiäre Risikokonstellationen. Insofern sollte risikoorientiert ein entsprechendes Screening etabliert werden auf psychische und verhaltensbedingte Störungen und auf ggfs. bereits eingetretene soziale Teilhabedefizite (z.B. Schulbesuch). Ebenso sollte im Sinne des Kinderschutzes ein Screening erfolgen auf die stärksten Prädiktoren für psychische Störungen, also Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch. Dies sog. Adverse childhood experiences (ACE) sind mit die stärksten Prädiktoren für die Prävalenz von psychischen Störungen sowohl im Kindes- und Jugendalter, wie im Erwachsenenalter.
DGKJ	Es sollte ein Screening erfolgen auf Störungen der körperlichen, schulischen und psychosozialen Entwicklung, auch im Zusammenhang mit der bevorstehenden oder beginnenden Pubertät, insbesondere auf Störungen von Längenwachstum, Körpergewicht und Körperproportionen, auf Sehstörungen (die im Wachstum auftreten oder sich verschlechtern können), auf erworbene Hörstörungen (zum Beispiel durch Lärmbelastung oder zu lautes Musikhören), auf Bluthochdruck und Nierenkrankheiten, auf progrediente Erkrankungen der Wirbelsäule (wie M. Scheuermann und Skoliose), auf Störungen von Ernährungs- und Bewegungsverhalten, auf übermäßige Nutzung von Bildschirmmedien und auf psychosoziale Probleme. Offensichtliche schulische Probleme bzw. Leistungsüberforderung müssen ebenso erfasst werden wie kaschierte Probleme, die sich als somatoforme Störungen manifestieren können oder aufgrund eines ADHS bestehen. (24)
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Die Untersuchung sollte im Wesentlichen eine erweiterte Anamnese mit Fragebogen für die begleitende Bezugsperson und das Kind sowie eine Ganzkörperuntersuchung des Kindes inklusive Ermittlung der Körpermaße und des Blutdrucks

Einschätzende	Antwort
	beinhalten. Als Laboruntersuchung halten wir nur die Urinuntersuchung für erforderlich. Die Kontrolle des Impfstatus gehört ebenfalls zur Untersuchung incl. Nachholen versäumter Impfungen.

4. Welche biopsychosozialen Risikofaktoren sollten bei Kindern im Alter von 9 bis 10 Jahren berücksichtigt werden und mit welchen Instrumenten können sie erhoben werden?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	?! Familienanamnese
Institut für Diabetesforschung	Eine psychische Belastung der Familien durch die Diagnose eines Typ-1-Diabetes-Frühstadiums muss berücksichtigt und die Bewältigung der oft unerwarteten Nachricht muss, falls erforderlich, unterstützt werden. Emotionale Belastungen, Ängste und depressive Symptome können mit validierten Fragebögen, z.B. dem Patient Health Questionnaire (PHQ-9), zeitnah erfasst und eine strukturierte Beratung angeboten werden [Ziegler 2020; Müller 2021]. Die psychischen Belastungen der Eltern sind bei der Diagnose erhöht, jedoch nur bei wenigen Personen klinisch relevant. Die Belastung ist jedoch meist nicht auf die Diagnose des Diabetesfrühstadiums, sondern auf vorbestehende gesundheitliche oder sozioökonomische Belastungen zurückzuführen. Über die Zeit und bei entsprechend qualifizierter Beratung nimmt die psychische Belastung der Eltern ab und unterscheidet sich nicht vom Niveau der Allgemeinbevölkerung [Ziegler 2020]. Eine qualifizierte, langfristige Betreuung der Familien trägt dazu bei, die spätere psychische Belastung bei Manifestation des klinischen Typ-1-Diabetes zu reduzieren. Literatur: Ziegler AG et al. JAMA 2020; 323: 339-351. Müller I et al. Diabetol Stoffwechs 2021; 16 (S01): S59.

Einschätzende	Antwort
DEGAM	Biopsychosoziale Risikofaktoren der Kinder in diesem Alter sind: - Trennungskind, Aufwachsen bei einem Elternteil - Migrationshintergrund - niedriger sozioökonomischer Status - chronische Erkrankung, insbesondere Asthma und ADHS - psychische Erkrankungen bzw. Belastungen incl. Suchterkrankungen sowie schwere somatische Erkrankungen der Eltern oder Geschwister - Schulprobleme - Probleme innerhalb der Peergroup (Mobbing, Isolation) - Soziale Einbindung - Überforderung der Eltern (auch s.g. Wohlstandsverwahrlosung) Diese Risikofaktoren können zum Teil mit den anamnestischen Fragebögen abgefragt werden.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Eine der Folgen von Asthma im Kindesalter ist eine verminderte sportliche Leistungsfähigkeit im Vergleich zu Gleichaltrigen. Dies kann dazu führen, dass die Betroffenen nicht gleichermaßen an den jeweiligen altersspezifischen Aktivitäten teilnehmen können. Die soziale Teilhabe kann demnach eingeschränkt sein. Darunter fällt insbesondere sportliche Aktivität wie etwa im schulischen Kontext, im Verein oder in der Familie. Die verminderte soziale Teilhabe kann zu negativen Stressbelastungen und Einsamkeit führen, was wiederum einen negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf von Asthma nehmen kann.
DGKJP, DGPPN	Die Risikofaktoren wurden bereits weiter oben beschrieben: alle Studien zu Deutschland zeigen die gleichen Risikofaktoren, wie niedriger SES, Bildungsferne, etc. Zusätzlich kumulieren in bestimmten Konstellationen die Risikofaktoren: insofern spielt elterliche Gesundheit eine entscheidende Rolle. Psychische Erkrankungen, bzw.

Einschätzende	Antwort
	Probleme oder Belastungen bei Eltern sollten in jedem Fall erhoben werden, da sie einer der stärksten Prädiktoren für das Stressniveau innerhalb von Familien und auch für die psychische Auffälligkeit von Kindern darstellen.
DGKJ	Ablenkbarkeit / Hyperaktivität / Impulsivität, Ängste, Phobien, Depressivität, dissoziales Verhalten (Lügen, Stehlen, Zerstören), Enuresis, Enkopresis, Essstörungen, Geschwisterrivalität, hypochondrisches Verhalten, Kontaktstörungen, oppositionelles Verhalten, Schlafstörungen, Schulschwänzen / Schulverweigerung, Selbstverletzung, somatoforme Störungen (Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Schmerzsyndrome), Suizidalität, Tics, Weglaufen, Zwangsverhalten; gut zu erheben z. B. mit Mannheimer Elternfragebogen (MEF) für 6- bis 13-Jährige (10).
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Biopsychosoziale Risikofaktoren der Kinder in diesem Alter sind: - niedriger sozioökonomischer Status - Trennungssituationen - chronische Erkrankung des Kindes - Psychische und schwere somatische Erkrankungen sowie Suchterkrankungen von Eltern oder Geschwistern - Schulprobleme - Soziale Einbindung - Migrationshintergrund - Überforderung der Eltern (s.g. Wohlstandsvernachlässigung) Diese Risikofaktoren können durch anamnestische Fragebögen abgefragt sowie während der strukturierten Anamnese der Vorsorge thematisiert werden.

Die ärztliche Aufmerksamkeit soll insbesondere auf die Themen

- **Übergewicht (BMI > 90 Perzentile¹) und**
- **Adipositas (BMI > 97 Perzentile),**
- **Untergewicht (BMI < 10. Perzentile)**
- **körperliche Inaktivität (< 60 min/ Tag²) und**
- **übermäßigem Medienkonsum (> 60 min/ Tag³),**
- **Substanzgebundenes und Substanzungebundenes Suchtverhalten**
- **Kinderschutz**
- **psychosoziale Auffälligkeiten und**
- **Impfverhalten gerichtet sein.**

1 https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_01_2018_Adipositas_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile

2 https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_01_2018_koerperliche_Aktivitaet_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile

3 https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Verhalten/PDF_Themenblatt_Nutzung_Bildschirmmedien.pdf?__blob=publicationFile

B. Erhebung der Körpermaße und Erkennen von Auffälligkeiten

5. Bitte benennen Sie anerkannte und validierte Messinstrumente für die Diagnostik von Untergewicht und Übergewicht. Sind diese für die Früherkennung geeignet?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Wiegen, Messen, BMI, Perzentilen
Institut für Diabetesforschung	Die Messung von Körpergröße und Körpergewicht zur Bestimmung des Body-Mass-Index (BMI), der bei Kindern und Jugendlichen anhand von Alters- und Geschlechtsgruppen bewertet wird. Nach entsprechenden BMI-Perzentilen kann in Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas unterschieden werden. Kinder mit Adipositas im Alter vom 2-5 Jahren hatten in der Fr1da-Studie ein höheres relatives Risiko, ein Frühstadium des Typ-1-Diabetes zu entwickeln, als dies bei altersgleichen Kindern ohne Adipositas der Fall war. Wenn ein Typ-1-Diabetes-Frühstadium vorlag, verlief die Progression zur klinischen Stoffwechselerkrankung bei Kindern mit Adipositas beschleunigt [Ziegler 2020]. Maßnahmen zur Vermeidung von Adipositas könnten deshalb auch einen präventiven bzw. verzögernden Effekt auf die Entstehung von Typ-1-Diabetes bei prädisponierten Kindern haben. Literatur: Ziegler AG et al. JAMA 2020; 323: 339-351.
DEGAM	<u>Körper Perzentilen (pedz.de)</u> BMI-Rechner für Kinder und Jugendliche nach Kromeyer-Hauschild <u>https://adipositas-gesellschaft.de/aga/bmi4kids/</u> Kromeyer-Hauschild K, Moss A, Wabitsch M (2015) Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland. Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie 9(03):123-127 DOI: 10.1055/s-0037-1618928
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Keine Angabe

Einschätzende	Antwort
DGKJP, DGPPN	Die Ermittlung des BMI (in Verbindung mit den Vordaten aus dem U-Heft), sowie ggfs. ethnien-spezifische Perzentilenkurven ermöglichen problemlos die Diagnostik.
DGKJ	Erhebung des Body-Mass-Index (BMI) durch Messung von Körperhöhe und Körpergewicht mit Eintrag des BMI in die Perzentilenkurven nach Kromeyer und Hauschildt (11). Diese Messungen sind anerkannt, valide und für die Früherkennung sehr gut geeignet.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Körper Perzentilen (pedz.de) BMI-Rechner für Kinder und Jugendliche nach Kromeyer-Hauschild K, Moss A, Wabitsch M (2015) Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland. Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie 9(03):123-127

6. Welche anerkannten und validierten Messinstrumente stehen für die ärztliche Einschätzung zu psychischen Erkrankungen/ Auffälligkeiten zur Verfügung? Sind diese für die Früherkennung geeignet?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	ELFRA 9-10
Institut für Diabetesforschung	<i>Keine Angabe</i>
DEGAM	Verhaltensauffälligkeiten oder Schulprobleme die im Rahmen der Vorsorge abgefragt werden können auf psychische Erkrankungen hinweisen. Für die Früherkennung geeignet ist das

Einschätzende	Antwort
	SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire) <i>Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A., & Goodman, R. (2003). Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) - Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. https://doi.org/10.23668/psycharchives.11726</i> <i>https://psycharchives.org/en/item/86f7e970-a515-4eb6-84e2-e942bda4d051</i> <i>Bergström M, Baviskar S. A Systematic Review of Some Reliability and Validity Issues regarding the Strengths and Difficulties Questionnaire Focusing on Its Use in Out-of-Home Care. J Evid Based Soc Work (2019). 2021 Jan-Feb;18(1):1-31. doi: 10.1080/26408066.2020.1788477. Epub 2020 Jul 20. Erratum in: J Evid Based Soc Work (2019). 2020 Sep 4;:1. PMID: 32684105.</i>
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Keine Angabe
DGKJP, DGPPN	Es gibt eine Vielzahl von Screening-Instrumenten, die in vielen Studien eingesetzt wurden und international verwendet werden, von der CBCL bis zum SDQ. Auch Erfassungsinstrumente zur Erhebung der Risikofaktoren, wie elterlichem Stress (z.B. Parental Stress Scale) oder einzelnen Symptomen wie NSSV, oder depressiver Symptomatik, stehen zur Verfügung. Die Frage ist jedoch, wie realistisch ist ein Einsatz im Rahmen einer J Untersuchung? Zudem sind Lizenzaspekte zu berücksichtigen. Nachdem sowohl das Deutsche Zentrum für psychische Gesundheit, wie das Deutsche Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit einen core data set, der open access sein soll, erarbeiten zum Screening auf psychische Störungen, erscheint unserer Ansicht nach ein Auftrag an diese Zentren, ein entsprechend psychometrisch valides Screeninginstrument zu entwickeln am sinnvollsten. Dort könnte auch der anonymisierte Datenrückfluss wissenschaftlich analysiert werden.
DGKJ	Fragebögen wie der MEF für 6- bis 13-jährige (breite Erfassung der altersspezifischen Störungsbilder, 10) oder das Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ, eher spezifische psychoemotionale Störungserfassung, 12) ist für die ärztliche Einschätzung anerkannt, validiert und für die Früherkennungsuntersuchungen sehr gut geeignet. Das SDQ ist

Einschätzende	Antwort
	in vielen Sprachen erhältlich. Auch die Screeningstufe der MBS (Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik der Sozialpädiatrie) erfüllt die genannten Kriterien.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	<u>SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire)</u> Nicht wertendes und vertrauensvolles direktes Gespräch mit Kindern und Bezugsperson

7. Benennen Sie validierte Messinstrumente zur Früherkennung von - körperlicher Inaktivität und - übermäßigem Medienkonsum.

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	ELFRA 9-10
Institut für Diabetesforschung	<i>Keine Angabe</i>
DEGAM	Durch entsprechende Fachgesellschaften zu benennen
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Asthma im Kindesalter hat häufig eine verminderte körperliche Aktivität zur Folge. Validierte Messinstrumente zur Früherkennung von Asthma bestehen bereits in Form der oben angeführten Fragebögen.
DGKJP, DGPPN	Auch hier sei auf die vorhandenen Untersuchungen und Studien verwiesen, wie etwa den KiGGS. Zum Medienkonsum z.B. eignen sich einfache Trennfragen zur Dauer, um extreme Risikogruppen zu identifizieren.
DGKI	Körperliche Inaktivität: Schrittzähler sind inzwischen problemlos verfügbar und werden zur Messung körperlicher Aktivität im Kindes- und Jugendalter empfohlen (13). Smartphones/-watches messen die tägliche Nutzungsdauer selbst. Am Fernseher können

Einschätzende	Antwort
	die Eltern Nutzungszeiten für ihre Kinder einstellen und werden dann zur Freigabe aufgefordert, wenn die Kinder diese Nutzungszeit verlängern wollen. In PCs, Laptops und Tablets lassen sich Einschaltzeiten auslesen. Medienkonsum: Zur Erfassung medienbezogener Störungen empfiehlt die Gemeinsame Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Fachgesellschaft und Verbände in ihrem Evidenzpapier verschiedene Fragebögen, insbesondere zur Erfassung der Nutzung von Computerspielen und sozialen Medien (14). Der Short CIUS (CIUS-5) erfasst problematische Internetnutzung, ist international in vielen Settings erprobt und frei verfügbar (15).
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	<u>Exploration mittels Fragebögen</u> Nicht wertendes und vertrauensvolles Gespräch mit Kindern und Bezugsperson

C. Beratung und Präventionsmaßnahmen

8. Welche Beratungsinhalte und Präventionsmaßnahmen sind Ihnen für übergewichtige/ adipöse/untergewichtige Kinder dieser Altersgruppe bekannt?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Ernährungspyramide, Bewegungsverhalten
Institut für Diabetesforschung	Siehe: S3-Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/050-002.html

Einschätzende	Antwort
DEGAM	Die WHO-Empfehlung für Kinder lautet: mindestens 60 Minuten Bewegung täglich für Kinder und Jugendliche von 3-17 Jahre. Das erreichen in Deutschland lediglich 22,4 % der Mädchen und 29,4 % der Jungen. <i>Krug, S., Worth, A., Finger, J.D. et al. Motorische Leistungsfähigkeit 4- bis 10-jähriger Kinder in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 62, 1242–1252 (2019). https://doi.org/10.1007/s00103-019-03016-7</i> Zur Ernährung von Kindern gibt es umfangreiches Material bei der BzGA sowie bei der FKE (Forschungsdepartment Kinderernährung – Katholisches Klinikum Bochum) https://www.klinikum-bochum.de/fachbereiche/kinder-und-jugendmedizin/forschungsdepartment-kinderernaehrung.html
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Liegt Übergewicht/Adipositas vor, so sollte zum einen ein ursächliches/aggravierendes Asthma ausgeschlossen werden; zum anderen gelten die Kinder auch als Risikokinder für Asthma und eine entsprechende Befragung bzw. entsprechende Untersuchung, um Asthma auszuschließen bzw. zu bestätigen sollte folgen. Frühkindliches Asthma kann das Risiko von Adipositas bei Kindern erhöhen⁷. Wird Asthma frühzeitig mit dem Ziel einer guten Asthmakontrolle behandelt, so kann der häufig entstehende Teufelskreis aus zunehmendem Übergewicht und Verschlimmerung des Asthmas durchbrochen werden⁸ ⁷ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37509700/#:~:text=Abstract,atopic%20dermatitis%2C%20and%20chronic%20urticaria ⁸ Chen Z. et al.: Effects of Childhood Asthma on the Development of Obesity among School-aged Children. In: American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2017, Vol. 195, No. 9; https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201608-1691OC
DGKJP, DGPPN	Es gibt mannigfache Präventionsmaßnahmen. Das Kernproblem sind nicht die Präventionsangebote, sondern deren Nutzung und Nachhaltigkeit, gerade bei Risikogruppen. Die Gesundheitsberichtserstattung des Bundes belegt, dass hier offensichtlich weiterhin ein Problem hinsichtlich Health Equity besteht.

Einschätzende	Antwort
DGKJ	Steigerung der Alltagsaktivität, ausgewogene Ernährung pflanzenbasiert (Optimierte Mischkost, Ernährungspyramide, 16), gemeinsames Essen am Tisch, Vermeidung von Nebenaktivitäten beim Essen, Verminderung der Sitzzeiten und des Medienkonsums (siehe auch Arbeitsgruppe Kinder und Jugendliche in der Erarbeitung eines DMP Adipositas im Gemeinsamen Bundesausschuss).
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	- Die WHO-Empfehlung für Kinder lautet: mindestens 60 Minuten Bewegung täglich für Kinder und Jugendliche von 3-17 Jahre. Das erreichen in Deutschland lediglich 22,4 % der Mädchen und 29,4 % der Jungen (Motorische Leistungsfähigkeit 4- bis 10-jähriger Kinder in Deutschland (springer.com)) - Zur Ernährung von Kindern gibt es umfangreiches Material bei der BzgA sowie bei der FKE (Forschungsdepartment Kinderernährung - Katholisches Klinikum Bochum (klinikumbochum.de))

9. Welche Beratungsinhalte und Präventionsmaßnahmen sind Ihnen für psychisch auffällige Kinder dieser Altersgruppe bekannt?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Aufnahme Psychotherapie
Institut für Diabetesforschung	<i>keine Angaben</i>
DEGAM	Die Beratung und Prävention erfolgt interdisziplinär durch haus- und kinderärztliche Beratung bei funktionellen Beschwerden, Weiterleiten an Beratungsstellen bei psychosozialen Belastungen, Überweisung/Verweis an sozialpsychiatrische Zentren (SPZ), Einrichtungen der Frühförderung, Familienberatungsstellen, schulpsychologische

Einschätzende	Antwort
	Dienste, Einrichtungen der Jugendhilfe und kommunalen Sozialarbeit. Überweisung an Kinderpsychotherapeut*innen und/oder Kinderpsychiater*innen bei psychischer Erkrankung.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	<i>Keine Angabe</i>
DGKJP, DGPPN	Auch hierzu gibt es mannigfache Angebote und Initiativen; aber auch hier gilt, eine bundeseinheitliche, hinsichtlich wissenschaftlicher Kriterien evaluierte Maßnahme besteht nicht. Die Initiative des BMFSFJ bezgl. Mental Health Coaches unterliegt der Kritik, dass mit 100 Schulen wenig erreicht werden wird.
DGKJ	Beratungsinhalte: Unterstützung bei der Entwicklung von Fähigkeiten zur angemessenen Bewältigung von Gefühlen und Emotionen, Förderung von sozialen Fertigkeiten wie Kommunikation, Konfliktlösung und Empathie, Stärkung des Selbstvertrauens und der positiven Selbstwahrnehmung, Vermittlung von Techniken zur Stressbewältigung und Entspannung, Hilfe bei der Bewältigung von Ängsten und Sorgen, Unterstützung bei der Entwicklung von effektiven Strategien zur Problemlösung. Präventionsmaßnahmen: Beratung der Eltern, Förderung eines gesunden Lebensstils mit ausgewogener Ernährung, ausreichender Bewegung und regelmäßigem Schlaf.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Das haus- und kinderärztliche Angebot zu Beratung bei funktionellen Beschwerden, die Weiterleitung an Beratungsstellen bei stärkeren psychosozialen Belastungen der Familie wie Trennung der Eltern, Kranke Familienmitglieder o.ä.; die Überweisung an Kinderpsychotherapeut*innen und/oder Kinderpsychiater*innen bei psychischer Erkrankung.

10. Welche Beratungsinhalte und Präventionsmaßnahmen sind Ihnen für Kinder dieser Altersgruppe mit - übermäßigem Medienkonsum sowie - körperlicher Inaktivität bekannt?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Verein aufsuchen, Medienkonsum auf angemessene Dauer reduzieren
Institut für Diabetesforschung	<i>keine Angaben</i>
DEGAM	Die Anbindung an einen Sportverein oder analoger Angebote durch nichtkommerzielle Träger (z.B. Volkshochschule) gilt für diese Altersgruppe als effektive Maßnahme zur Steigerung sowohl von Bewegungsaktivität als auch motorischer Leistungsfähigkeit. <i>Vgl. Quelle unter 8. Motorische Leistungsfähigkeit 4- bis 10-jähriger Kinder in Deutschland (springer.com)</i> Materialien der BzGA zur Medienberatung der 9-10jährigen können im Rahmen der U10 abgegeben werden. Die Thematisierung sowie Aufklären über negative und messbare gesundheitliche Folgen übermäßigen Medienkonsums sensibilisiert Eltern für das Thema, konkrete Hinweise zu den empfohlenen Zeiten (von der BzGA empfohlene Medienzeit für diese Altersgruppe: 45-60 Minuten/Tag) sowie geeigneten Medieninhalten verbessern die Medienkontrolle. Flyer zum achtsamen Bildschirmmediengebrauch https://www.kinderaerzte-im-netz.de/mediathek/empfehlungen-zum-bildschirmmediengebrauch/ Initiative Schau Hin https://www.schau-hin.info Hier werden auch Studien zu Schäden durch Medien aufgeführt: https://www.schau-hin.info/thema/studien?referrer=overlayMenu

Einschätzende	Antwort
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	<i>keine Angabe</i>
DGKJP, DGPPN	s.o.
DGKJ	Übermäßiger Medienkonsum: Auf der Homepage der Initiative „SCHAU HIN! Was Dein Kind mit Medien macht“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finden sich zahlreiche Beratungsinhalte für Eltern zur Nutzung von Smartphone & Tablet, Games, Soziale Netzwerke, Filme & Serien, Surfen sowie Hörmedien (https://www.schau-hin.info/). Körperliche Inaktivität: Verweis auf vielfältige Bewegungsmöglichkeiten in den Sportvereinen vor Ort, Verweis auf präventive Programme wie Schau hin, Eltern Ratgeber.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Die Anbindung an einen Sportverein gilt für diese Altersgruppe als effektive Maßnahme zur Steigerung sowohl von Bewegungsaktivität als auch motorischer Leistungsfähigkeit. (Motorische Leistungsfähigkeit 4- bis 10-jähriger Kinder in Deutschland (springer.com) Zum Thema Medienkonsum ist es hilfreich, die Materialien der BzGA in der Praxis auszulegen bzw. deren Inhalte in die Medienberatung der 9-10jährigen zur Hand zu haben (von der BzGA empfohlene Medienzeit für diese Altersgruppe: 45-60 Minuten/Tag). Die Thematisierung sowie das Aufklären über negative und messbare gesundheitliche Folgen sensibilisiert Eltern für das Thema. Konkrete Hinweise zu den empfohlenen Zeiten sowie geeigneten Medieninhalten verbessern die Medienkontrolle Studien zu Schäden durch Medien z.B. https://www.schauhin.info/thema/studien?referrer=overlayMenu

11. Zu welchen Aspekten sollte zum Impfverhalten insbesondere zur HPV-Impfung und dem Impfstatus beraten werden?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	alle sollten sich impfen lassen, 9-14 J.
Institut für Diabetesforschung	<i>keine Angabe</i>
DEGAM	Die Kontrolle des Impfstatus gehört unbedingt zum Inhalt der Vorsorgeuntersuchung. Je nach Impfstatus werden Impfungen angeboten und ggf. nachgeholt, zu aktuellen und zukünftigen Impfungen (HPV, TDPacIPV mit 11 Jahren) wird ausführlich beraten und die Impfungen entsprechend angeboten.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	<i>keine Angabe</i>
DGKJP, DGPPN	Dies fällt nicht in unsere Expertise.
DGKJ	Prüfung des Impfstatus nach STIKO-Empfehlung, Hinweise auf fehlende und in Zukunft anstehende Impfungen, Bedeutung der HPV-Impfung zur Prävention von Malignomen in allen (später) sexuell aktiven Schleimhäuten und von Genitalwarzen bei Jungen und Mädchen
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Die Kontrolle des Impfstatus gehört unbedingt zum Inhalt der Vorsorgeuntersuchung. Je nach Impfstatus werden Impfungen nachgeholt, zu aktuellen und zukünftigen Impfungen (HPV, TDPacIPV mit 11 Jahren) wird ausführlich beraten und die Impfungen entsprechend angeboten.

D. Therapeutische Maßnahmen

12. Welche effektiven therapeutischen Maßnahmen stehen für die Behandlung von Adipositas bei Kindern (ggf. auch für Übergewicht) und Anorexie derzeit zur Verfügung?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Beratung, Kontrolle, KJP
Institut für Diabetesforschung	Siehe: S3-Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/050-002.html
DEGAM	Es gibt wenig evidenzbasierte Empfehlungen für eine Gewichtsreduktion bei einer manifesten Adipositas bei Kindern. Multimodale Programme werden von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kinds- und Jugendalter (AGA) empfohlen, die Ernährungsumstellung, Bewegungsförderung und intensive Einbindung der Familie beinhalten, sind jedoch an wenigen Orten zugänglich. Stationäre Rehamassnahmen sind für diese Altersgruppe in der Regel nur in Begleitung einer Bezugsperson sinnvoll, was für die Familien eine Belastung bedeutet. Umso wichtiger ist es, intensive Beratung in einem vertrauensvollen Kontext, nämlich der Haus- oder Kinderarztpraxis, als präventive Leistung anzubieten. Flankierend sollte die Akzeptanz von Settingansätzen gefördert werden. Problematisch ist die eingeschränkte Ressource der entsprechenden Strukturen, sowohl regionale Verfügbarkeit als auch Terminverfügbarkeit, insbesondere bei z.B. Anorexie ist der Zugang sowohl zu ambulanten als auch zu stationären Angeboten desolat. Entsprechend bekommt die Betreuung und Früherkennung durch den Haus- bzw. Kinderarzt einen hohen Stellenwert.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	<i>keine Angabe</i>

Einschätzende	Antwort
DGKJP, DGPPN	Die Vermengung von Adipositas und Anorexie erscheint uns unglücklich, allein schon aufgrund der unterschiedlichen Prävalenz. Für Anorexie besteht eine S-3-Leitlinie und die Behandlung erfolgt erfolgreich kinder- und jugendpsychiatrisch und – psychotherapeutisch. Hierzu stehen niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater:innen und -psychotherapeut:innen, ggfs. stationäre Behandlungsplätze in den dafür geeigneten Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie zur Verfügung. Hinsichtlich der Adipositas stellt sich die Situation differenzierter dar: die effektive Behandlung einer Adipositas bedarf oft auch einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Begleitung (auch aufgrund häufiger Komorbiditäten). Diesbezüglich ist die vernetzte Versorgung in Deutschland noch defizitär; der Rehabilitationsbereich zeigt unterschiedlich ermutigende Ergebnisse; ambulante Modelle existieren
DGKJ	Adipositas-Schulungsprogramme nach dem Konsensuspapier Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas (17) sowie zertifizierte Schulungsprogramme wie z. B. „Obeldicks“ (18) und „Power Kids“ (19), stationärer Aufenthalt in spezialisierten Kinder-Reha-Kliniken. Bei Anorexie Überweisung zur Kinder- und Jugend-Psychiatrie.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Multimodale interdisziplinäre Programme mit den Komponenten Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie (Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter AWMF-Nr. 050-002 Vs. 2019) Leider gibt es wenig evidenzbasierte Therapie für eine bereits manifeste Adipositas bei Kindern. Multimodale Programme wie von der AGA empfohlen, die Ernährungsumstellung, Bewegungsförderung und intensive Einbindung der Familie beinhalten, sind nur an wenigen Orten zugänglich. Stationäre Rehamaßnahmen sind für diese Altersgruppe meist nur in Begleitung einer Bezugsperson attraktiv, was für die Familien eine große Belastung bedeutet. Umso wichtiger ist es, intensive Beratung in einem vertrauensvollen Kontext, nämlich der Haus- oder Kinderarztpraxis, als präventive Leistung anzubieten.

13. Sofern keine Therapie von Übergewicht und Adipositas erfolgen würde, welche Folgeerkrankungen sind Ihnen bekannt? Wann und wie häufig treten diese Folgeerkrankungen auf?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Hypertonie, Gelenkprobleme, Diabetes Mellitus Typ II
Institut für Diabetesforschung	<i>keine Angaben</i>
DEGAM	Zur Persistenz der im Grundschulalter erworbenen Adipositas bzw. Übergewicht weiß die KIGGS-Studie zu berichten, dass diese erheblich ist: nur wenige Kinder mit Adipositas im Grundschulalter entwickeln später ein Normalgewicht. <i>Journal of Health Monitoring S5/2021 Asthma, Adipositas und ADHS (rki.de)</i> Folgeerkrankungen von Übergewicht und Adipositas stellen sich in der Regel erst im Erwachsenenalter ein und sind hinlänglich bekannt (Diabetes II, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Arthrose, soziale Ausgrenzung). Internationale Studien gehen davon aus, dass das hohe Ausmaß an Übergewicht und Adipositas im Kindesalter dazu führen kann, dass diese Generation erstmals eine kürzere Lebenserwartung hat als die ihrer Eltern. <i>OECD (2019), The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/67450d67-en</i> <i>(International Association for the Study of Obesity (IASO), Annual Report 2009;</i>
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Es gibt Hinweise darauf, dass unzureichend behandeltes Asthma bei Kindern mit Adipositas assoziiert ist⁹. Umso wichtiger ist es, dass Kinder mit Risiko für Asthma und Kinder mit Symptomen frühzeitig identifiziert und behandelt werden. Dafür ist die U10 Untersuchung im besonderen Maße geeignet. ⁹ https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201608-1691OC

Einschätzende	Antwort
DGKJP, DGPPN	Die Folgen (Metabolisches Syndrom etc., Mobbing-Erfahrungen, Belastungsstörungen, Depression, NSSV) sind weithin bekannt und epidemiologisch gut untersucht. Für Kinder und Erwachsene ergeben sich langfristig keine unterschiedlichen Folgen.
DGKI	Schon frühzeitig sehr häufig emotionale Störungen wie vermindertes Selbstwertgefühl, Mobbing, psychische Folgeerkrankungen, nach einigen Jahren häufig Metabolisches Syndrom, Diabetes mellitus Typ II (20), arterielle Hypertonie, Steatosis hepatis, muskuloskelettale Probleme wie X-Knie und Epiphysiolysis capitis femoris, Arthrose, bei Adipositas häufig Schlaf-Apnoe-Syndrom, nach Jahren Polycystisches Ovarsyndrom und Acanthosis nigricans
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Im Grundschulalter bestehende Adipositas persistiert häufig. Wenige Kinder mit Adipositas im Grundschulalter entwickeln später ein Normalgewicht. (KIGGS-Studie) Journal of Health Monitoring S5/2021 Asthma, Adipositas und ADHS (rki.de) Folgeerkrankungen von Übergewicht und Adipositas stellen sich in der Regel erst im Erwachsenenalter ein und sind hinlänglich bekannt (Diabetes II, Herz-Kreislaufferkrankungen). Internationale Studien gehen davon aus, dass das hohe Ausmaß an Übergewicht und Adipositas im Kindesalter dazu führt, dass diese Generation erstmals eine kürzere Lebenserwartung hat als die ihrer Eltern. (International Association for the Study of Obesity (IASO), Annual Report 2009)

14. Welche effektiven therapeutischen Maßnahmen stehen für die Behandlung von psychischen Erkrankungen (ggf. auch für Auffälligkeiten) derzeit zur Verfügung?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Ergotherapie
Institut für Diabetesforschung	<i>keine Angaben</i>

Einschätzende	Antwort
DEGAM	Insbesondere bei funktionellen Beschwerden gilt ein gutes Arzt-Patient-Verhältnis als Teil der Therapie: die rationale Abklärung somatischer Beschwerden ohne Überbewertung des Symptoms sowie Hilfestellung bei der Bewältigung des Symptoms wirken einer Chronifizierung funktioneller Symptome und damit möglicherweise Entwicklung einer chronischen Somatisierungsstörung entgegen. Falls die haus- oder kinderärztlichen Maßnahmen nicht ausreichen, gilt es, das Kind oder die Familie in die spezialärztliche Behandlung (Kinderpsychotherapie, Kinderpsychiatrie) zu überweisen und dies entsprechend zu begleiten.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	<i>keine Angabe</i>
DGKJP, DGPPN	Wir enthalten uns hier, eine vielseitige Abhandlung über das Versorgungssystem im SGB V und darüber hinaus (z.B. SGB VIII) zu präsentieren. Krankheitswertige psychische Störungen werden sowohl durch Richtlinienpsychotherapie als auch im Rahmen niederschwelliger Beratung, der SPV-Vereinbarung, Gruppentherapien mit zugelassenen Verfahren, letztlich auch teilstationär, vollstationär, stationsäquivalent oder in der Rehabilitation behandelt. Über die zulässigen Verfahren im KV- Bereich beschließt der G-BA aufgrund von Evidenzbasierung.
DGKJ	Psychotherapie und Medikamente bei Erkrankungen, Beratung des Betroffenen und seiner Familie bei Auffälligkeiten
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Insbesondere bei funktionellen Beschwerden gilt ein gutes Arzt-Patient-Verhältnis als Teil der Therapie: die rationale Abklärung somatischer Beschwerden ohne Überbewertung des Symptoms sowie Hilfestellung bei der Bewältigung des Symptoms wirken einer Chronifizierung funktioneller Symptome und damit möglicherweise Entwicklung einer chronischen Somatisierungsstörung entgegen. Falls die haus- oder kinderärztlichen Maßnahmen nicht ausreichen, gilt es, das Kind bzw. die Familie in die spezialärztliche Behandlung (Kinderpsychotherapie, Kinderpsychiatrie) zu überweisen.

**15. Sofern keine Therapie von psychischen Erkrankungen/ Auffälligkeiten erfolgen würde, welche Folgeerkrankungen sind Ihnen bekannt?
Wann und wie häufig treten diese Folgeerkrankungen auf?**

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	<i>keine Angaben</i>
Institut für Diabetesforschung	<i>keine Angaben</i>
DEGAM	Funktionelle Störungen können chronifizieren. Nicht erkannte psychische Beeinträchtigungen können sich zu einer manifesten Somatisierungsstörung entwickeln. Ängste im Kindesalter, die nicht erkannt, bewältigt oder behandelt werden, können bis ins Erwachsenenalter hineinwirken und die Entstehung von Depressionen und anderen psychischen begünstigen. Nicht erkannte Depressionen können im schlimmsten Fall zu Suizidalität im Jugendalter führen. Externalisierende Störungen, wie sie bei Jungen eher festzustellen sind, können sich ebenfalls unbehandelt im weiteren Verlauf verschlimmern.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	<i>keine Angabe</i>
DGKJP, DGPPN	Auch hierzu besteht ausreichend Literatur: psychische Erkrankungen in diesem Altersabschnitt führen zu schweren und mannigfaltigen Einschränkungen im Erwachsenenalter, sowohl psychisch, wie somatisch. Die Rate an Suchterkrankungen ist höher, die Rate an Herz-Kreislaufferkrankungen etc. Gleichzeitig sind weiter oben gemachten Ausführungen zu Risikofaktoren einzubeziehen, also niedriger SES und ACE.
DGKI	Beeinträchtigung der schulischen Leistung, soziale Isolation, Mobbing, Aggression, Angst, Depressionen, impulsives und oppositionelles Verhalten, Wutausbrüche, chronische psychische Störungen, erhöhtes Suchtrisiko und verminderte

Einschätzende	Antwort
	Lebensqualität. Zur Häufigkeit dieser Probleme infolge Nichtbehandlung von Auffälligkeiten im Alter von 9 bis 10 Jahren sind uns keine Daten bekannt. Es ist aber eine relevante Häufigkeit zu erwarten.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Funktionelle Störungen können chronifizieren. Nicht erkannte psychische Beeinträchtigungen können sich zu einer manifesten Somatisierungsstörung entwickeln. Ängste im Kindesalter, die nicht bewältigbar sind und nicht behandelt werden, können bis ins Erwachsenenalter hineinwirken und die Entstehung von Depressionen begünstigen. Nicht erkannte Depressionen können im schlimmsten Fall zu Suizidalität im Jugendalter führen. (Suizidalität im Kindes- und Jugendalter, Dtsch Arztebl Int 2020; 117: 261-7) Externalisierende Störungen, wie sie bei Jungen eher festzustellen sind, können ebenfalls unbehandelt im weiteren Verlauf verschlimmern.

E. Kurz- und langfristige Folgen

16. Was sind die kurz- und langfristigen Folgen eines übermäßigen Medienkonsums bzw. einer Computerspielsucht? In welchem Alter und wie häufig treten diese auf? Welche Interventionen sind bei übermäßigem Medienkonsum bzw. einer Computerspielsucht bei Kindern effektiv?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Schlafstörungen, Schulleistungsstörungen, soziale Isolation. Meist erst mit 12-14 J. Suchtmedizinische Beratung, Medienreduktion
Institut für Diabetesforschung	<i>keine Angaben</i>

Einschätzende	Antwort
DEGAM	Bekannte Folge eines übermäßigen Medienkonsums ist u.a. die Entwicklung von Internet- oder Spielsucht: die Prävalenz liegt bei 5,8% bei 12-17jährigen Jugendlichen <i>Geisel O, Lipinski A, Kaess M: Nichtsubstanzgebundene Abhängigkeiten im Kindes- und Jugendalter. Internet, Computerspiele und Soziale Medien. Dtsch Arztebl Int 2021; 118: 14–22. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0002)</i> Zu weiteren Folgen gehören Begünstigen der Entstehung von Adipositas (durch Bewegungsmangel), Schulleistungsprobleme und Konzentrationsstörungen. Soziale Fertigkeiten werden beeinträchtigt. <i>Fröhlich E et al: Übermäßiger Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen: Risiken für Psyche und Körper, Dtsch Arztebl 2007; 104(38): A 2560-4.</i> Mit der U10 könnten wir die Kinder und ihre Familien für eine präventive Beratung zum Thema Medienkonsum erreichen. Im Schulalter ist die Kontrolle durch die Eltern bzw. Bezugspersonen entscheidend und ihre Aufklärung entsprechend wichtig. Mit der U10 könnten wir die Kinder und ihre Familien für eine präventive Beratung zum Thema Medienkonsum erreichen.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	<i>keine Angabe</i>
DGKJP, DGPPN	Sehr häufig liegt einem übermäßigen Medienkonsum eine andere psychiatrische Grunderkrankung zugrunde, die leitliniengerecht ausgeschlossen werden sollte (z.B. Depression, soziale Phobie, Autismus), in allen Altersgruppen. Hier sind auch moderierende Aspekte (vgl. weiter oben) zu beachten und es ist vor simplifizierenden Kausalitäten zu warnen in der Bewertung. Hinsichtlich der Effektivität von Maßnahmen besteht noch ein Defizit in der Forschung. Hierzu laufen derzeit Forschungsprojekte in D. Bei einer „Computerspielsucht“ wird eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung mit Elternberatung unerlässlich sein.
DGKJ	Übermäßiger, dysfunktionaler Medienkonsum im Grundschul- und Jugendalter trägt zu Adipositas, Kurzsichtigkeit, Bewegungsmangel mit allen Folgen, Vernachlässigung anderer Interessen, schlechtere Leistungen in der Schule, Blässe,

Einschätzende	Antwort
	Müdigkeit und Schlafproblemen bis hin zur Tag-Nacht-Umkehr, Konzentrationsproblemen, verminderter Vorstellungskraft und Phantasieelosigkeit bei. Ferner verstärkt er Depressionen und Selbstwertprobleme sowie Ängste. Es kann in allen Altersstufen auftreten und hängt wesentlich von den Regelungen im Umfeld ab. Auch Kleinkinder können schon in der Entwicklung durch digitale Bildschirmtechnik massiv gestört sein bis hin zu autistischen Zügen. Oft beginnt die Problematik aber mit dem ersten eigenen Handy oder dem Fernseher im eigenen Zimmer bzw. mit der digitalen Ausstattung für Schulzwecke. Daher erscheint ein Screening auf Medienbezogene Störungen im Alter von 9 bis 10 Jahren besonders sinnvoll. Interventionen: Hier verweisen wir erneut auf die Homepage der Initiative „SCHAU HIN! Was Dein Kind mit Medien macht“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (https://www.schau-hin.info/).
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Bekannte Folgen übermäßigen Medienkonsums sind die Entwicklung von Internet- oder Spielsucht: die Prävalenz liegt bei 5,8% bei 12-17jährigen Jugendlichen (Nichtsubstanzgebundene Abhängigkeiten im Kindes- und Jugendalter) Internet, Computerspiele und Soziale Medien Olga Geisel, Anneke Lipinski, Michael Kaess Dtsch Arztebl Int 2021; 118: 14–22. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0002) Zu weiteren Folgen gehören Begünstigen der Entstehung von Adipositas (durch Bewegungsmangel), Schulleistungsprobleme und Konzentrationsstörungen. Soziale Fertigkeiten werden beeinträchtigt. Übermäßiger Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen: Risiken für Psyche und Körper, Egmond Fröhliche et al; Dtsch Arztebl 2007; 104(38): A 2560-4. Mit der U10 könnten wir die Kinder und ihre Familien für eine präventive Beratung zum Thema Medienkonsum erreichen. Im Schulalter ist die Kontrolle durch die Eltern bzw. Bezugspersonen entscheidend und ihre Aufklärung entsprechend wichtig.

**17. Was sind die kurz- und langfristigen Folgen von körperlicher Inaktivität? In welchem Alter treten diese auf und wie häufig sind diese?
Welche Interventionen sind bei körperlicher Inaktivität bei Kindern effektiv?**

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Übergewicht, Rückenprobleme Vereinssport, Rehasport, ggf. Physiotherapie. Meist erst im Alter von 12-14 J.
Institut für Diabetesforschung	<i>keine Angaben</i>
DEGAM	Motorische Leistungsfähigkeit fördert die kindliche Gesamtentwicklung, ist assoziiert mit besserer körperlicher Koordination und bietet Schutz vor Unfällen und Verletzungen, vermittelt ein besseres Körpergefühl und korreliert mit positiver kognitiver Entwicklung. <i>Krug S. et al: Motorische Leistungsfähigkeit 4-10-jähriger Kinder in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt 2019 62:1242-1252</i> Die häufigste Folge körperlicher Inaktivität sind Übergewicht und Adipositas. Aber auch zunehmende Klagen von Jugendlichen über Rücken- und Kopfschmerzen lassen sich zum Teil zurückführen auf den Bewegungsmangel.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Asthma im Kindesalter kann bei unzureichender Asthmakontrolle nicht nur zu einer verminderten körperlichen Aktivität führen, auch eine körperliche Inaktivität kann sich negativ auf die Schwere der Manifestation von Asthma auswirken ¹⁰ . ¹⁰ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37509700/#:~:text=Abstract,atopic%20dermatitis%2C%20and%20chronic%20urticaria
DGKJP, DGPPN	Diese Frage überlassen wir anderen Fachgesellschaften. Auf das Risiko körperlicher Inaktivität bezogen auf Medien bzw. emotionale Störungen sei auf a) weiter oben und b) auf die S3 LL depressive Störungen verwiesen.
DGKJ	Folgen:

Einschätzende	Antwort
	Verminderung von Kraft, Ausdauer, Koordination, kardiopulmonaler Leistungsfähigkeit, Selbstvertrauen und Aufmerksamkeit, Verminderung der Belastbarkeit des Bewegungsapparats (Sehnen, Knorpel, Knochen) sowie der Knochendichte und damit höheres Osteoporoserisiko im späteren Leben, erhöhtes Adipositas-, Diabetes- und Hypertonie-Risiko. Interventionen: Beratung mittels motivierender Gesprächsführung; inaktive Kinder und Jugendliche sollen schrittweise zunächst den zeitlichen Umfang und dann die Intensität der körperlichen Aktivität zu steigern (21).
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Motorische Leistungsfähigkeit fördert die kindliche Gesamtentwicklung, ist assoziiert mit besserer körperlicher Koordination und bietet Schutz vor Unfällen und Verletzungen, vermittelt ein besseres Körpergefühl und korreliert mit positiver kognitiver Entwicklung. Die häufigste Folge körperlicher Inaktivität sind Übergewicht und Adipositas. Auch Rücken- und Kopfschmerzen lassen sich zum Teil auf Bewegungsmangel zurückführen.

18. Ist es Ihrer Einschätzung nach möglich, die HPV-Impfrate durch die Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung zu steigern, um eine verbesserte Krebsprävention zu erreichen?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Nein. Impfung bzw. Beratung von HPV kann gut bei Auffrischung von Tdap-IPV* erfolgen <i>[*eingefügt durch G-BA: Kombinationsimpfstoff, der gegen 4 Infektionskrankheiten gerichtet ist: Diphtherie, Tetanus, Pertussis und Poliomyelitis]</i>
Institut für Diabetesforschung	<i>keine Angaben</i>

Einschätzende	Antwort
DEGAM	Ja: Bei einer hohen Impftrate wie in Australien kann die Inzidenz des Zervixkarzinoms von 6,2/ 100.000 auf weniger als 1/100.000 fallen. Wir erreichen derzeit eine Impftrate von 51 %. <i>Wojcinski M. 14 Jahre HPV-Impfung: was haben wir erreicht? [14 years of HPV vaccination: what has been achieved?]. Gynakologe. 2021;54(11):801-809. German. doi: 10.1007/s00129-021-04869-3. Epub 2021 Oct 13. PMID: 34658401; PMCID: PMC8512599.</i> Bei vollständig geimpften Frauen wurde für anogenitale Warzen ein um 63 % (aHR 0,37 (95% KI 0,34 to 0,40) reduziertes Risiko beobachtet, das Risiko für Gebärmutterhalsläsionen war um 23 % (aHR 0,77, 95%KI 0,71 to 0,84) reduziert. <i>Osmani V, Klug SJ. HPV-Impfung zur Prävention von Genitalwarzen und Krebsvorstufen – Evidenzlage und Bewertung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2021 May;64(5):590-599. German. doi: 10.1007/s00103-021-03316-x. Epub 2021 Apr 13. PMID: 33851224; PMCID: PMC8087596.</i>
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	keine Angabe
DGKJP, DGPPN	Dies fällt nicht in unsere Expertise.
DGKJ	Im Alter von 9 bis 10 Jahren erfolgen selten Arztkontakte. Eine Früherkennungsuntersuchung in diesem Alter ist eine gute Möglichkeit, Kinder und Eltern zum Thema HPV-Impfung zu beraten, die man ohne diese Untersuchung gar nicht in der Praxis sehen würde. Daher gehen wir davon aus, dass sich die HPV-Impftrate durch diesen zusätzlichen Arztkontakt steigern und dadurch eine verbesserte Krebsprävention erreichen ließe. Einladungssysteme, insbesondere durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst, können alle Familien erreichen, auch die mit eingeschränktem Zugang zum Gesundheitswesen. Auch Einladungen durch die Krankenkassen können unterstützend wirken.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Auf jeden Fall. Bei einer hohen Impftrate wie in Australien kann die Inzidenz des Zervixkarzinoms von 6,2/ 100.000 auf weniger als 1/100.000 fallen. Wir erreichen grade eine Impftrate von 51 % Gynakologe 2021;54/11 Michael Wojcinski

Einschätzende	Antwort
	Bei vollständig geimpften Frauen wurde für anogenitale Warzen ein um 63 % (aHR 0,37 (95% KI 0,34 to 0,40) reduziertes Risiko beobachtet, das Risiko für Gebärmutterhalsläsionen war um 23 % (aHR 0,77, 95%KI 0,71 to 0,84) reduziert. retrospektive Analyse aus Bayern von Osmani et al

F. Wirtschaftlichkeit

19. Wie hoch sind die Kosten für eine neue Früherkennungsuntersuchung?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	?
Institut für Diabetesforschung	Die Früherkennungsuntersuchung für Typ-1-Diabetes im Rahmen der Fr1da-Studie kostete etwa 28 Euro pro Kind [Karl 2022]. Sollte das Screening in die medizinische Regelversorgung aufgenommen werden, wurde prognostiziert, dass sich der Betrag auf etwa 22 Euro pro Kind reduzieren könnte [Karl 2022]. In dieser Analyse wurden die Kosten im Rahmen des Inselautoantikörper-Screenings, für Tests zur Einschätzung der Betazell-Funktion (oraler Glukosetoleranztest) und der Qualität der Stoffwechseleinstellung (HbA1c) bei Kindern mit Typ-1-Diabetes-Frühestadium sowie für eine Schulung zur Prävention und Beratung für betroffene Kinder und deren Familien berücksichtigt. Literatur: Karl FM et al. Diabetes Care 2022; 45: 837-844.
DEGAM	Das Honorar sollte sich an den Vorsorgeuntersuchungen U2-U9 orientieren. Hinzu kommen Kosten für die Administration analog zu anderen Früherkennungsuntersuchungen mit Einladungsverfahren. Außerdem sollten Kosten für eine suffiziente Begleitevaluation einkalkuliert werden.

Einschätzende	Antwort
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Für die Einbindung von Asthma in die Früherkennungsuntersuchung für Kinder zwischen 9 und 10 Jahren (U10) bedarf es eines fragenbogenbasierten Screenings. Mit wenigen, aber fokussierten Fragen, etwa nach der Familienanamnese hinsichtlich Allergien, Husten ohne Infekt, pfeifende Atmung oder nach dem Verlauf von Atemwegsinfekten, besteht die Möglichkeit, Risikokinder rasch und unkompliziert zu erkennen. Sinnvoll ist es, hierbei auch die Eltern miteinzubeziehen. Es ist hervorzuheben, dass diese Fragebögen bereits zur Verfügung stehen und nicht erst entwickelt werden müssen, der Aufwand der Implementierung demnach äußerst gering ist. Finden sich auf dieser Grundlage Anhaltspunkte für ein Asthma, sollte das Screening durch eine Lungenfunktionsprüfung und eine orientierende Allergiediagnostik (Hauttest oder Bluttest inhalative Standard-Allergene) ergänzt werden, da die Allergieneigung die Hauptursache von Asthma im Kindes- und Jugendalter ist. Auf diese Weise lassen sich mit wenig Aufwand, auch für die behandelnden Ärzt:innen, Risiko- und Symptombkinder frühzeitig erkennen, behandeln und langfristige Schädigungen der Lunge verhindern. Idealerweise finden Allergiescreenings zusätzlich bereits im frühen Kindesalter im Rahmen der U-Untersuchungen statt, denn die Symptome beginnen immer früher.
DGKJP, DGPPN	Dies fällt nicht in unsere Expertise.
DGKJ	Die Kosten liegen bei ca. 70 Euro. Bei einer Geburtskohorte von ca. 700.000 Kindern pro Jahr und einer anzustrebenden Inanspruchnahme von 90% ergeben sich jährliche Kosten von ca. 44 Mio. Euro.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Das Honorar sollte sich an den Vorsorgeuntersuchungen U2-U9 orientieren.

G. Daten- und Studienlage

20. Bitte geben Sie die relevanten nationalen/internationalen Leitlinien und Studien an, die Aussagen zu Früherkennungsprogrammen für Kinder machen.

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	<i>keine Angaben</i>
Institut für Diabetesforschung	Früherkennungsprogramme für Typ-1-Diabetes wurden im Rahmen von Studien vielfach durchgeführt [Sims 2022]. In bisherigen Leitlinien und Praxisempfehlungen wurde die Untersuchung von Inselautoantikörpern im Rahmen von Studien und bei Verwandten von Patienten mit Typ-1-Diabetes empfohlen [ADA 2022; Landgraf 2022]. Neue Evidenz aus Früherkennungsprogrammen in der Allgemeinbevölkerung muss in zukünftigen Leitlinien noch stärker berücksichtigt werden. Die International Society of Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) stellt in ihren aktuellen Clinical Practice Consensus Guidelines [Besser 2022] in Aussicht: „Da die DKA-Raten bei Personen mit einem T1D-Verwandten ersten Grades niedriger sind als bei Personen ohne T1D und die überwiegende Mehrheit der Personen (mindestens 85 %), die an T1D erkranken, keine familiäre Vorbelastung haben, erfordert eine sinnvolle DKA-Prävention letztlich ein bevölkerungsweites Screening.“ „Mit der Zeit wird das Screening wahrscheinlich in den lokalen, regionalen und nationalen Gesundheitssystemen als Standard der Versorgung verankert werden.“ Die American Diabetes Association (ADA) hat nun in ihren aktuellen Leitlinien zur "Klassifizierung und Diagnose von Diabetes" [ElSayed 2023a] im Abschnitt "Typ-1-Diabetes" die Empfehlungen 2.5 und 2.6 in einem Addendum überarbeitet, um den aktuellen Vorgaben der US-amerikanischen Food and Drug Administration (FDA) zu den Therapien zur Verzögerung des Auftretens von Typ-1-Diabetes Rechnung zu tragen [ElSayed 2023b]. In der Empfehlung 2.5 zur Untersuchung von Inselautoantikörpern wurde die Einschränkung „im Rahmen von Studien und bei Verwandten von Patienten mit Typ-1-Diabetes“ entfernt. Die Empfehlung lautet nun wie folgt: "2.5 Das Screening auf präsymptomatischen Typ-1-Diabetes kann durch den Nachweis von Autoantikörpern gegen Insulin, Glutaminsäuredecarboxylase (GAD), Inselantigen 2 oder Zink-Transporter 8 erfolgen. B"

Einschätzende	Antwort
	Die Empfehlung 2.6 lautet nun wie folgt: "2.6 Multiple bestätigte Insel-Autoantikörper sind ein Risikofaktor/eine Frühform für klinischen Diabetes. Die Untersuchung auf Dysglykämie kann zur weiteren Vorhersage des Risikos für eine zeitnahe Diabetesentwicklung verwendet werden. Wenn mehrere Inselautoantikörper festgestellt werden, sollte die Überweisung an ein spezialisiertes Zentrum zur weiteren Untersuchung und/oder die Erwägung einer klinischen Studie oder einer zugelassenen Therapie in Betracht gezogen werden, um die Entwicklung eines klinischen Diabetes möglicherweise zu verzögern. B" Weiterhin wurde wie folgt geändert: "In Europa (z.B. Fr1da, gppad.org) und in den USA (z.B. trialnet.org, askhealth.org, cascadekids.org) gibt es mehrere Screening-Programme. Eine familiäre Vorbelastung mit Autoimmundiabetes und eine persönliche oder familiäre Vorbelastung mit allergischen Erkrankungen oder anderen Autoimmunerkrankungen erhöht das Risiko für Autoimmundiabetes im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Personen, die positiv auf Autoantikörper getestet wurden, sollten entweder eine Beratung über das Risiko der Diabetesentwicklung, über Diabetes-Symptome und die Vorbeugung von DKA erhalten oder an eine solche überwiesen werden, um festzustellen, ob sie die Kriterien für eine Intervention zur Verzögerung des Fortschreitens erfüllen." In Italien wurde in diesem Jahr ein Gesetz erlassen, das ein nationales Screening auf Autoantikörper zur Früherkennung von Typ-1-Diabetes sowie Zöliakie für Kinder im Alter von 1-17 Jahren im Rahmen der Regelversorgung ermöglicht. Literatur: Sims EK et al. Diabetes 2022; 71: 610-623. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Diabetes Care 2022; 45: S17-S38. Landgraf R et al. Diabetol Stoffwechs 2022; 17 (S02): S98-S110. Besser REJ et al. Pediatr Diabetes 2022; 23: 1175-1187. ElSayed NA et al. Diabetes Care 2023; 46: S19-S40. ElSayed NA et al. Diabetes Care 2023; 46: 1715.

Einschätzende	Antwort
DEGAM	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern, zuletzt geändert am 12. Mai 2023 veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 12.07.2023 B2 Leitlinien sind uns dazu nicht bekannt
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Finnland hat von 1994 bis 2004 ein nationales Asthma-Programm durchgeführt. Ziel war es, die Versorgung zu verbessern und gleichzeitig einen Kostenanstieg im Gesundheitssystem zu verhindern. Teil dieses breit angelegten Programms war ab 2002 auch ein spezielles Unterprogramm für Asthma im Kindesalter. Das Programm bestand aus praktischen Checklisten, die die Versorgung von Kindern mit Asthma anhand von klaren Richtlinien regelte. Grundsätzlich war das Programm in Finnland ein großer Erfolg¹¹. ¹¹ https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2104683/
DGKJP, DGPPN	Jede der von der DGKJP federführend durchgeführten AWMF-Leitlinien (diese verweisen jeweils auf die internationalen Leitlinien) und auch die von uns kooperativ unterstützten Leitlinien verweisen auf die Diagnostikschritte und Möglichkeiten der Früherkennung psychischer Störungen. Zu pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen fehlt uns die Expertise.
DGKJ	Es gibt keine nationale Leitlinie zur Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen. Krüger et al. haben die Effektivität der zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen U10, U11 und J2 des BVKJ im Alter von 7 bis 8, 9 bis 10 und 16 bis 17 Jahren untersucht (22). Das Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) der WHO wurde in einem systematischen Review evaluiert (23).
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Richtlinie des G-BA über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern zuletzt geändert am 12. Mai 2023 veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 12.07.2023 B2 Leitlinien sind nicht bekannt

21. Gibt es derzeit in Deutschland laufende Studien oder Pilotprojekte zu dieser Untersuchung?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	<i>keine Angaben</i>
Institut für Diabetesforschung	Die Fr1da-Studie wurde als Modellprojekt „Typ-1-Diabetes: Früh erkennen – Früh gut behandeln“ im Jahr 2015 unter der Leitung des Instituts für Diabetesforschung, Helmholtz Zentrum München in Bayern initiiert [Raab 2016; Ziegler 2020; Weiss 2022; Hummel 2023], um ein öffentliches Gesundheitsscreening auf Inselautoantikörper zur Früherkennung des Typ-1-Diabetes bei Kindern zu evaluieren (ClinicalTrials.gov: NCT04039945). In Zusammenarbeit mit >600 Kinderarztpraxen sowie 18 pädiatrischen Diabeteseinrichtungen, und mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. Landesverband Bayern sowie Paednetz® Bayern wird seitdem allen Kindern in Bayern ein kostenloser und freiwilliger Früherkennungstest im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen (U7 bis U9) oder bei jedem anderen Kinderarztbesuch im Alter zwischen 2 und 5 Jahren angeboten. Im Jahr 2019 wurde die Früherkennungsuntersuchung auf Kinder im Alter von 2 bis 10 Jahre (U7 bis U11) ausgeweitet. Insgesamt wurden schon >180.000 Kinder getestet. Im Rahmen der Fr1da^{plex}-Initiative wird seit Anfang 2022 der Früherkennungstest auch für Kinder in Niedersachsen und Hamburg („Fr1da im Norden“, Leitung: Kinderkrankenhaus Auf der Bult, Hannover) sowie in Sachsen („Fr1da in Sachsen“, Leitung: Zentrum für Regenerative Therapien, TU Dresden) kostenlos angeboten (Informationen unter www.fr1da.de). Literatur: Raab J et al. BMJ Open 2016; 6: e011144. Ziegler AG et al. JAMA 2020; 323: 339-351. Weiss A et al. Diabetologia 2022; 65: 2121-2131. Hummel S et al. Diabetologia 2023; 66: 1633-1642.
DEGAM	Vorsorgeforschung im Kindes und Jugendalter der Universität Düsseldorf unter Leitung von Frau Prof. Dr. Freia De Bock zur Entwicklung präventiver Angebote, die Optimierung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in der

Einschätzende	Antwort
	Versorgung von Kindern, sozialmedizinischen Themen (Kinderschutz, Sicherung der Teilhabe, Stärkung der Resilienz, chronische Erkrankungen). Mit der Uheft-eva des IGES Institut GmbH, 10117 Berlin soll die seit 2017 geltende Neufassung der Kinder-Richtlinie hinsichtlich Qualität und Zielerreichung evaluiert werden.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	<i>keine Angabe</i>
DGKJP, DGPPN	Es gibt mannigfache Projekte zu dieser Altersgruppe, eine bundeseinheitliche oder evidenzbasierte Datenlage ist uns nicht bekannt, allerdings ergibt sich mit den bereits erwähnten DZ die Möglichkeit, hier bei entsprechender Förderung entsprechende Studien anzustoßen.
DGKI	Evaluation Pediatric-Centered Integrated Care AOK Junior (EPIVA), https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/epiva-evaluation-paediatrizentrierte-integrierte-versorgung-aok-junior.121, DRKS-ID: DRKS00015280 Supplementary orthopedic screening for children to prevent permanent skeletal deformities (OrthoKids), http://www.ortho-kids.de, DRKS-ID: DRKS00029057, recruiting ongoing
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Vorsorgeforschung im Kindes- und Jugendalter der Universität Düsseldorf unter Leitung von Frau Prof. Dr. Freia De Bock zur Entwicklung präventiver Angebote, die Optimierung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in der Versorgung von Kindern, sozialmedizinischen Themen (Kinderschutz, Sicherung der Teilhabe, Stärkung der Resilienz, chronische Erkrankungen) Mit der Uheft-eva des IGES Institut GmbH soll die seit 2017 geltende Neufassung der Kinder- Richtlinie hinsichtlich Qualität und Zielerreichung evaluiert werden.

H. Die Befunddokumentation der J1 soll in das Untersuchungsheft für Kinder integriert werden.

22. Welche Vorteile ergeben sich aus Ihrer Sicht, wenn die Befunddokumentation der J1 in das Untersuchungsheft für Kinder integriert wird?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	, dass die Eltern diese Vorsorgemaßnahmen wahrnehmen!
Institut für Diabetesforschung	<i>keine Angaben</i>
DEGAM	Die J1 wird aktuell nicht in einer an Kinder bzw. Eltern auszuhändigenden Form dokumentiert, was von Jugendlichen und Eltern häufig als Mangel empfunden wird. Auch für die weitere gesundheitliche Versorgung, womöglich in anderen Praxen als der, in der die J1 durchgeführt wurde, ist eine Dokumentation hilfreich. Es sollte ein Hinweis angebracht werden, dass diese Untersuchung in allen Praxen der hausärztlichen Versorgungsebene durchgeführt werden kann.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Das Zusammenführung aller Informationen ist zu begrüßen: die frühkindlichen Faktoren sind für die Gesundheit im Erwachsenenalter wichtig und gehen sonst leichter verloren.
DGKJP, DGPPN	Die Verlaufsdokumentation ist aus entwicklungspsychologischer wie entwicklungsmedizinischer Sicht essentiell, da Vordaten zur Validierung sowohl von Risikofaktoren wie Verläufen unabdingbar sind. Bei jeder weiter gehenden, auch jugendpsychiatrischen Behandlung ist die gesamte Historie der erhobenen Befunde bedeutsam.
DGKI	Durch die Aufnahme der Befunddokumentation der J1 in das Untersuchungsheft für Kinder würde die J1 bei Eltern bekannter. Dadurch ist eine Verbesserung der Inanspruchnahme der J1 zu erwarten.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Die J1 wird aktuell in keiner Form dokumentiert, was von Jugendlichen und Eltern häufig als Mangel empfunden wird – sollen sie doch das gelbe Heft und den Impfpass mitbringen. Auch für die weitere gesundheitliche Versorgung, womöglich in anderen Praxen als der, die die J1 durchgeführt wurde, ist eine Dokumentation hilfreich.

23. Sehen Sie Anpassungsbedarf in der Dokumentation der J1 (gegebenenfalls in welcher Form)?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Tannerstadien, Medienkonsum, Schulform, Familiensituation
Institut für Diabetesforschung	<i>keine Angaben</i>
DEGAM	Die J1 und U 10 sollten in das Gelbe Heft sowie in Form eines Eintrages in die jetzt einzuführende ePA mit übernommen werden, um im weiteren Verlauf relevante Entwicklungsschritte nachvollziehen zu können.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Wenn möglich und entsprechend verfügbar sollte die Integration in die elektronische Gesundheitskarte erfolgen.
DGKJP, DGPPN	<i>keine Angaben</i>
DGKI	Die J1 stammt aus den 1990er Jahren und ist nicht mehr zeitgerecht. Sie bedarf einer grundlegenden Überarbeitung. Zunächst sollte die Dokumentation an die Struktur der U2 bis U9 im Kinderuntersuchungsheft angepasst werden. Bei der Untersuchung des Bewegungsapparats mit dem Vorbeugetest sollte ein Screening auf M. Scheuermann zum Screening auf Skoliose hinzugefügt und durch den Rutsch-Haltest erweitert werden.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Die J1 und eine weitere U 10 sollten in das Gelbe Heft mit übernommen werden, um im Erwachsenenalter alle relevanten Entwicklungsschritte nachvollziehen zu können.

J. Sonstige Aspekte

24. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

Einschätzende	Antwort
Frau Dr. Bausch	Leider gibt es derzeit bei vielen Kinderärzten keine Kapazitäten für weitere Vorsorge!!! Zunehmende Patientenzahlen, zunehmende Impfungen plus zunehmende Vorsorgen sprengen die Kapazitäten der Praxen. Ich arbeite auch ohne U10-U11 schon 50 Std./Woche.
Institut für Diabetesforschung	Die Früherkennungsuntersuchung zur Identifizierung von Kindern mit einem symptomlosen Frühstadium des Typ-1-Diabetes ermöglicht den Zugang zu potenziell vorbeugenden Therapien. In den USA ist seit November 2022 der Wirkstoff Teplizumab zur Behandlung von Personen ab 8 Jahren mit fortgeschrittenem Typ-1-Diabetes-Frühstadium (mit Dysglykämie) zugelassen. Teplizumab kann den Ausbruch der klinischen Stoffwechselerkrankung bei Kindern und Jugendlichen um durchschnittlich bis zu 3 Jahre verzögern [Herold 2019; Sims 2021]. Mit einer Teplizumab-Therapie lassen sich herausfordernde Lebensabschnitte für das Diabetesmanagement wie Kindheit, Jugend und frühes Erwachsenenalter überbrücken. Inselautoantikörper-Screening ist die einzige Möglichkeit, um Personen zu identifizieren, die von einer Therapie mit Teplizumab profitieren. Literatur: Herold KC et al. N Engl J Med 2019; 381: 603-613. Sims EK et al. Sci Transl Med 2021; 13: eabc8980. Zusammenfassendes Fazit: Die Typ-1-Diabetes-Früherkennung bei Kindern, gefolgt von Schulung und Nachuntersuchung in spezialisierten Diabeteseinrichtungen: • senkt die Häufigkeit der diabetischen Ketoazidose bei Ausbruch der Stoffwechselerkrankung und führt insgesamt zu einer mildereren klinischen Erscheinungsform

Einschätzende	Antwort
	• reduziert traumatische Situationen für betroffene Familien und bietet Zeit zur Verarbeitung der Diagnose und Vorbereitung • ermöglicht den frühen Beginn einer bedarfsgerechten Insulintherapie bei noch erhaltener eigener Insulinrestproduktion, verbunden mit einer besseren Langzeit-Blutzuckereinstellung • ermöglicht die Behandlung mit neuen Immuntherapien im Frühstadium des Typ-1-Diabetes, um den Ausbruch der Stoffwechselerkrankung zu verzögern. Dadurch können akute Komplikationen und diabetische Folgeerkrankungen reduziert, die Lebensqualität der Patienten verbessert, und Kosten für das Gesundheitssystem eingespart werden. In Abwägung der Vorteile und potenziellen Risiken einer Typ-1-Diabetes-Früherkennung sprechen die Daten aus unserer Sicht eindeutig dafür, die Aufklärung über die Möglichkeit und das konkrete Angebot der Früherkennung des Typ-1-Diabetes in die Regelversorgung von Kindern aufzunehmen.
DEGAM	Der Übergang vom Kind zum Jugendlichen, das Alter von 9-10 Jahren also, für die die U10 gedacht ist, ist eine vulnerable Phase für die Entstehung neuer Morbiditäten. Von Eltern wie von Ärzt*innen, die Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen durchführen, wird seit langem beklagt, dass zwischen der U9 und der J1 ein zu großer Zeitraum liegt. Eine Vorsorgeuntersuchung zu diesem Zeitpunkt stellt eine ideale Gelegenheit zur intensiven und individualisierten präventiven Beratung sowie zur Verbesserung der Anbindung von Familien an ihre Haus- oder Kinderarztpraxis beziehungsweise für Übergänge dar. Die Einführung sollte entweder in einem Cluster -randomisierten Design (z.B. auf der Ebene großer Regionen) mit entsprechender Begleitevaluation oder bei flächendeckender Einführung mit gut geplantem Monitoring erfolgen.
Frau Prof. Dr. Gappa, Herr Prof. Dr. Vogelberg	Aufgrund der bereits oben angeführten Punkte über die Bedeutsamkeit der Früherkennung von Asthma im Kindes- und Jugendalter appelliert der Expert:innenkreis des Jahrzehnts der Lunge an den Gemeinsamen Bundesausschuss, Lungengesundheit im Zuge der Früherkennungsuntersuchung für Kinder zwischen 9 und 10 Jahren (U10) zu berücksichtigen. Eine frühe Schädigung der Lunge im Kindesalter begünstigt nicht nur schwerere Verläufe der Erkrankung und chronische Lungenerkrankungen im Erwachsenenalter, sondern führt auch zu einer zusätzlichen

Einschätzende	Antwort
	finanziellen Belastung des ohnehin schon unter Druck stehenden Gesundheitssystems. Hinweise darauf, dass unzureichend behandeltes Asthma bei Kindern mit Fettleibigkeit assoziiert werden kann¹², unterstreichen die Wechselwirkungen zwischen den beiden Krankheiten und machen die Notwendigkeit einer Früherkennung deutlich. Die Inzidenz chronischer Lungenerkrankungen im Erwachsenenalter kann ggf. reduziert werden, wenn Kinder mit Risiko für Asthma und Kinder mit Symptomen frühzeitig identifiziert und behandelt werden. Asthma sollte daher bei der geplanten Früherkennungsuntersuchung für Kinder zwischen 9 und 10 Jahren (U10) dringend schwerpunktmäßig berücksichtigt werden. ¹² https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201608-1691OC
DGKJP, DGPPN	<i>keine Angaben</i>
DGKJ	Bei den Fragen zum Suchtverhalten sind die Bereiche Rauchen und Alkohol nicht adäquat berücksichtigt (s. KiGGS-Studie), sollten aber bearbeitet werden.
Hausärztinnen- und Hausärzteverband	Der Übergang vom Kind zum Jugendlichen, das Alter von 9-10 Jahren also, für die die U10 gedacht ist, ist eine vulnerable Phase für die Entstehung neuer Morbiditäten. Von Eltern wie von Ärzt*innen, die Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen durchführen, wird seit langem beklagt, dass zwischen der U9 und der J1 eine zu große Kluft liegt. Eine Vorsorgeuntersuchung zu diesem Zeitpunkt stellt eine ideale Gelegenheit zur intensiven und individualisierten präventiven Beratung sowie zur Verbesserung der Anbindung von Familien an ihre Haus- oder Kinderarztpraxis dar. Wir möchten an dieser Stelle betonen, dass die Rolle der Allgemeinmediziner*innen in der Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen nicht zu unterschätzen ist und diese daher unbedingt an der Durchführung dieser neuen Vorsorgeuntersuchung beteiligt werden sollen -wie sie ja auch bislang alle anderen Kindervorsorgeuntersuchungen durchführen und abrechnen dürfen.

IV. Literaturlisten

a. Institut für Diabetesforschung

- Atkinson MA et al. Lancet 2014; 383: 69-82.
- Patterson CC et al. Diabetes Res Clin Pract 2019; 157: 107842.
- Harjutsalo V et al. Lancet 2008; 371: 1777-1782.
- Norris JM et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2020; 8: 226-238.
- Kamrath C et al. Diabetes Care 2022; 45: 1762-1771.
- Kamrath C et al. JAMA 2020; 324: 801-804.
- Birkebaek NH et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2022; 10: 786-794.
- Alonso GT et al. Diabetes Care 2020; 43: 117-121.
- Lachin JM et al. Diabetes Care 2021; 44: 2225-2230.
- Rawshani A et al. Lancet 2018; 392: 477-486.
- Karges B et al. Diabetes Care 2021; 44: 1116-1124.
- Fredheim S et al. Diabetologia 2013; 56: 995-1003.
- Duca LM et al. Diabetes Care 2017; 40: 1249-1255.
- Duca LM et al. Pediatr Diabetes 2019; 20: 172-179.
- Cameron FJ et al. Diabetes Care 2014; 37: 1554-1562.
- Ghatti S et al. Diabetes Care 2020; 43: 2768-2775.
- Ghatti S et al. Endocrinol Diabetes Metab 2023; 6: e412.
- Ziegler AG et al. JAMA 2013; 309: 2473-2479.
- Insel RA et al. Diabetes Care 2015; 38: 1964-1974.
- Hummel S et al. Diabetologia 2023; 66: 1633-1642.
- Ziegler AG et al. JAMA 2020; 323: 339-351.

- Barker JM et al. Diabetes Care 2004; 27: 1399-1404.
 - Elding Larsson H et al. Diabetes Care 2011; 34: 2347-2352.
 - Winkler C et al. Pediatr Diabetes 2012; 13: 308-313.
 - Hekkala AM et al. Pediatr Diabetes 2018; 19: 314-319.
 - Jacobsen LM et al. Diabetes Care 2022; 45: 624-633.
 - Wentworth JM et al. Pediatr Diabetes 2022; 23: 1594-1601.
 - Hummel S et al. Diabetologia 2023; 66: 1633-1642.
 - Hummel S et al. Diabetologia 2023; 66: 2389-2390.
 - Schneider J et al. Diabetologia 2023; 66: 2387-2388.
 - Herold KC et al. N Engl J Med 2019; 381: 603-613.
 - Sims EK et al. Sci Transl Med 2021; 13: eabc8980.
 - Bonifacio E et al. Diabetes Care 2021; 44: 2260-2268.
 - Ghalwash M et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2022; 10: 589-596.
-
- Müller I et al. Diabetol Stoffwechs 2021; 16 (S01): S59.
 - Karl FM et al. Diabetes Care 2022; 45: 837-844.
 - Sims EK et al. Diabetes 2022; 71: 610-623.
 - American Diabetes Association Professional Practice Committee. Diabetes Care 2022; 45: S17-S38.
 - Landgraf R et al. Diabetol Stoffwechs 2022; 17 (S02): S98-S110.
 - Besser REJ et al. Pediatr Diabetes 2022; 23: 1175-1187.
 - ElSayed NA et al. Diabetes Care 2023; 46: S19-S40.
 - ElSayed NA et al. Diabetes Care 2023; 46: 1715.
 - Raab J et al. BMJ Open 2016; 6: e011144.
 - Weiss A et al. Diabetologia 2022; 65: 2121-2131.

b. DGKI

Nr.	Feldbezeichnung	Text
1	AU:	Schienkiewitz A, Damerow S, Schaffrath Rosario A; RKI
	TI:	Prävalenz von Untergewicht, Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Einordnung der Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 nach internationalen Referenzsystemen
	SO:	Journal of Health Monitoring / 2018 / 3 (60-74) /2018/ DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-080
2	AU:	Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H; RKI
	TI:	Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends
	SO:	Journal of Health Monitoring / 3 (37-45) /2018/ DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-077
3	AU:	Thamm R, Poethko-Müller C, Hüther A, Thamm M; RKI
	TI:	Allergische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends
	SO:	Journal of Health Monitoring / 3 (3-18) /2018/ DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-075
4	AU:	Göbel K, Baumgarten F, Kuntz B, Hölling H, Schlack R; RKI
	TI:	ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends
	SO:	Journal of Health Monitoring / 3 (46-53) /2018/ DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-078
5	AU:	Berrische G, Cassel M, Gaulrapp H, Schmitt H
	TI:	Wirbelkörper-Aufbaustörung und Morbus Scheuermann
	SO:	Sports Orthopaedics and Traumatology / 38/1 (84-88) /2022/ DOI 10.1016/j.orthtr.2022.02.004
6	AU:	Bullmann V, Liljenqvist U
	TI:	Die idiopathische Skoliose

Nr .	Feldbezeichnung	Text
	SO:	Orthopädie und Unfallchirurgie up2date / 14/06 (571-585) /2019/ DOI 10.1055/a-0734-5344
7	AU:	Storm A (Ed)
	TI:	Kinder- und Jugendreport 2021
	SO:	Heidelberg: medhochzwei. 2021
8	AU:	Brämswig J, Dübbers A; Universitätsklinik Münster
	TI:	Störungen der Pubertätsentwicklung
	SO:	Dtsch Arztebl Int / 106/17 (295–304) /2009/ DOI 10.3238/arztebl.2009.0295
9	AU:	Heger S, Hiort O
	TI:	Pubertät und Pubertätsstörungen. In: Hoffmann GF, Lentze MJ, Spranger J, Zepp F, Berner R (Ed). Pädiatrie - Grundlagen und Praxis.
	SO:	Berlin, Heidelberg: Springer. 2020. S. 931-947
10	AU:	Janiak-Baluch B, de Vries U, Petermann F, Lehmkuhl G
	TI:	Psychische Auffälligkeiten in der pädiatrischen Praxis
	SO:	Monatsschr Kinderheilkd / 162 (48–55) /2014/ DOI 10.1007/s00112-013-3035-z
11	AU:	Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, Geller F, Geiß HC, Hesse V, von Hippel A, Jaeger U, Johnsen D, Korte W, Menner K, Müller G, Müller JM, Niemann-Pilatus A, Remer T, Schaefer F, Wittchen HU, Zabransky S, Zellner K, Ziegler A, Hebebrand J
	TI:	Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben
	SO:	Monatsschr Kinderheilkd / 149 (807–818) /2001/
12	AU:	Essau CA, Olaya B, Anastassiou-Hadjicharalambous X, Pauli G, Gilvarry C, Bray D, O'callaghan J, Ollendick TH
	TI:	Psychometric properties of the Strength and Difficulties Questionnaire from five European countries.
	SO:	Int J Methods Psychiatr Res / 21 (232-245) /2012/ DOI 10.1002/mpr.1364
13	AU:	Rütten A, Pfeifer K (Eds)
	TI:	Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung
	SO:	Erlangen, Nürnberg: Friedrich-Alexander-Universität. 2017
14	AU:	Paschke K, Holtmann M, Melchers P, Klein M, Schimansky G, Krömer T, Reis O, Wartberg L, Thomasius R

Nr.	Feldbezeichnung	Text
	TI:	Medienbezogene Störungen im Kindes- und Jugendalter: Evidenzpapier der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Fachgesellschaft und Verbände (DGKJP, BAG, BKJPP)
	SO:	Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie / 48/4 (303-317) /2020/ DOI 10.1024/1422-4917/a000735
15	AU:	Bischof G, Bischof A, Besser B, Rumpf HJ
	TI:	Problematische und pathologische Internetnutzung: Entwicklung eines Kurzscreenings (PIEK). Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit.
	SO:	Lübeck: Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. 2016 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht_PIEK.pdf
16	AU:	Kersting M, Kalhoff H, Lücke T
	TI:	Von Nährstoffen zu Lebensmitteln und Mahlzeiten: das Konzept der Optimalen Mischkost für Kinder und Jugendliche in Deutschland
	SO:	Aktuelle Ernährungsmedizin / 42/04 (304-315) /2017/ DOI: 10.1055/s-0043-116499
17		Böhler T, Wabitsch M, Winkler U (2004) Konsensuspapier. Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas. Vorgelegt von der Arbeitsgruppe „Präventive und therapeutische Maßnahmen für übergewichtige Kinder und Jugendliche – eine Konsensfindung“ unter Moderation des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin
18	AU:	Reinehr T, Dobe M, Kersting M
	TI:	Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter: Das Adipositas-Schulungsprogramm OBELDICKS
	SO:	Hogrefe: Göttingen. 2003
19	AU:	Verwied-Jorky S, Grote V, Ommer-Hohl J, Ellrott T, Koletzko B
	TI:	Evaluation des PowerKids-Trainingsprogramms für übergewichtige Kinder mit ergänzenden Begleitkursen
	SO:	Aktuelle Ernährungsmedizin / 36/3 (161-166) /2001/ DOI: 10.1055/s-0030-1266122
20	AU:	Wolfenstetter SB
	TI:	Adipositas und die Komorbidität Diabetes mellitus Typ 2 bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Entwicklung und Krankheitskostenanalyse

Nr .	Feldbezeichnung	Text
	SO:	Gesundheitswesen / 68/10 (600-612) /2006/ DOI: 10.1055/s-2006-927181
21	AU:	Menrath I, Graf C, Granacher U, Kriemler S (Eds)
	TI:	Pädiatrische Sportmedizin
	SO:	Berlin, Heidelberg: Springer: 2021
22	AU:	Krüger K, Lapstich AM, Reber KC, Sehlen S, Liersch S, Krauth C
	TI:	The effectiveness of additional screening examinations for children and adolescents in Germany: a longitudinal retrospective cohort study
	SO:	BMC Pediatrics / 23 (164-179) /2023/ DOI 10.1186/212887-0223-03988-1
23	AU:	Keynejad R, Spagnolo J, Thornicroft G
	TI:	WHO mental health gap action programme (mhGAP) intervention guide: updated systematic review on evidence and impact
	SO:	Evid Based Ment Health / 24 (124-130) /2021/ DOI: 10.1136/ebmental-2021-300254
24	AU:	Fegeler U, Jäger-Roman E, Martin R, Nentwich H-J (2014)
	TI:	Ambulante allgemeinpädiatrische Grundversorgung – Versorgungsstudie der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin
	SO:	Monatsschrift Kinderheilkunde 12: 1117-1130 (2014)

einer Anhörung zum Einschätzungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Kinder-RL:

Bewertung der Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V

Vom 23. November 2023

Vorsitzende:	Frau Dr. Lelgemann
Beginn:	11:00 Uhr
Ende:	11:38 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Institut für Diabetesforschung Helmholtz, Zentrum München – Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt:

Frau Prof. Dr. med. Anette-Gabriele Ziegler, Direktorin

Herr Prof. Dr. med. Peter Achenbach, Stellv. Direktor

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM):

Frau Prof. Dr. med. Erika Baum, Past-Präsidentin der DEGAM

Frau Dr. Lisa Degener, Sprecherin AG Pädiatrie

Jahrzehnt der Lunge:

Herr Prof. Dr. Christian Vogelberg, Vertreter Jahrzehnt der Lunge, Kinderpneumologie

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Frau Prof. Dr. Tanja Legenbauer

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ):

Herr Dr. Klaus Rodens, Vertreter der DGKJ

Hausärztinnen- und Hausärzteverband:

Herr Dr. Carsten Gieseke, HÄV Arbeitsgemeinschaft Pädiatrie

Beginn der Anhörung: 11:00 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich begrüße Sie alle – die Mitglieder des Unterausschusses Methodenbewertung sowie die Vertreter der Institutionen und Organisationen, die Stellungnahmen abgegeben haben – zur Anhörung zum Thema „Kinder-RL: Bewertung der Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V“ im Unterausschuss Methodenbewertung.

Zunächst überprüfe ich die Anwesenheit: Angemeldet sind für die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin Frau Professor Baum und Frau Dr. Degener. Beide sind anwesend. Für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ist Frau Professor Legenbauer anwesend. Für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin ist Herr Dr. Rodens angemeldet und anwesend. Weiter ist für den Hausärztinnen- und Hausärzterverband Herr Dr. Giesecking ebenfalls mit Bild und Ton anwesend. Für das Institut für Diabetesforschung, das Helmholtz Zentrum München, sind Frau Professor Ziegler und Herr Professor Achenbach angemeldet und auch anwesend. Schließlich ist für „Jahrzehnt der Lunge“ Herr Professor Vogelberg anwesend.

Ich wünsche Ihnen allen einen schönen guten Morgen und begrüße Sie alle ganz herzlich zu dieser Anhörung.

Nur noch einmal für alle Beteiligten, weil es ja nicht so ganz einfach nachzuvollziehen ist: Es handelt sich nicht etwa um eine Anhörung zu einem Beschlussentwurf im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens – so weit sind wir noch nicht –, sondern wir haben auch dann, wenn wir ein Beratungsverfahren neu beginnen, die gesetzliche Verpflichtung, ein Einschätzungsverfahren durchzuführen, wie das so schön heißt. Im Rahmen dessen haben Sie Fragen von uns bekommen; wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre schriftlichen Einschätzungen.

Hiermit möchte der Gesetzgeber sicherstellen, dass wir nicht ohne Einbezug der Fachwelt ins Off laufen – das ist, glaube ich, der Hintergrund –, und wir nutzen das oft, um noch ein paar Informationen einzuholen, damit wir ein gutes Beratungsverfahren anstoßen können und wir, falls wir IQWiG-Beauftragungen vornehmen, auch eine gute Beauftragung einer Nutzenbewertung an das IQWiG geben können. Das ist der Sinn dieses Einschätzungsverfahrens in aller Kürze; ich sage das jetzt nur, um es einzuordnen. Wenn wir dann einen Beschlussentwurf zur wirklichen Änderung der Richtlinie haben, dann führen wir auf jeden Fall noch einmal ein Stellungnahmeverfahren durch.

Ansonsten noch folgende kleine Vorbemerkung: Wir haben Ihre Einschätzungen gelesen. Ich würde Sie daher bitten, jetzt in dieser mündlichen Anhörung nur auf die ganz wesentlichen Punkte einzugehen. Darüber hinaus informiere ich Sie, dass wir auch von diesen Einschätzungsverfahren, also von den Anhörungen, ein Wortprotokoll erzeugen. Ich gehe davon aus, dass Sie damit einverstanden sind.

Ich werde Ihnen jetzt allen der Reihe nach die Gelegenheit für ein kurzes Eingangsstatement geben. Anschließend öffne ich die Runde für mögliche Fragen aus dem Unterausschuss. Wenn Sie sich zu Wort melden wollen, ist es für uns immer am einfachsten – ich glaube, dieses Tool funktioniert auch wieder –, wenn Sie die entsprechende Funktion benutzen. Sie können auch das Handsymbol benutzen oder sich im Chat melden. Wir kriegen das dann irgendwie mit.

Okay, los geht's; fangen wir an. Es geht um die Einführung einer zusätzlichen U-Untersuchung. Das geht auf einen Antrag der Patientenvertretung zurück, und jetzt geht es darum, wie wir das sinnvollerweise ausgestalten. Das soll eine weitere U-Untersuchung sein, die die Lücke zwischen den bisherigen U-Untersuchungen und der J1 füllt. Es geht um die Kinder oder Jugendlichen im Alter von neun bis zehn Jahren. – Frau Professor Baum, Sie haben das Wort.

Frau Prof. Dr. Baum (DEGAM): Seitens der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin begrüßen wir es, dass eine weitere U-Untersuchung eingeführt oder mindestens erprobt werden soll. Da der Schwerpunkt auf psychosozialen und Verhaltensaspekten liegt, sind die Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen ebenfalls gut qualifiziert, diese Präventionsmaßnahme durchzuführen, und müssen daher gleichermaßen berechtigt und auch qualifiziert werden wie die Kinder- und die Jugendmedizin. In unserer Weiterbildungsordnung ist eine entsprechende Handlungskompetenz auch mit Mindestzahlen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen hinterlegt. Die Einführung einer solchen Untersuchung sollte allerdings pilotiert und dann auch fortlaufend evaluiert werden, damit die vorhandenen Ressourcen optimal eingesetzt werden.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Ganz herzlichen Dank, Frau Professor Baum. – Haben Sie Ergänzungen, Frau Dr. Degener?

Frau Dr. Degener (DEGAM): Ja, ganz kurz: Uns fällt in unserer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen auf – dies ist inzwischen auch erforscht und durch Studien belegt –, dass diese Altersgruppe der Sieben- bis Zehnjährigen eine ganz vulnerable Phase für die Entwicklung von Morbiditäten wie Übergewicht sowie für Bewegungsmangel und übermäßigen Medienkonsum durchläuft. Letztere sind keine Morbiditäten, aber zu beobachtende Phänomene. Wir versprechen uns sehr viel davon, wenn wir in diese Altersgruppe mit präventiven Vorsorgemaßnahmen hineingrätzen können. Dies praktizieren wir auch schon bei den Vorsorgen, die wir durch Selektivverträge machen dürfen. Wir sehen da einen guten Einstieg in eine gute Eltern- und Kind-Beratung.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Dr. Degener. – Ich gebe jetzt das Wort an Herrn Dr. Rodens für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin.

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Ich bin wahrscheinlich einer der wenigen, die diese Vorsorgen als Selektivversorgung schon seit ewigen Zeiten machen und viel praktische Erfahrung haben. Ich finde das, was von meinen Vorrednerinnen gesagt wurde, völlig richtig. Das ist eine hochvulnerable Phase. Neue Morbidität kommt richtig ins Spiel. Das betrifft die Übergewichts- und Adipositasentwicklung, Allergien, Verhaltensstörungen und noch viel mehr. Wir haben noch ein neues Phänomen, den Medienkonsum mit allen fatalen Auswirkungen, die wir in den Praxen bemerken.

Ich finde, es wird Zeit, diese Vorsorge hier zu etablieren. Aus meiner praktischen Erfahrung – wir haben jeden Tag in der Praxis sicherlich drei Vorsorgen in diesem Altersspektrum – kann ich eigentlich nur bestätigen und unterstützen, dass das jetzt auch in die Kollektivversorgung Eingang findet. Ja, das ist ein ganz wichtiges Zeitfenster. Damit mache ich erst mal einen Punkt mit meinem Statement.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann gebe ich das Wort weiter an die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Frau Professor Legenbauer.

Frau Prof. Dr. Legenbauer (DGKJP): Wir begrüßen auch sehr ein Screening in diesem Alter. Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten im Kindes- und Jugendalter. Ungefähr ein Drittel ist eben auch schon in diesem jungen Alter behandlungsbedürftig. Von daher würden wir sehr begrüßen, psychische Störungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten in diesem Alter in eine Gesundheitsvorsorge einzubeziehen und ein entsprechendes Screening-Instrument dafür zu entwickeln. Wir haben Vorschläge gemacht und können sie sicherlich gleich auch noch in dem Gespräch aufgreifen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank für das kurze Eingangsstatement. Wir können Sie weiterhin nicht sehen, und der Ton war ein bisschen verzerrt. Da wir Sie ohnehin nicht sehen können, wäre mein Rat, einfach Ihre Kamera auszustellen. Oft ist dann die Verbindungsqualität ein bisschen besser.

Ich gebe das Wort weiter an das Institut für Diabetesforschung, an Frau Professor Ziegler respektive Herrn Professor Achenbach, wer auch immer beginnen möchte.

Herr Prof. Dr. Achenbach (IDF): Ja, ich würde beginnen. – Wir möchten das Augenmerk ein bisschen auf die Gesundheitsstörung Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen lenken. Die höchste Inzidenz dieser Erkrankung, das Neuauftreten der Stoffwechselerkrankung, zeigt sich momentan im Alter von zehn bis 14 Jahren. Deswegen halten wir auch diesen Zeitpunkt von neun bis zehn Jahren für eine Untersuchung und Aufklärung für sehr wichtig.

Generell wird der Typ-1-Diabetes häufig viel zu spät erkannt. Über ein Drittel der Fälle haben eine schwere Stoffwechselentgleisung mit Ketoazidose, die zu Gehirnschädigungen und auch zu Problemen in der Langzeitblutzuckereinstellung führt, die dann wiederum Folgeerkrankungen im Laufe der chronischen Erkrankung mit sich bringen. Wir sind deshalb der Meinung, dass man in den U-Untersuchungen Aufklärung bezüglich der Warnhinweise, der einfachsten und häufigsten Symptome der Erkrankung Typ-1-Diabetes, betreiben sollte, damit diese Erkrankung früher diagnostiziert und behandelt werden kann.

Hierzu schlagen wir vor, zum einen in der neuen U-Untersuchung, die hier eingebracht werden soll, diese Warnhinweise zu geben und die Aufklärung durchzuführen, aber auch schon in den vorhergehenden U-Untersuchungen, eigentlich schon beginnend bei der U6 bis zur J1, weil der Typ-1-Diabetes als primäre Autoimmunerkrankung schon viel früher beginnt und auch schon viele unter den kleineren Kindern die Stoffwechselerkrankung schnell entwickeln und dann auch sehr schnell in diese dramatische Ketoazidose abgleiten können.

Was wir neben der Aufklärung, die unser erster Vorschlag ist, für noch effektiver halten, ist eine frühe Untersuchung auf Autoantikörper im Blut. Es gibt jetzt viele Daten, die zeigen, dass das zu einer drastischen Reduzierung der Ketoazidoseraten mit Erleichterungen für die Familien und Kinder führt: Der HbA1c-Wert, der Langzeitblutzuckerwert, ist deutlich besser, Symptome sind deutlich geringer, die Hospitalisierungsrate ist niedriger und die psychische Belastung für die Familien entsprechend geringer, auch im Langzeitverlauf.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, auch für die präzisen Ausführungen. – Dann Frau Professor Ziegler: Haben Sie Ergänzungen?

Frau Prof. Dr. Ziegler (IDF): Ich lasse es so stehen. Ich stehe dann für Fragen zur Verfügung.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann gebe ich an Herrn Giesecking weiter, Hausärztinnen- und Hausärzteverband.

Herr Dr. Giesecking (Hausärztinnen- und Hausärzteverband): Inhaltlich kann ich meinen Vordnern nicht viel hinzufügen. Kollege Rodens hat ja gesagt, dass er auch schon mit den Sonderverträgen die Untersuchungen U10 und U11, wie sie beim BVKJ heißen, im Alter von acht und zehn Jahren durchführt. Ich gehöre als Hausarzt genauso dazu; ich nehme an diesen Selektivverträgen teil. Inhaltlich ist schon alles gesagt worden. Wir haben ja hier bislang nur ausgesprochene Harmonie. Jeder sagt bislang irgendwie, dass es sinnvoll ist.

Einen Aspekt will ich zusätzlich, da es ja in diesem Alter auch sehr viel um psychosoziale Anforderungen geht und dann die Beratung noch überwiegend über die Eltern läuft, noch betonen: Die Hausärzte sind hierfür neben den Kinderärzten der ideale Ansprechpartner. Dass eine U10 eingeführt wird, ist unter den Fachleuten eigentlich unstrittig, wie auch immer begründet; aber wir haben mit dem Gelben Heft bei den jetzigen Vorsorgeuntersuchungen die Möglichkeit, dass die Hausärzte die U2 bis U9 durchführen. Dies muss bei der dann neu einzuführenden U10 auf jeden Fall auch so sein, weil gerade der psychosoziale Aspekt in der Beratung von dem Hausarzt meines Erachtens ideal eingefangen werden kann, da er ja in aller Regel das familiäre Umfeld mit betreut. – Über mein Statement hinaus stehe ich gern für Fragen zur Verfügung.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann gebe ich weiter an Herrn Professor Vogelberger, Initiative „Jahrzehnt der Lunge“.

Herr Prof. Dr. Vogelberg (Jahrzehnt der Lunge): Ich vertrete das „Jahrzehnt der Lunge“ als Kinderpneumologe, eine Vereinigung aus Erwachsenen- und Kinderpneumologen, die sich für die vermehrte Awareness hinsichtlich chronischer Atemwegserkrankungen einsetzen.

Wir unterstützen sehr das Anliegen einer U10 und hierbei auch den Fokus auf das Asthma bronchiale als häufigste chronische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter. Der Zeitpunkt der U10 ist einerseits ideal, was die Diagnosestellung dieser Erkrankung anbelangt: Auf der einen Seite kann man sie erst einmal in einem Screening rein fragebogenbasiert identifizieren und dann gezielte weitere Maßnahmen wie Allergieteste und Lungenfunktionsteste durchführen. Man hat andererseits aber auch eine Option einer präventiven Maßnahme bei Risikokindern für ein Asthma bronchiale, diese entsprechend auch zu diesem Zeitpunkt zu identifizieren und dadurch die weitere Entwicklung eines Asthmas bronchiale entgegenzuwirken.

Kinder mit einem Asthma haben häufig Komorbiditäten, die auch in diesem Kontext mit von Relevanz sind, wie die Adipositas, aber auch psychosoziale Einschränkungen oder verminderte Teilhabe im Alltag aufgrund ihrer Erkrankung. Insofern passt das Asthma bronchiale sehr gut in den Kontext der hier diskutierten Fragen zu der U10. Wir unterstützen das sehr.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. Solch eine Unterstützung haben wir ja selten; vielen Dank dafür.

Ich möchte an dieser Stelle noch zwei Bemerkungen machen. Ich habe versäumt, in der Anmoderation darauf aufmerksam zu machen, dass wir mit diesem Beschlussentwurf auch eine Aufnahme der J1 in die normale Dokumentationsroutine vorsehen wollen. Ich sage jetzt erst einmal: Eigentlich kann ernsthaft niemand etwas dagegen haben, dass wir das tun. Aber wenn Sie etwas dagegen haben, dann melden Sie sich gerne. Das ist so ein bisschen untergegangen.

Außerdem gibt es einen zweiten Punkt, weil viele von Ihnen ja auch an den Gesprächen beteiligt sind, auf den ich noch kurz eingehen möchte, damit Sie sich nicht wundern: Dies ist ein Beratungsverfahren, das angestoßen wurde, bevor der Minister seine Aktivitäten zur Lebensverlängerung und Senkung der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität angestoßen hat. Wir nehmen die Aktivitäten des Ministeriums natürlich wahr. Ich wollte nur sagen: Die Entscheidung, dies hier zu tun, ist völlig unabhängig davon getroffen worden. Ich äußere es deshalb, damit Sie wissen, dass wir wissen, was dort diskutiert wird.

Nunmehr eröffne ich die Runde für Fragen aus dem Unterausschuss. – Frau J., Patientenvertretung.

Frau J. (PatV): Ja, vielen Dank. Ich würde gerne das Thema, das Sie gerade auch schon adressiert haben, aufgreifen: die Integration der J1 ins Gelbe Heft. In den Einschätzungen ist auch die Rückmeldung gekommen, dass man auch die J1, da sie sehr veraltet ist, vom Inhalt her noch einmal überarbeiten könnte. Vielleicht können Sie dazu noch weitere Ausführungen machen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): An wen richtet sich die Frage? – Egal, wer sich berufen fühlt? – Okay, wer möchte als Erstes antworten? – Ja, Frau Baum, bitte.

Frau Prof. Dr. Baum (DEGAM): Zunächst einmal: Auf J1 sind wir gar nicht eingegangen, weil es für uns völlig unstrittig war, das in das Heft mit aufzunehmen. – Und ja, auf alle Fälle muss das überarbeitet werden, insbesondere im Hinblick auf den Medienkonsum.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Wer möchte? – Frau Degener.

Frau Dr. Degener (DEGAM): Ja, ich kann mich meiner Vorrednerin anschließen. Ein anderer Aspekt, den ich noch erwähnen möchte: Die Integration ins Gelbe Heft würde hoffentlich auch zu einer größeren Verbreitung der Wahrnehmung der J1 beitragen; ich sage das, weil die Teilhabe daran in den letzten Jahren leider sehr zurückgegangen ist. Wir sollten darangehen, das zu ändern.

Inhaltlich sage ich auch: Medienkonsum hat eine viel größere Bedeutung als vor 20 Jahren, als die J1 entwickelt wurde. Es muss dringend ein entsprechendes Inventar gefunden werden, wie man hinsichtlich des Medienkonsums beraten, wie man Fragebögen entwickeln und wohin man sie verweisen kann, wenn wir Probleme sehen, zum Beispiel pathologischen Internetkonsum.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann hat sich Herr Rodens für die DGKJ gemeldet.

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Ich kann nur zustimmen. Allerdings bitte ich den Begriff zu schärfen – nicht Medienkonsum, sondern Bildschirm-Medienkonsum –, damit wir genau definieren.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Sie meinen, das gute Buch sollten wir nicht inkriminieren.

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Das schließen wir bitte nicht aus. Also, das müssen wir etwas schärfen. Das ist das, was ich sagen will.

Seit Corona hat auch die psychosoziale Komponente dessen, was bei der J1 in die Praxis gebracht wird, deutlich zugenommen. Es muss noch einmal überarbeitet werden – „Medien“ ist eines der Themen, vielleicht noch ein paar andere Dinge mehr, die wir meines Erachtens nicht hier in der kleinen Runde zu Ende diskutieren können. Aber dazu kann man im Schriftverkehr sicherlich noch etwas äußern.

Ansonsten ist es richtig, was gesagt wurde: Die J1 führt ein wenig ein Außenseiterdasein, weil sie eben bisher nicht irgendwo im Gelben Heft verschriftet und verbucht ist, und das sollte durchaus anders gestaltet werden. Dann hat es eine andere Wertigkeit; das meine ich auch.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Frau Professor Ziegler.

Frau Prof. Dr. Ziegler (Helmholtz Zentrum München): Ich will nur noch einmal sagen: Falls für diese Untersuchung diskutiert werden sollte, eine Blutabnahme einzuführen, um zum Beispiel auf Hyperlipidämie zu screenen, dann ist das natürlich auch eine sehr gute Chance, gleichzeitig auf die häufigste Stoffwechselerkrankung Typ-1-Diabetes zu screenen. Das kann alles in einem kapillaren Blutropfen erfolgen, braucht also gar keine große venöse Blutabnahme.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Ich habe eine Wortmeldung von Frau S., Bitte.

Frau Dr. S. (KBV): Erst einmal vielen Dank für Ihre Einschätzungen und auch für die Eingangstatements. Daran würde ich gerne anknüpfen, und zwar konkret an Herrn Rodens. – Sie sprachen von Ihrer jahrelangen Erfahrung der Vorsorgen in diesem Alterssegment. In den Einschätzungen und auch jetzt in den Wortbeiträgen ist an diversen Stellen angeklungen, dass es bereits Inventare insbesondere zur Erhebung der Fremdanamnese gibt. So viele Inventare, wie es gibt, so viele Meinungen gibt es auch. Mich interessiert Ihre Einschätzung, was besonders gut geeignet sein könnte, um die Fremdanamnese in diesem Alterssegment strukturiert vorzunehmen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank.

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Vielen Dank für die Frage; ich versuche sie in Kürze zu beantworten. Das, was bisher schon Inventar ist, nämlich der Mannheimer Elternfragebogen, ist sicherlich weiterhin sinnvoll. Ihn würde ich auch gerne da weiter fortführen. Er umfasst sehr viel. Wir haben das Screening. Vorsorge ist erst einmal der Trichter zur Früherkennung von Krankheiten, und wir können nicht in die Tiefe hinein alles machen. Aber das ist ein Inventar, das sicherlich Sinn macht: Der Esser-Fragebogen, der Mannheimer Elternfragebogen macht Sinn.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Gibt es weitere Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses? – Frau U., GKV-SV.

Frau U. (GKV-SV): Ebenfalls herzlichen Dank für die schriftlichen Ersteinschätzungen. Mir und meinen Kollegen haben ein wenig die Ausführungen zum natürlichen Entwicklungsverlauf

gefehlt, der für uns natürlich für diese einzelnen Erkrankungen wichtig ist, weil wir ja den richtigen Zeitpunkt finden müssen. Es muss klar sein, dass wir, wenn wir jetzt etwas einführen, um nach etwas zu suchen, dann auch wissen, dass es der richtige Zeitpunkt ist. Das betrifft mehrere Punkte.

Was mich auch ein bisschen irritiert hat, ist Folgendes: Hinsichtlich dieser psychischen Störungen gibt es keinen natürlichen Entwicklungsverlauf. Aber ich glaube, es gibt auch Frühformen; oder das, was der Mannheimer Elternfragebogen abbilden soll, soll schon erste Auffälligkeiten zeigen, aufgrund derer man aber noch nicht davon ausgehen muss, dass das schon eine Störung ist. Wir suchen eigentlich nach etwas, was vorher da ist, wo man intervenieren kann, wodurch dann auch die Prognose langfristig besser ist.

Ich höre jetzt gerne Ihre Ausführungen dazu; aber wenn Sie Literatur dazu haben, wenn es dazu Studien gibt, wäre dies für uns für die Bewertung wichtig.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau U. – Herr Giesecking.

Herr Dr. Giesecking (Hausärztinnen- und Hausärzteverband): Ich wollte jetzt gar nicht auf die Frage von Frau U. eingehen, sondern eher noch einmal einen Schritt zurück zu Herrn Rodens und zu den Fragebögen machen.

Der Mannheimer Fragebogen ist sicherlich kein schlechtes Instrument. Aber es sind so viele Fragen, die eigentlich in ihrer Komplexität viele Angehörige eher überfordern. Wir haben vom Hausärzteverband ebenfalls für diese Altersgruppe ein deutlich abgespeckteres Fragebogenmodul. Das könnte man vielleicht innerhalb der Gruppen der Hausärzte und der Kinderärzte noch einmal optimieren, sodass man irgendwie ein Mittelding findet oder wie auch immer.

Grundsätzlich sind Fragebögen natürlich wichtig. Ob der Mannheimer Elternfragebogen das ideale Instrument ist, möchte ich zumindest etwas infrage stellen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Jetzt hat sich zu diesem Thema Frau Degener gemeldet.

Frau Dr. Degener (DEGAM): Ich möchte mich auf Frau U. beziehen. Ich hatte eigentlich das Gefühl, dass wir von der DEGAM – zum Teil wurde das auch vom Hausärzteverband so weitergegeben – ein bisschen die Studienlage gezeigt haben, dass gewisse Krankheitsverläufe in dieser Altersgruppe tatsächlich ihren Beginn nehmen, und das wurde eben auch noch einmal bestätigt. Dazu gibt es Literatur – sie wurde auch erwähnt –, und es gibt auch Literatur zu folgender Frage: „Können wir einwirken auf die Entwicklung in diesem Alter, wenn wir gewisse Maßnahmen ergreifen oder dahin gehend beraten?“

Ganz speziell die Entwicklung von Adipositas ist in diesen Jahren besonders gravierend, aber auch der Bewegungsmangel. Da weiß man, dass man, wenn man zum Beispiel die Kinder in diesem Alter, die in der Regel noch in der Grundschule sind, beraten kann, einen Sportverein zu finden, sich dort anzubinden, damit tatsächlich am ehesten einen Einfluss auf den Bewegungsumfang im jugendlichen Alter nehmen kann. Das ist in unseren Stellungnahmen auch hinterlegt, und zu diesem Thema gibt es auch noch weitere Literaturhinweise. Wenn man zum Beispiel Adipositas tatsächlich präventiv angehen und nicht erst reagieren will, wenn sie schon besteht, dann tatsächlich in diesem Alter mit einer ausführlichen Beratung.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Herr Rodens, auch dazu?

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Ja. – Auf Herrn Giesecking muss ich schon noch einmal antworten: Ich denke, es ist auch eine Frage der Praxisorganisation, dass man den Mannheimer Elternfragebogen unterbringt. Ich halte diese Breite durchaus für wichtig.

Noch einmal zu den zwei anderen Vorrednerinnen: Ja, es ist ein kritisches Alter. Die Adipositasentwicklung sieht man dort in der Dynamik. Was vorher bis fünf, sechs Jahre noch ging, explodiert dann, und deshalb ist gerade der präventive Ansatz hier äußerst wichtig.

Ein anderes Thema sind Allergien: Herr Vogelberg selber hat zu Sensibilisierungen wissenschaftlich gearbeitet, und das nimmt drastisch zu. Wir haben schon bei den kleinen Kindern, den Drei- bis Vierjährigen, eine hohe Sensibilisierungsrate zum Beispiel gegen Inhalationsallergene. Aber es nimmt natürlich im späteren jugendlichen oder im jugendlichen Alter, wenn ich das richtig verstehe, in Richtung 40 Prozent zu. Das ist gerade diese Phase, während derer es darum geht, eine bessere Erkennung zu leisten und dann auch hier präventive Ansätze anzuwenden. Ich verweise auf die letzte Leitlinie 2022 zur Allergieprävention. Darin steht schon einiges Richtiges.

Also, es ist eine sehr wichtige Phase. Und noch einmal: Ich würde den Mannheimer Elternfragebogen nicht kürzen wollen. Man kann es, wenn man es den Eltern vorher gibt, in die Praxisorganisation einbauen, ohne dass es uns belastet.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. Über diesen Fragebogen wird es sicherlich viele Diskussionen in der AG geben, wenn ich mir das hier so angucke. Aber das geben wir dann in die Hände der AG. – Frau Professor Ziegler.

Frau Prof. Dr. Ziegler (Helmholtz Zentrum München): Ich will, um das Thema Diabetes noch einmal anzubringen, sagen, dass natürlich die Adipositas auch für Diabetes prädisponiert, im Prinzip natürlich mehr für den sogenannten Typ-2-Diabetes, aber erstaunlicherweise auch für den Typ-1-Diabetes, die schwere Ketoazidose und Entgleisungen, die bei denjenigen Kindern besonders hoch sind, die übergewichtig sind. Insofern ist das eigentlich für viele andere Krankheiten auch ein ganz relevantes Thema, das anzugehen wir ganz nachdrücklich unterstützen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann übergebe ich an Frau T., Patientenvertretung.

Frau T. (PatV): Die Frage passt jetzt ganz gut. Wir möchten eine Nachfrage an Frau Ziegler und auch an die DEGAM richten. Sie beziehen sich in Ihrer Stellungnahme zur Einschätzung noch einmal auf den BMI Z-Score. Sie haben es auch in der Literatur niedergelegt, Ziegler et. al, in JAMA veröffentlicht. Da geht es um die Frage, auf welchen Daten die Einschätzung von Übergewicht bzw. Adipositas beruht. Hier geht es zum einen um die WHO-Referenzen, und bei der DEGAM haben wir zum anderen die Daten von Kromeyer-Hauschild, die durchaus alt sind. Können Sie etwas dazu sagen, welche Daten man hier nehmen sollte, auch bezogen auf die Daten der KiGGS-Studie?

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. Sie haben Frau Ziegler direkt angesprochen.

Frau Prof. Dr. Ziegler (Helmholtz Zentrum München): Ich kann dazu nur sagen: Dadurch, dass wir in Deutschland inzwischen in drei Bundesländern ein Screening auf Typ-1-Diabetes als Forschungsstudie etabliert haben, haben wir Daten von über 180 000 Kindern zu Gewicht und Körpergröße sowie zur normalen Gewichtsverteilung gesammelt. Anhand dessen sehen wir, dass es gewisse Abweichungen zu den Standarddatensätzen gibt. Ich denke schon, dass man hier vielleicht auch über eine gewisse Revision und ein Update sprechen muss. Wir könnten diese Daten natürlich jederzeit gern zur Verfügung stellen, um sie mit den anderen Standardstudien abzugleichen. Aber die durchschnittlichen Gewichte sind natürlich in den letzten 20 Jahren nach oben gegangen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann hat sich Frau Baum dazu gemeldet.

Frau Prof. Dr. Baum (DEGAM): Es geht aber hier nicht darum, irgendeinen Cut-off-Wert festzulegen. Vielmehr geht es gerade in dieser Früherkennungsuntersuchung darum, Entwicklungen zu sehen und ungünstige Prozesse aufzuhalten oder ihnen entgegenzuwirken. Da kommt es nicht darauf an, ob jemand einen bestimmten Schwellenwert überschritten hat. Es geht vielmehr darum: Ist hier wirklich eine Auffälligkeit vorhanden, können wir hier ungünstige Entwicklungen beeinflussen? Wie gesagt, das ist ein Kontinuum, und da müssen wir entsprechend reagieren, aber nicht mit irgendwelchen Cut-off-Werten.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Professor Baum. – Frau T. sieht noch nicht zufrieden aus.

Frau T. (PatV): Doch, doch; danke. Wobei Cut-off-Werte natürlich wichtig sind. Man muss ja irgendetwas einschätzen. – Aber Danke schön.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Okay. Gibt es weitere Rückmeldungen zu dieser Frage? – Das ist nicht der Fall.

Wir freuen uns, dass Sie es so einschätzen, dass dann, wenn wir die J1-Untersuchung aufnehmen, allein dies schon einen Effekt hat. Wir haben es angesprochen und Sie wohl auch im Rahmen der Einschätzungsverfahren danach gefragt: Ich glaube, wir haben bisher eine Teilnahmerate von ungefähr 50 Prozent an den J1 – das ist natürlich deutlich viel weniger als an den anderen U-Untersuchungen –, und wir versprechen uns im Grunde genommen von dieser Untersuchung auch, dass wir vielleicht die Jugendlichen bzw. Kinder – das ist ja so im Zwischenalter – im Hinblick auf HPV-Impfungen erreichen, bei denen in Deutschland noch Luft nach oben ist; so muss man es sagen. – Frau U..

Frau U. (GKV-SV): Ich habe noch eine Frage, wenn das zum Thema passt.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Selbstverständlich, Frau U..

Frau U. (GKV-SV): Ich dachte, Sie wollten schon Schluss machen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Nein, ich wollte einfach auch mal etwas sagen.

Frau U. (GKV-SV): In diesen Stellungnahmen sind auch noch zwei kritische Punkte aufgetaucht, die durchaus international kritisch oder widersprüchlich diskutiert werden. Das ist zum einen der klassische Urinstick, der immer wieder verwendet wird. Man muss sagen, er ist sehr unspezifisch, und soweit ich weiß, tauchen da sehr viele sogenannte falsch-positive Befunde auf. Deswegen müsste man, wenn man so etwas macht, auch eine klare Zielsetzung haben, die man damit identifizieren möchte, also Kinder, die irgendwelche Erkrankungen haben.

Zudem taucht immer wieder dieses Blutdruckmessen auf. Auch da sagen sehr viele Experten, man wisse gar nicht, was man mit den Kindern mache. Ich spreche jetzt gar nicht von Kindern mit Risikofaktoren, zum Beispiel mit Übergewicht, sondern von Kindern, die dem Augenschein nach gesund sind. Da wäre die Frage, wie man damit umgehen soll und ob es da Standards für die Behandlung gibt, wie man den Blutdruck misst und mit welchen Werten usw.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau U.; eine sehr relevante Frage. – Herr Rodens.

Herr Dr. Rodens (DGKJ): Darauf muss ich ja antworten. – Natürlich gibt es Standards, und ich verweise jetzt – tut mir leid – auf das von mir herausgegebene Buch „Praxishandbuch der pädiatrischen Grundversorgung“, in dem sowohl diese Standards als auch die Handlungsanweisungen enthalten sind. Es geht vor allem aber auch bei den hohen Blutdruckwerten in doch nicht wenigen Fällen um eine Änderung des Lebensstils. Wir sind wieder bei der Adipositas und bei diesen Geschichten. Es geht um mehr als nur irgendeine medikamentöse Behandlung, also um Bewegung, Abnehmen usw., auch da schon. Da gibt es natürlich Standards, klar. Das kann ich Ihnen auch im Nachgang zukommen lassen; das soll kein Thema sein. Aber das nur als direkte Antwort. – Vielen Dank für die wichtige Frage.

Urinsticks: Ja, darüber kann man diskutieren. Ich denke, es ist sinnvoll, auch eine Rückmeldung an die Eltern zu geben; wir sind wieder beim Diabetes. Ein Zufallsbefund eines Diabetes ohne irgendeine Vorgeschichte ist bei der Vorsorge der eher seltene Fall. Aber ich würde den darin belassen. Ich bin ganz froh, wenn man danach geschaut hat oder eine Hämaturie, die es auch mal geben kann, oder eine Proteinurie, die keine großen klinischen Symptome verursacht hat, auf diesem Wege erkennt. Das sind seltene Geschichten; aber im Einzelfall ist man froh, wenn man das dann doch gesehen hat und daraufhin rechtzeitig intervenieren kann; keine große Geschichte.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Rodens. Wahrscheinlich möchte Frau U. gerne Ihr Buch haben. – Dann gebe ich das Wort an Herrn Giesecking.

Herr Dr. Giesecking (Hausärztinnen- und Hausärzteverband): Ich will das von Kollegen Rodens Gesagte nur unterstützen. Es war eben gesagt, dass ein Urinstick so viele falsch-positive Befunde mit dann folgender unsinniger Diagnostik verursachen kann. Das sehe ich als Praktiker tatsächlich nun überhaupt nicht. Es ist vielleicht ein etwas unspezifischer Test, ja. Aber wie Herr Rodens schon sagte: Wenn man nur mal zufällig die Mikrohämaturie oder was auch immer findet, dann ist das eine Kleinigkeit, vom Aufwand her nichts Großes. Das kostet nicht viel, und einmal auf den Urin zu gucken, finde ich in diesem Alter ausgesprochen sinnvoll. Über die Spezifität kann man sicherlich diskutieren, aber ich sage mal: Bei kleinem Aufwand macht es – jetzt rein gefühlt, ohne dass ich irgendeine Studienlage hätte – ganz viel Sinn, das drin zulassen. Da bin ich sehr auf der Seite von Kollegen Rodens.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank für die Ergänzung, Herr Giesecking. – Gibt es weitere Fragen? – Das ist nicht der Fall. Haben Sie noch etwas, was wir beachten sollten, was bisher nicht ausreichend zur Sprache gekommen ist? – Ja, Herr Vogelberg.

Herr Prof. Dr. Vogelberg (Jahrzehnt der Lunge): Ich möchte nur noch einmal ergänzen, weil jetzt eben auch das Thema unsinniger Untersuchungen angesprochen war: Gerade die Allergiediagnostik wird ja häufig unspezifisch und zum Teil ohne berechtigten Hintergrund durchgeführt. Deswegen ist es so wichtig, dass man in einem solchen Screening eine erst einmal fragebogenbasierte Untersuchung vornimmt und dann ganz gezielt wirklich Risikokinder weiter untersucht. Insofern würde ein so etabliertes Screening auch dazu beitragen, dass unnötige Untersuchungen verhindert werden. – Dies noch einmal zur Ergänzung zu dem, was ich vorhin schon gesagt habe.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank dafür. – Dann hat sich Herr Professor Achenbach noch einmal gemeldet.

Herr Prof. Dr. Achenbach (IDF): Ich will noch einmal kurz auf Frau U. eingehen. Da ging es um den Zeitverlauf und darum, was der richtige Zeitpunkt ist. Ich habe schon gesagt, die Inzidenz der Stoffwechselerkrankungen ist in der Altersgruppe von zehn bis 14 Jahren am höchsten. Die Autoimmunerkrankungen haben ihren Inzidenzpeak bereits in den ersten Lebensjahren. Da gibt es im Alter von ein bis drei Jahren die höchste Inzidenz. Das heißt, was wir mit unseren Aufklärungsmaßnahmen vorschlagen, die einfachsten Symptome oder auch ein Screening auf Immunmarker, um das Frühstadium der Autoimmunerkrankung zu erkennen, würde bereits früher ansetzen, um hier letztendlich Entgleisungen verhindern zu können.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank für die Ergänzung. – Gibt es weitere Dinge, die Sie uns mit auf den Weg geben? – Das scheint nicht der Fall zu sein.

Dann möchte ich mich wirklich sehr herzlich sowohl für Ihre schriftlichen Antworten als auch diese gute mündliche Anhörung bedanken. Wie gesagt, wir beraten jetzt und nehmen auf jeden Fall mit, dass Sie beide Beschlussvorhaben absolut begrüßen, nämlich Regelleistung einer weiteren U-Untersuchung und Dokumentation der J-Untersuchung im Gelben Heft. Vielen Dank und einen schönen Tag!

Schluss der Anhörung: 11:38 Uhr

Abteilung Fachberatung Medizin

Fragebögen zu psychischen Auffälligkeiten: WHO-5, KIDSCREEN-10 und SDQ

Auftrag / Anfrage von: AG Kinderrichtlinie (Abteilung MVL)

Bearbeitet von: FBMed

Datum: 12. September 2024

Letzte Aktualisierung: 12. September 2024

Dateiname: STN_Fragebögen_psychische_Auffälligkeiten_2024-09-12.docx

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis.....	3
Abkürzungsverzeichnis.....	4
1 Sachverhalt	5
2 Methodisches Vorgehen.....	6
3 Ergebnisse.....	6
3.1 WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden	6
3.2 KIDSCREEN-10	8
3.3 SDQ	13
4 Zusammenfassung.....	16
5 Fazit.....	18
Referenzen	19
Anhang	22

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Steckbrief des KIDSCREEN-10	8
Tabelle 2: Steckbrief des SDQ	13

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Interkorrelationen (Spearman-Koeffizienten) von WHO-5 und den vier SF-36 Subskalen	7
Abbildung 2: Cronbach's Alpha und Test-Retest Reliabilität des KIDSCREEN-10	10
Abbildung 3: Konvergente Validität des KIDSCREEN-10	11
Abbildung 4: Known-Groups Validität des KIDSCREEN-10	12

Abkürzungsverzeichnis

AUC	Area Under the Curve
CES-D	Center for Epidemiological Studies Depression Scale
CHIP	Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CSHCN	Children with Special Health Care Needs Screener
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen
FAS	Family Affluence Scale (Kindbericht)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HBSC	Health Behavior in School-Aged Children
HRQoL	Health-Related Quality of Life
ICC	Intraklassen-Korrelationskoeffizient
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems / Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme - Version 10
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KI	Konfidenzintervall
M	Mittelwert
PedsQL	Pediatric Quality of Life Inventory
ROC	Receiver Operating Characteristic
SD	Standardabweichung
SDQ-D	Strengths and Difficulties Questionnaire
SF-36	Kurzform (36) Gesundheitsfragebogen / Short Form (SF)-36 Health Survey
WHO	Weltgesundheitsorganisation / World Health Organization
YQOL-S	Youth Quality of Life Instrument-Surveillance Version

1 Sachverhalt

Der G-BA berät derzeit zum Beratungsverfahren „Bewertung der Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V“.

Im Rahmen der Beratung bittet die AG Kinder um die vergleichende Bewertung der folgenden 3 Fragebögen, jeweils für Kinder im Alter von 9-10 Jahren sowie den Eltern, die für die ärztliche Einschätzung von psychischen Auffälligkeiten herangezogen werden könnten.

Der WHO 5 Fragebogen sieht keine getrennten Fragen für Kinder und Eltern vor.

- WHO 5 (Anlage 1)
- KIDSCREEN-10 Kinder (Anlage 2)
- KIDSCREEN-10 Eltern (Anlage 3)
- SDQ Selbst 11-17 (Anlage 4)
- SDQ Eltern (Anlage 5)

Anhand der nachfolgenden Kriterien bittet die AG um Darstellung des Vergleichs:

- Mit welcher Zielsetzung wurde der Fragebogen entwickelt? Insbesondere für welche Zielgruppe?
- Ist der Fragebogen validiert worden? Wenn ja, in welchem Setting?
- Steht ein Manual zur Verfügung?
- Wie ist die Testgüte?
- Wie wird die Praktikabilität eingeschätzt?
- In welchen Sprachen kann der Fragebogen eingesetzt werden?
- Ist der Fragebogen frei verfügbar (müssen ggf. Lizenzrechte beachtet werden)?

Die psychometrischen Ergebnisse, u. a. das Reliabilitäts- und Validitätsniveau, sollen dafür detailliert beschrieben werden.

2 Methodisches Vorgehen

Ausgehend von den Fragebögen (WHO-5, KIDSCREEN-10, SDQ) wurde in der Datenbank PROQOLID recherchiert und zudem eine fokussierte nicht systematische Recherche durchgeführt.

In die Stellungnahme wurden insgesamt 37 Quellen aufgenommen.

3 Ergebnisse

Im Folgenden wird jeweils der Aufbau des Fragebogens dargestellt und Informationen zur Fragebogenentwicklung und Validierung aufgeführt.

3.1 WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden

Aufbau des Instruments

Der WHO-5 Fragebogen ist ein generischer Fragebogen zur Beurteilung des allgemeinen Wohlbefindens und der psychischen Gesundheit für Erwachsene ab 18 Jahre. Es gibt keine spezielle Version für Kinder [2].

Der Fragebogen basiert auf Selbsteinschätzung und beinhaltet fünf Items (siehe Anlage 1):

- Ich habe mich während der letzten zwei Wochen fröhlich und gut gelaunt gefühlt.
- Ich habe mich während der letzten zwei Wochen ruhig und entspannt gefühlt.
- Ich habe während der letzten zwei Wochen genug Energie für den Alltag gehabt.
- Ich habe während der letzten zwei Wochen ein gutes Selbstwertgefühl gehabt.
- In den letzten zwei Wochen war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.

Der Bezugszeitraum der Erfassung umfasst die vergangenen 2 Wochen.

Die Beurteilung des Wohlbefindens erfolgt anhand einer sechsstufigen Likert-Skala:

- 0 = zu keinem Zeitpunkt;
- 1 = ab und zu;
- 2 = weniger als die Hälfte der Zeit;
- 3 = über die Hälfte der Zeit;
- 4 = meistens und
- 5 = die ganze Zeit.

Jede Antwort wird dementsprechend mit einem Punktwert versehen. Die Punktberechnung des Rohwertes erfolgt durch Addieren der Antworten. Der Rohwert erstreckt sich von 0 bis 25, wobei 0 Punkte das geringste Wohlbefinden / die niedrigste Lebensqualität und 25 Punkte größtes Wohlbefinden / höchste Lebensqualität bezeichnen [25].

Informationen zur Fragebogenentwicklung und Validierung

Die Entwicklung des WHO-5 erfolgte durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO). Seit den 1980er Jahren wurde von der WHO ein Instrument zur Erfassung von Wohlbefinden und der Einsatz eines Screeningsinstruments zur schnellen Erkennung von depressiven Störungen angestrebt.

Um die Patientenakzeptanz zu erhöhen, wurde der 10-Item-Screeningvorläufer WHO-10 verkürzt [2]. Im Jahr 1998 wurde das leicht einsetzbare und rasch auswertbare

Screeninginstrument WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden: Well-Being-Index [29] zur Früherkennung depressiver Erkrankungen sowie Untersuchung der antidepressiven Behandlungsdynamik in der Primärversorgung vorgestellt.

Der WHO-5 enthält Items zum Wohlbefinden und somit indirekt zu psychischem Distress und zu Wohlbefindensdefiziten. Dies ermöglicht es, Items des WHO-5 zu den Depressionskriterien nach ICD-10 bzw. DSM-IV in Relation zu setzen [29]. Der WHO-5 erfasst fünf Kriterien, die zur Definition einer majoren Depression nach DSM-IV bzw. depressiven Episode nach ICD-10 gehören.

Die erste Frage des WHO-5 nach guter Laune impliziert in DSM-IV bzw. ICD-10 das diagnostische Kriterium *depressive Stimmung*, die zweite Frage nach Ruhe und Entspanntheit die *psychomotorische Unruhe* oder *Verlangsamung*, die dritte Frage nach Aktivität und Energie die *Verminderung des Antriebs* und *erhöhte Ermüdbarkeit*. Die vierte Frage nach der Frische und Ausgeruhtheit nach dem Aufwachen beinhaltet *Beeinträchtigung des Schlafes* und schließlich die fünfte Frage nach Interesse am Alltag, *Interessenverlust* oder *Freudlosigkeit*. In Übereinstimmung mit der in beiden Diagnosesystemen erforderlichen Mindestdauer der Symptome von 14 Tagen bezieht sich der WHO-5 auf den Zeitraum der letzten zwei Wochen. Der WHO-5 wurde in ca. 30 Sprachen übersetzt und ist frei verfügbar.

Psychometrische Analysen

Die in der Validierungsstudie eingeschlossene Studienpopulation umfasste 9 542 Personen aus der dänischen Allgemeinbevölkerung. Die Studienpopulation umfasste 4 681 Männer und 4 924 Frauen. Das Durchschnittsalter betrug 44,9 Jahre, mit einer Standardabweichung von 16,9 Jahren [2].

Die interne Konsistenz, ermittelt mit Cronbach Alpha, des WHO-5 und der Subskala Psychische Gesundheit des SF-36 lag bei 0,84 bzw. 0,81. Dies liegt, unter Anwendung der Kriterien für kurze Skalen, im akzeptablen Bereich [6].

Der Homogenitätskoeffizient nach Loevinger betrug 0,56 sowohl für die WHO-5 als auch für die Subskala Psychische Gesundheit, was über dem Wert von 0,40 für die Annahme der Eindimensionalität liegt. Untersuchungen zur Test-Retest Reliabilität konnten nicht identifiziert werden.

Korrelationen zwischen den verschiedenen SF-36-Subskalen mit dem WHO-5 wurde mittels Spearman-Koeffizient ermittelt. Der höchste Spearman-Koeffizient wurde im Vergleich zur psychischen Gesundheit (0,84) erreicht, während die Korrelation der "Emotionalen Rolle" mit dem WHO-5 oder versus „psychischer Gesundheit“ eher niedrige Koeffizienten vorwiesen (unter 0,40).

	WHO-Five	Mental Health	Bodily Pain	General Health	Role Emotional
Mental health	0.84				
Bodily pain	0.40	0.36			
General health	0.50	0.43	0.48		
Role emotional	0.38	0.39	0.26	0.34	
Age	0.08	0.09	-0.08	-0.25	-0.14

Abbildung 1: Interkorrelationen (Spearman-Koeffizienten) von WHO-5 und den vier SF-36 Subskalen

In einer weiteren Studie mit 254 Personen im Alter zwischen 60 und 99 Jahren (M=77.2; SD=10.1) wurde die deutsche Version des Instruments untersucht. Der WHO-5 konnte zwischen Gruppen mit und ohne psychiatrische Erkrankung, Depression oder Angst, unterscheiden. Als Referenzinstrument wurde der Composite International Diagnostic

Interview (CIDI) verwendet (WHO, 1990). Die ROC-Analyse ergab einen AUC-Wert von 0.79 (KI=0.72-0.87). Der Score des WHO-5-Fragebogens zum Wohlbefinden korrelierte hoch ($r=0.79$) mit dem Score der Depressionsskala CES-D [26]. Signifikant höhere Scores hatten Menschen, die allein oder mit einem Partner lebten, im Vergleich zu Personen, die mit Verwandten oder in Altenheimen lebten [12]. Darüber hinaus wurden Sensitivität und Spezifität des WHO-5 für die Diagnose der Depression an 367 Personen (über 50 Jahre alt; $M=70,1$ Jahre; $SD=8,1$) aus der Allgemeinbevölkerung hinsichtlich des Referenzinstruments CIDI [37] untersucht (Sensitivität=100 %; Spezifität=68 %).

Untersuchungen zur Änderungssensitivität konnten in den vorliegenden Studien nicht identifiziert werden.

3.2 KIDSCREEN-10

Aufbau des Instruments

Der KIDSCREEN-10 ist ein generischer Fragebogen, welcher die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität („Health-Related Quality of Life“ (HRQoL)) von Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 18 Jahren als einen globalen Index (auch: KIDSCREEN-10 Index) erfasst [34].

Er kann bei gesunden und kranken Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden (siehe Tabelle 1 und Anlage 2 [34]).

Der Fragebogen ist kostenlos und frei verfügbar.

Tabelle 1: Steckbrief des KIDSCREEN-10

Kategorien	Beschreibung
Itemanzahl	10 Index-Items + 1 Zusatz-Item
Skalen / Dimensionen	Index-Items: ein Gesamtscore über folgende inhaltliche Aspekte: • Körperliches Wohlbefinden • Psychisches Wohlbefinden • Beziehungen zu Eltern und Autonomie • Soziale Unterstützung und Gleichaltrige • Schulisches Umfeld Zusatzfrage: • Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand
Antwortformat	Index-Items: • 5-Punkte Likert Skala von 1= „überhaupt nicht“ bis 5=„sehr“ (Items 1 +9) • 5-Punkte Likert Skala von 1= „nie“ bis 5=„immer“ (Items 2-8) Zusatzfrage: • 5-Punkte Likert Skala von „ausgezeichnet“ bis „schlecht“
Auswertung [33]	Skalensummenwert (KIDSCREEN-10 Index-Score): • Aufsummierung der 10 Index-Items zu einem Index-Score (Wert zwischen 10 bis 50). • Bei fehlenden Werten Anwendung einer Standard-Syntax. Die Zusatzfrage geht nicht in die Berechnung des Index-Scores ein. Normierung auf T-Wert: • Zuweisung eines Personenparameters zum Skalensummenwert; z-Standardisierung und Umwandlung in T-Wert-Normen.
Interpretation der Ergebnisse [33]	Skalensummenwert: • Höhere Werte entsprechen einer höheren gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Kategorien	Beschreibung
	T-Wert: Für die Normstichprobe ist der Mittelwert auf 50 festgelegt und die Standardabweichung auf ± 10. Ein höherer T-Wert bildet eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität ab. Es existieren Normwerte für eine europäische sowie für nationale Stichprobe
Altersbereich	Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 18 Jahren
Form des Berichts	Selbstbericht (siehe Anlage 2), Proxy-(Eltern)bericht (siehe Anlage 3)
Bezugszeitraum	Letzte Woche
Versionen	Der KIDSCREEN-10 ist die Kurzform des KIDSCREEN-27 und KIDSCREEN-52
Manual	Online verfügbar unter https://www.kidscreen.org/ [32]
Modalität	paper-pencil, elektronisch

Informationen zur Fragebogenentwicklung und Validierung

Der KIDSCREEN-10 ist das kürzeste Instrument von drei KIDSCREEN Fragebögen zur generischen Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität (HRQoL), welche zu Screening-, Monitoring- und zu Evaluationszwecken in nationalen und europäischen Gesundheitssurveys entwickelt wurden [36]. Die Fragebögen wurden simultan in 13 europäischen Ländern entwickelt, um sinnvolle interkulturelle Vergleiche der HRQoL bei gesunden und chronisch kranken Kindern zu ermöglichen. Teilnehmende Länder waren Deutschland, Frankreich, Griechenland, Irland, Niederlande, Polen, Österreich, Schweden, Schweiz, Spanien, Tschechien, Ungarn und das Vereinigte Königreich.

Während die beiden längeren Versionen des KIDSCREEN ein detailliertes Profil von 10 (KIDSCREEN-52) bzw. 5 (KIDSCREEN-27) Dimensionen gesundheitsbezogener Lebensqualität erlauben, wurde der KIDSCREEN-10 als globales Maß zum Monitoring allgemeiner HRQoL und für Screening-Zwecke entwickelt. Alle 10 Items sind den Langversionen entnommen.

Theoretische Grundlage ist die weit akzeptierte Definition von HRQoL als ein multidimensionales Konstrukt, welches körperliche, emotionale, mentale, soziale und alltagsbezogene Aspekte des Wohlbefindens und der Funktionstüchtigkeit aus Sicht des Individuums bzw. aus der Sicht anderer beinhaltet [35].

Unter Einbezug von Literaturrecherchen, Expertenbefragungen und Fokusgruppen mit Kindern und Jugendlichen in allen teilnehmenden Ländern wurden relevante HRQoL-Dimensionen und Items mit Bedeutung für alle teilnehmenden Länder generiert, und daraus zunächst die Langversion KIDSCREEN-52 erstellt.

Mittels standardisierte Übersetzungsmethodologie wurden die Items in die jeweilige Landessprache übersetzt und in Projekt-Meetings harmonisiert zu einem Pilotfragebogen. Dieser umfasste zunächst 59 Items für Kinder und 167 Items für Jugendliche und wurde mit einer internationalen Stichprobe von 3 977 Kinder- und Jugendlichen pilotiert, mit dem Ziel der Reduzierung des KIDSCREEN-Itempools. Das Resultat war der mehrdimensionale KIDSCREEN-52-Fragebogen mit 52 Items in 10 Dimensionen, welcher später mit einer kürzeren 27-Item Version ergänzt wurde, welche 5 HRQoL-Dimensionen abdeckt. An einer internationalen Validierungsstudie für den KIDSCREEN-52 (KIDSURVEY) nahmen insgesamt 21 804 Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 18 Jahren teil. Der Survey umfasste neben soziodemografischen Angaben eine Reihe von weiteren Fragebögen zur Erhebung des allgemeinen Gesundheitsstatus, der psychischen Gesundheit, der Eltern-Kind-Beziehung, der sozialen Unterstützung, sowie von Risikoverhalten und die Inanspruchnahme von

Gesundheitseinrichtungen. Sowohl der KIDSCREEN-52 als auch der KIDSCREEN-27 zeigten eine hohe Reliabilität und gute Validität [27].

Um administrative Bürden weiter zu reduzieren und globale Veränderungen in HRQoL effektiv zu erfassen, wurde der noch kürzere KIDSCREEN-10 für den Einsatz in großen epidemiologischen Surveys und klinischen Studien entwickelt. Damit jede KIDSCREEN-Kurzversion in allen Langversionen enthalten ist, wurde als Ausgangspunkt der KIDSCREEN-27 gewählt. Mithilfe von Item Response Theory sowie Differential-Item Functioning Techniken wurden 10 Items für diese Kurzversion ausgewählt.

Mit Daten aus mehreren repräsentativen telefonischen und postalischen Surveys in 13 europäischen Ländern, die überwiegend im Jahr 2003 durchgeführt worden waren, wurden anschließend die psychometrischen Eigenschaften des KIDSCREEN-10 untersucht [27]. Insgesamt nahmen 22 830 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 8 und 18 Jahre und 16 237 Eltern teil. In 11 Ländern wurde ein Retest in 2-wöchigem Abstand mit einer zufällig ausgewählten Substichprobe von 559 Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchgeführt.

Reliabilität:

Der KIDSCREEN-10 wies in der gesamten Stichprobe, sowie bei Kindern und Jugendlichen getrennt betrachtet eine sehr gute Reliabilität auf (Abbildung 2).

Die Test-Retest Reliabilität lag für die Gesamtstichprobe im akzeptablen Bereich mit ICC = 0.70.

	KIDSCREEN-10 Self-report			KIDSCREEN-10 Parent proxy report		
	(8–18 years)	(8–11 years)	(12–18 years)	(8–18 years)	(8–11 years)	(12–18 years)
Cronbach Alpha	0.82	0.79	0.81	0.78	0.78	0.78
Test-retest ICC	0.70	0.64	0.69	0.67	0.64	0.66

Abbildung 2: Cronbach's Alpha und Test-Retest Reliabilität des KIDSCREEN-10 [27].

Die Korrelation zwischen dem KIDSCREEN-Selbstbericht der Kinder- und Jugendlichen und der Proxy-(Eltern-)Einschätzung lag mit $r=0.54$ im moderaten Bereich (8-11 Jahre: $r=0.50$; 12-18 Jahre: $r=0.54$).

Validität:

- **Konvergente Validität:**
es zeigten sich moderate bis hohe Korrelationen mit anderen Instrumenten zur HRQoL und Funktionseinschätzungen (Abbildung 3).

Measures	KIDSCREEN-10 self-report		
	<i>r</i> (8–18 years)	<i>r</i> (8–11 years)	<i>r</i> (12–18 years)
PedsQL			
Physical functioning	0.40 (0.44)	0.41 (0.42)	0.42 (0.46)
Emotional functioning	0.50 (0.54)	0.46 (0.49)	0.53 (0.57)
Social functioning	0.43 (0.44)	0.48 (0.48)	0.42 (0.43)
School functioning	0.44 (0.48)	0.43 (0.43)	0.43 (0.48)
Psychosocial summary	0.57 (0.56)	0.56 (0.56)	0.58 (0.56)
Total	0.57 (0.55)	0.56 (0.55)	0.58 (0.55)
CHIP satisfaction domain	0.63 (0.62)	0.58 (0.55)	0.63 (0.62)
YQOL-S perceptual scale	0.60 (0.63)	0.54 (0.53)	0.61 (0.63)
HBSC psychosomatic complaints checklist	−0.52 (−0.52)	−0.43 (−0.44)	−0.54 (−0.54)

Abbildung 3: Konvergente Validität des KIDSCREEN-10 [27].

Anmerkung: Die Korrelationen in Klammern beziffern die jeweils höchste Korrelation mit dem KIDSCREEN-27. PedsQL=Pediatric Quality of Life Inventory; CHIP= Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition; YQOL- S=Youth Quality of Life Instrument-Surveillance Version; HBSC= Health Behavior in School-Aged Children

- **Known-groups Validität:**

Es wurden signifikante Unterschiede in den KIDSCREEN-10 Index-Scores zwischen allen a priori definierten Subgruppen, eingeteilt nach physischer Gesundheit (Children with Special Health Care Needs Screener, CSHCN) und mentaler Gesundheit (Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ) sowie sozioökonomischem Status, gefunden (Abbildung 4).

Dabei waren die Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne mentale gesundheitliche Probleme am höchsten.

Darüber hinaus gab es einen Alterseffekt: die KIDSCREEN-10 Werte von Kindern im Alter von 8-11 Jahren waren höher als die von Jugendlichen im Alter von 12-18 (T-Score / SD = 54.40 / 10.67 vs. 47.97 / 9.16; Cohen's d = 0.64).

Age group (years)	KIDSCREEN-10 self-report				
	Mean <i>T</i> -score	SD	Effect size ^{a,b}		
			8–18	8–11	12–18
CSHCN ¹					
No condition ¹	50.52	10.01	0.32 (0.43)	0.36 (0.42)	0.32 (0.45)
Some conditions ²	47.31	9.18			
SDQ Children					
Normal ³	49.74	9.00	1.06 (1.12)	1.21 (1.26)	1.06 (1.11)
Borderline ⁴	41.96	6.67			
Abnormal ⁵	40.08	8.37			
SDQ Parents ³					
Normal ⁶	51.00	9.91	0.67 (0.69)	0.74 (0.76)	0.68 (0.67)
Borderline ⁷	45.73	8.60			
Abnormal ⁸	44.17	8.60			
FAS					
Low ⁹	47.61	9.27	0.42 (0.49)	0.31 (0.40)	0.46 (0.54)
Medium ¹⁰	49.98	9.87			
High ¹¹	50.98	10.15			

Abbildung 4: Known-Groups Validität des KIDSCREEN-10 [27].

Anmerkungen: Die Mittelwerte sind adjustiert für Alter, Geschlecht und Land. Effektgrößen in Klammern bezeichnen die jeweils höchste Effektgröße mit dem KIDSCREEN-27.

CSHCN= Children with Special Health Care Needs Screener (Elternbericht); FAS=Family Affluence Scale (Kindbericht); SDQ=Strength and Difficulties Questionnaire (Kind- und Elternbericht)

Änderungssensitivität und Interpretation:

Der KIDSCREEN-10 konnte im Rahmen von longitudinalen Kohortenstudien Veränderungen im zeitlichen Verlauf abbilden. Ein Beispiel ist die deutsche COPSY Studie, die 1 923 Kinder und Jugendliche zwischen 7 und 17 Jahre in zwei Wellen während der COVID-19 Pandemie in (Mai/Juni 2020 und Dez.2020/Jan. 2021) interviewte [28]. Daten der repräsentativen Behaviour and Wellbeing of Children and Adolescents in Germany (BELLA) Studie, sowie der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Studie dienten als prä-pandemischer Vergleich. HRQoL wurde mit dem KIDSCREEN-10 erfasst und in niedrige, normale oder hohe HRQoL eingeteilt, basierend auf Normwerten der deutschen BELLA Studie (normale HRQoL war definiert als $M_{BELLA} \pm 1SD_{BELLA}$). So stieg der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit niedriger HRQoL von 15,3 % vor der Pandemie auf 40,2 % zum Zeitpunkt der ersten Pandemiebefragung, und im Verlauf auf 47,7 % zur zweiten Pandemiebefragung.

Eine internationale Konsensusgruppe empfiehlt den KIDSCREEN-10 als Teil ihres Standard Sets für Ergebnis-Messungen bei Angststörungen, Depressionen, zwanghaften Verhaltensstörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen [16]. Die Gruppe postuliert, dass der Fragebogen mittlerweile vielfach im Rahmen von klinischen Studien in Asien, Afrika, Europa und in Nord- und Lateinamerika eingesetzt wird. Daten zur Änderungssensitivität existieren allerdings laut der Konsensusgruppe für dieses Instrument bislang nicht. Eine orientierende Recherche konnte ebenfalls keine Ergebnisse aus klinischen Studien identifizieren, die den KIDSCREEN-10 im Rahmen einer Intervention bei jugendlichen Patientinnen und Patienten mit einer Major Depression oder anderen psychiatrischen Störungen im Kindes- und Jugendalter einsetzen.

Zur Umsetzung und Auswertung der klinischen Relevanzschwellen wird grundsätzlich auf das Methodenpapier 7.0 des IQWiG sowie auf die Vorgaben der Modulvorlage verwiesen [13].

3.3 SDQ

Aufbau des Instruments

Der Fragebogen zu Stärken und Schwierigkeiten (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) ist ein kurzer Fragebogen zum Verhaltensscreening bei 2-17-Jährigen. Im SDQ werden 25 Items auf 5 Skalen mit jeweils 5 Items abgefragt.

Die Skalen umfassen

- emotionale Symptome,
- Verhaltensprobleme,
- Hyperaktivität/Aufmerksamkeit,
- Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen und
- Prosoziales Verhalten.

Die Fragen können von Kindern ab 11 Jahren selbst beantwortet werden oder bei Kindern zwischen 4 und 17 Jahren durch Eltern oder Erziehungsberechtigte [11]. Alternativ zu den oben beschriebenen Subskalen kann bei Stichproben mit geringem Risiko oder in der Allgemeinbevölkerung auch eine alternative Unterteilung des SDQ in drei Subskalen verwendet werden: internalisierende Probleme (emotionale + Peer-Symptome, 10 Items), externalisierende Probleme (Verhaltens- und Hyperaktivitätssymptome, 10 Items) und die Prosozialitätsskala (5 Items) [9].

Über die 25 Items hinaus können noch einige Fragen in einer erweiterten Version beantwortet werden. In dieser erweiterten Version des SDQ wird gefragt, ob ein Problem in mindestens einem der Bereiche Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen vorliegt, und wenn ja, werden weitere Fragen zu Chronizität, Leidensdruck, sozialer Beeinträchtigung und Belastung für andere gestellt.

Für die 25 Items gibt es jeweils drei Antwortmöglichkeiten von „nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“ und „eindeutig zutreffend“. „teilweise zutreffend“ wird immer mit 1 bewertet, wohingegen die Bewertung von „nicht zutreffend“ und „eindeutig zutreffend“ je nachdem variiert, ob die Frage positiv oder negativ gestellt wurde. Jede der 5 Skalen umfasst dabei die mögliche Punktzahl von 0 bis 10 wenn alle Items ausgefüllt wurden. Diese Werte können anteilig nach oben skaliert werden, wenn mindestens 3 Items ausgefüllt wurden. So kann z. B. ein Wert von 4 auf der Grundlage von 3 ausgefüllten Items auf einen Wert von 7 (6,67 aufgerundet) für 5 Items hochskaliert werden. Der Gesamtscore ergibt sich aus der Summe der Ergebnisse aller Skalen mit Ausnahme der prosozialen Skala. Der resultierende Wert reicht von 0 bis 40 und wird als fehlend gezählt, wenn einer der 4 Komponentenskalen fehlt. Der Wert für Externalisierung reicht von 0 bis 20 und ist die Summe der Skalen für Verhalten und Hyperaktivität. Der Wert für die Internalisierung reicht von 0 bis 20 und ist die Summe der Skalen für emotionale Probleme und Probleme mit Gleichaltrigen. Für die Subskalen und den Gesamtscore liegt eine auf der Arbeit von Goodman (1997) basierende Zuteilung auf die Kategorien „auffällig“, „grenzwertig“ und „unauffällig“ vor. Die Grenzwerte wurden anhand der britischen Normierungsstichprobe bestimmt, wobei etwa 80 % der Werte als „unauffällig“ und jeweils 10 % als „grenzwertig“ und „auffällig“ eingestuft wurden [11].

Tabelle 2: Steckbrief des SDQ

Kategorien	Beschreibung
Itemanzahl	25 Items zu psychologischen Merkmalen
Skalen/Dimensionen	• emotionale Symptome (5 Items) • Verhaltensprobleme (5 Items)

Kategorien	Beschreibung
	- Hyperaktivität/Aufmerksamkeit (5 Items) - Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen (5 Items) - prosoziales Verhalten (5 Items) Alternativ: - internalisierende Probleme (emotionale + Peer-Symptome, 10 Items) - externalisierende Probleme (Verhaltens- und Hyperaktivitätssymptome, 10 Items) - Prosozialitätsskala (5 Items)
Antwortformat	Skala von „nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“ und „eindeutig zutreffend“
Auswertung [33]	- In jeder Skala können Werte zwischen 0 und 10 Punkten erreicht werden. - Ein Gesamtscore kann aus den Skalen emotionale Symptome (5 Items), Verhaltensprobleme (5 Items), Hyperaktivität/Aufmerksamkeit (5 Items) und Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen (5 Items) gebildet werden (0-40 Punkte)
Interpretation der Ergebnisse	Skalensummenwert: Höhere Werte entsprechen stärkeren Verhaltensauffälligkeiten
Altersbereich	Kinder und Jugendliche im Alter von 2 bis 17 Jahren
Form des Berichts	Selbstbericht, Elternbericht oder Bericht durch Lehrer oder Erziehungsberechtigte
Bezugszeitraum	Letzte 6 Monate
Versionen	Einseitige Version ohne Impact Supplement - Einseitiger SDQ für Eltern oder Erzieher von 2-4-Jährigen - Einseitiger SDQ für Eltern oder Lehrer von 4-17-Jährigen - Einseitiger selbstbewerteter SDQ für 11-17-Jährige Doppelseitige Version mit Impact Supplement - SDQ und Impact Supplement für die Eltern von 2-4-Jährigen - SDQ und Impact Supplement für die Eltern von 4-17-Jährigen - SDQ und Impact Supplement für die Lehrer der 4-17-Jährigen - SDQ und Impact Supplement zum Selbstausfüllen durch 11-17-Jährige Follow-Up Version mit Impact Supplement - SDQ, Follow-Up Fragen und Impact Supplement für die Eltern von 2-4-Jährigen - SDQ, Follow-Up Fragen und Impact Supplement für die Eltern von 4-17-Jährigen - SDQ, Follow-Up Fragen und Impact Supplement für die Lehrer der 4-17-Jährigen - SDQ, Follow-Up Fragen und Impact Supplement zum Selbstausfüllen durch 11-17-Jährige
Manual	Online verfügbar unter sdqinfo.org/a0.html
Modalität	paper-pencil, elektronisch

Informationen zur Fragebogenentwicklung und Validierung

In einer 2015 erschienenen Studie wurden die psychometrischen Eigenschaften, Faktorenstruktur und Grenzwerte der deutschen Selbstbeurteilungsversion des SDQ untersucht [19]. Im Zuge dieser Studie wurden auch Ergebnisse früherer Untersuchungen der psychometrischen Eigenschaften des Fragebogens zusammengefasst. Dabei wird darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse zur Reliabilität inkonsistent sind. Vor allem die interne Konsistenz der einzelnen Skalen zeigte in diversen Studien keine guten Ergebnisse bei Kindern und Jugendlichen zwischen 11 und 16 Jahren in der selbstberichteten Version (Cronbachs alpha zwischen 0,61 und 0,75 für die Skalen und 0,82 für den Gesamtscore). Dies bestätigt sich

auch in der Studie von Lohbeck et al., in der Cronbachs alpha zwischen 0,55 und 0,71 für die 5 Skalen beobachtet wurden [19]. Geringe Cronbachs alpha Werte bestätigten sich auch in weiteren Studien bei Jugendlichen zwischen 8 und 16 Jahren vor allem für die Subskalen [5,23,30]. Die interne Validität für den Gesamtscore ist über die Studien hinweg ausreichend. Die Test-Retest-Reliabilität der Skalen war in den meisten Studien ausreichend, wenn auch eher im niedrigeren Bereich [8,17,18]. Für die Interrater-Korrelation zwischen Eltern, Lehrkräften und Selbstbeurteilung wurden in mehreren Studien geringe bis mittlere Werte gezeigt [4,22,31].

In Faktorenanalysen bestätigte sich die Fünf-Faktoren-Struktur, wobei in einigen Studien die oben bereits erwähnte Drei-Faktoren-Struktur (internalisierende Probleme, externalisierende Probleme und Prosozialitätsskala) bessere Ergebnisse zeigte [1,3,5,7,8,10,14,15,21]. Für die konvergente und diskriminante Validität zeigten sich gute Ergebnisse [20,24].

In der Studie von Lohbeck et al. wird ausführlich diskutiert, dass für die Gruppe, für die das Screening angestrebt ist, sorgfältig evaluiert werden muss, welche alters- und geschlechtsspezifischen Grenzwerte in die Kategorien „grenzwertig“ und „auffällig“ fallen, da die oben beschriebenen britischen Grenzwerte von Goodman et al. (1997) [11] nicht unmittelbar auf andere Stichproben übertragbar sind [1,19].

4 Zusammenfassung

WHO-5

Der WHO-5 ist ein aus 5 Items bestehender generischer Fragebogen basierend auf Selbstbeurteilung zur Beurteilung des allgemeinen Wohlbefindens und der psychischen Gesundheit von Erwachsenen. Der Bezugszeitraum umfasst die vergangenen 14 Tage und die Beurteilung des Wohlbefindens erfolgt mittels sechsstufiger Likert-Skala. Der Rohwert erstreckt sich von 0 bis 25, wobei 0 das geringste Wohlbefinden / niedrigste Lebensqualität und 25 größtes Wohlbefinden / höchste Lebensqualität entspricht.

Der Homogenitätskoeffizient nach Loevinger betrug 0,56 sowohl für die WHO-5 als auch für die Subskala Psychische Gesundheit, was über dem Wert von 0,40 für die Annahme der Eindimensionalität liegt. Die Objektivität des Fragebogens kann anhand der vorliegenden Angaben nicht vollumfänglich beurteilt werden. Untersuchungen zur Test-Retest Reliabilität konnten nicht identifiziert werden. Der WHO-5 konnte ausreichend zwischen unterschiedlichen Patientengruppen differenzieren wie z. B. Personengruppen mit und ohne psychiatrische Erkrankung, Depression oder Angst.

Im Rahmen einer fokussierten Recherche konnten keine Validierungsstudien an Kindern und Jugendlichen identifiziert werden. Darüber hinaus kann die Übertragbarkeit auf die Patientenpopulation der Kinder und Jugendlichen nicht beurteilt werden. Es wurden keine Untersuchungen des WHO-5 in einem longitudinalen Design, beispielsweise zur Änderungssensitivität, gefunden.

KIDSCREEN-10

Der KIDSCREEN-10 ist ein Fragebogen zur Erfassung subjektiver, gesundheitsbezogener Lebensqualität bei gesunden und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen. Ursprünglich wurde das Instrument kooperativ in 13 Ländern für den Einsatz in europäischen Gesundheitssurveys entwickelt.

Aus 10 Fragen, welche Aspekte des subjektiven Wohlbefindens, sozialer Beziehungen und schulischer Funktionsfähigkeit abdecken, wird ein unidimensionaler Globalindex gebildet, welcher als Summenscore gemäß klassischer Testtheorie oder als T-Wert nach Item-Response Theorie ausgewertet werden kann, für letztere liegen europäische und nationale Normwerte vor. Es existieren eine Selbstbericht-Version und eine Proxy-(Eltern-)Version. Als unidimensionaler Globalindex bietet der KIDSCREEN-10 Index im Gegensatz zu den beiden Langformen des KIDSCREEN (KIDSCREEN-52 und KIDSCREEN-27) nicht die Möglichkeit, einzelne Befindens- und Funktionsbereiche separat zu untersuchen, dafür beträgt die Ausfüllzeit unter 5 Minuten und der Index korreliert moderat bis hoch mit den einzelnen Subskalen der längeren Instrumente. Höhere Werte deuten auf eine höhere HRQoL hin. Der Bezugszeitraum des Instruments ist die vorangegangene Woche.

Aufgrund der umfangreichen, strukturierten Entwicklung des Fragebogens unter Einbezug einer ausreichend großen Anzahl an gesunden und chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen kann davon ausgegangen werden, dass der Fragebogen kulturübergreifend die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen erfasst. Gepoolte Daten aus mehreren repräsentativen europäischen Surveys mit über 20 000 Kindern und Jugendlichen zeigen eine sehr gute interne Konsistenz, mit akzeptabler Test-Retest-Reliabilität und guter Konstruktvalidität, auch diskriminiert der KIDSCREEN-10 Index-Score gut zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne körperliche und psychische Problemen sowie sozioökonomischen Statusgruppen. Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne psychiatrischer Depressionsdiagnose wurden bislang nicht untersucht, allerdings lässt diese Diagnose aufgrund der Schwere der psychischen Beeinträchtigung eine eher noch größere

Differenzierung in der HRQoL erwarten, als die in der Validierungsstudie eingesetzten Selbstberichtsinstrumente zur Gruppenbildung psychischer Gesundheit.

Eine internationale Konsensusgruppe empfiehlt den KIDSCREEN-10 als Teil ihres Standard Sets für Endpunkt-Instrumente bei Angststörungen, Depressionen, zwanghaften Verhaltensstörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Es liegen allerdings bislang keine Daten zur Änderungssensitivität im Rahmen von klinischen Studien vor, so dass hierzu keine Bewertung erfolgen kann.

Insgesamt scheint der KIDSCREEN-10 als ein geeignetes Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne psychische Belastungen. Eine Validierung bei Jugendlichen, deren depressive Symptomatik einem psychiatrischen Notfall entspricht, konnte nicht identifiziert werden. Bisher liegen keine Untersuchungen vor die zeigen, dass mit dem Instrument Veränderungen der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit einer Major Depression oder anderen psychiatrischen Störungen im Kindes- und Jugendalter abgebildet werden können.

Für die Bewertung der klinischen Relevanz von Veränderungen auf dem KIDSCREEN-10 Index sei auf das IQWiG Methodenpapier verwiesen [13].

SDQ

Der Fragebogen zu Stärken und Schwierigkeiten (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) ist ein kurzer Fragebogen zum Verhaltensscreening bei 2-17-Jährigen. Im SDQ werden 25 Items auf 5 Skalen mit jeweils 5 Items abgefragt. Die Skalen umfassen emotionale Symptome, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität / Aufmerksamkeit, Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen und Prosoziales Verhalten. Die Fragen können von Kindern ab 11 Jahren selbst beantwortet werden oder bei Kindern zwischen 4 und 17 Jahren durch Eltern oder Erziehungsberechtigte. Für die 25 Items gibt es jeweils drei Antwortmöglichkeiten von „nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“ und „eindeutig zutreffend“. In jeder Skala können Werte zwischen 0 und 10 Punkten erreicht werden. Ein Gesamtscore kann aus den Skalen emotionale Symptome (5 Items), Verhaltensprobleme (5 Items), Hyperaktivität/Aufmerksamkeit (5 Items) und Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen (5 Items) gebildet werden (0-40 Punkte). Höhere Werte entsprechen stärkeren Verhaltensauffälligkeiten. Die Fragen beziehen sich auf die vergangenen 6 Monate. Für die Subskalen und den Gesamtscore liegt eine Zuteilung auf die Kategorien „auffällig“, „grenzwertig“ und „unauffällig“ vor. Die Grenzwerte wurden anhand der britischen Normierungsstichprobe bestimmt, wobei etwa 80 % der Werte als „unauffällig“ und jeweils 10 % als „grenzwertig“ und „auffällig“ eingestuft wurden.

Es konnte in der orientierenden Recherche keine Quelle identifiziert werden, in der die ursprüngliche Entwicklung des Fragebogens beschrieben wurde. Die Ergebnisse der Untersuchungen zur Reliabilität des SDQ sind inkonsistent. Vor allem die interne Konsistenz der einzelnen Skalen zeigte in diversen Studien keine guten Ergebnisse bei Kindern und Jugendlichen zwischen 11 und 16 Jahren in der selbstberichteten Version. Die interne Konsistenz für den Gesamtscore ist über die Studien hinweg ausreichend. Die Test-Retest-Reliabilität der Skalen war in den meisten Studien ausreichend, wenn auch eher im niedrigeren Bereich. Für die Interrater-Korrelation zwischen Eltern, Lehrkräften und Selbstbeurteilung wurden in mehreren Studien geringe bis mittlere Werte gezeigt. In Faktorenanalysen bestätigte sich die Fünf-Faktoren-Struktur, wobei in einigen Studien eine Drei-Faktoren-Struktur (internalisierende Probleme, externalisierende Probleme und Prosozialitätsskala) bessere Ergebnisse zeigte. Für die konvergente und diskriminante Validität zeigten sich gute Ergebnisse. In der Studie von Lohbeck et al. [19] wird diskutiert, dass für die Gruppe, für die das Screening angestrebt ist, sorgfältig evaluiert werden muss, welche alters- und geschlechtsspezifischen Grenzwerte in die Kategorien „grenzwertig“ und „auffällig“

fallen, da die oben beschriebenen britischen Grenzwerte nicht unmittelbar auf andere Stichproben übertragbar sind.

Die meisten identifizierten und zitierten Quellen befassen sich mit dem Selbstbeurteilungsfragebogen. Ob die Ergebnisse auch auf den durch Eltern oder Lehrpersonal zu beantwortenden Fragebogen übertragbar sind, ist unklar.

Die Ergebnisse der orientierenden Recherche zum SDQ lassen keine eindeutige Einschätzung zur psychometrischen Güte des Instruments zu. Die in vielen Studien gezeigten eher schlechten Ergebnisse zur internen Konsistenz sind kritisch zu bewerten, die Validität scheint ausreichend zu sein. Bei der Interpretation der Ergebnisse des SDQ müssen alters- und geschlechtsspezifische Grenzwerte für die zu untersuchende Population festgelegt werden.

5 Fazit

Die drei dargestellten Fragebögen (WHO-5, KIDSCREEN-10, SDQ) sind frei und kostenlos verfügbar und liegen in verschiedenen Sprachen vor.

Der WHO-5 ist nicht für die Erfassung psychischer Auffälligkeiten im Rahmen einer Früherkennungsuntersuchung bei Kindern geeignet.

Der KIDSCREEN-10 wird häufig eingesetzt und scheint ein geeignetes Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne psychische Belastungen zu sein. Der KIDSCREEN-10 weist eine sehr gute Reliabilität auf. Die Validität zeigt moderate bis hohe Korrelationen zu anderen Instrumenten auf.

Der SDQ wird ebenfalls häufig eingesetzt und ist ein kurzer Fragebogen zum Verhaltensscreening bei Kindern. Die Fragen können von Kindern ab 11 Jahren selbst beantwortet werden oder bei Kindern zwischen 4 und 17 Jahren durch Eltern oder Erziehungsberechtigte. Im Gegensatz zur Validität sind die Ergebnisse der Untersuchungen zur Reliabilität inkonsistent. Zudem ist die Interpretation der Ergebnisse nicht unproblematisch, da alters- und geschlechtsspezifische Grenzwerte für die zu untersuchende Population festgelegt werden müssen.

Anzumerken ist, dass sich die meisten der identifizierten und zitierten Quellen bzgl. SDQ und KIDSCREEN mit dem Selbstbeurteilungsfragebogen befassen. Ob diese Ergebnisse auch auf die Proxy-Versionen übertragbar sind, ist auf Basis der vorliegenden Informationen unklar. Spezielle Untersuchung der Fragebögen KIDSCREEN-10 und SDQ in der „Fremdbewertung“ wurden über die orientierende Recherche nicht identifiziert.

Referenzen

1. **Altendorfer-Kling U, Ardelt-Gattinger E, Thun-Hohenstein L.** Der Selbstbeurteilungsbogen des SDQ anhand einer österreichischen Feldstichprobe. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2007;35(4):265-271.
2. **Bech P, Olsen LR, Kjoller M, Rasmussen NK.** Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003;12(2):85-91.
3. **Becker A, Steinhausen HC, Baldursson G, Dalsgaard S, Lorenzo MJ, Ralston SJ, et al.** Psychopathological screening of children with ADHD: strengths and difficulties questionnaire in a pan-European study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006;15 (Suppl 1):56-62.
4. **Borg AM, Kaukonen P, Salmelin R, Joukamaa M, Tamminen T.** Reliability of the Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish 4-9-year-old children. *Nord J Psychiatry* 2012;66(6):403-413.
5. **Capron C, Théron C, Duyme M.** Psychometric properties of the French version of the self-report and teacher Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Journal of Psychological Assessment* 2007;23(2):79-88.
6. **Cortina JM.** What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology* 1993;78(1):98-104.
7. **Dickey WC, Blumberg SJ.** Revisiting the factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire: United States, 2001. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(9):1159-1167.
8. **Giannakopoulos G, Dimitrakaki C, Papadopoulou K, Tzavara C, Kolaitis G, Ravens-Sieberer U, et al.** Reliability and validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire in Greek adolescents and their parents. *Health* 2013;5(11):1774-1783.
9. **Goodman A, Lamping DL, Ploubidis GB.** When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children. *J Abnorm Child Psychol* 2010;38(8):1179-1191.
10. **Goodman R.** Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(11):1337-1345.
11. **Goodman R.** The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38(5):581-586.
12. **Heun R, Burkart M, Maier W, Bech P.** Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly general population. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99(3):171-178.
13. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).** Allgemeine Methoden, Version 7.0 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2023. [Zugriff: 11.09.2024]. URL: <https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden-version-7-0.pdf>.
14. **Koglin U, Barquero B, Mayer H, Scheithauer H, Petermann F.** Deutsche Version des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu). *Diagnostica* 2007;53(4):175-183.

15. **Koskelainen M, Sourander A, Vauras M.** Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001;10(3):180-185.
16. **Krause KR, Chung S, Adewuya AO, Albano AM, Babins-Wagner R, Birkinshaw L, et al.** International consensus on a standard set of outcome measures for child and youth anxiety, depression, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder. *Lancet Psychiatry* 2021;8(1):76-86.
17. **Lai KY, Luk ES, Leung PW, Wong AS, Law L, Ho K.** Validation of the Chinese version of the strengths and difficulties questionnaire in Hong Kong. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45(12):1179-1186.
18. **Liu SK, Chien YL, Shang CY, Lin CH, Liu YC, Gau SS.** Psychometric properties of the Chinese version of Strength and Difficulties Questionnaire. *Compr Psychiatry* 2013;54(6):720-730.
19. **Lohbeck A, Schultheiß J, Petermann F, Petermann U.** Die deutsche Selbstbeurteilungsversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu-S). *Diagnostica* 2015;61(4):222-235.
20. **Lundh LG, Wangby-Lundh M, Bjarehed J.** Self-reported emotional and behavioral problems in Swedish 14 to 15-year-old adolescents: a study with the self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Scand J Psychol* 2008;49(6):523-532.
21. **Mansbach-Kleinfeld I, Apter A, Farbstein I, Levine SZ, Ponizovsky AM.** A population-based psychometric validation study of the Strengths and Difficulties Questionnaire - hebrew version. *Front Psychiatry* 2010;1:151.
22. **Mieloo CL, Bevaart F, Donker MC, van Oort FV, Raat H, Jansen W.** Validation of the SDQ in a multi-ethnic population of young children. *Eur J Public Health* 2014;24(1):26-32.
23. **Muris P, Meesters C, Eijkelenboom A, Vincken M.** The self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire: its psychometric properties in 8- to 13-year-old non-clinical children. *Br J Clin Psychol* 2004;43(Pt 4):437-448.
24. **Muris P, Meesters C, van den Berg F.** The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)-further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003;12(1):1-8.
25. **Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health.** WHO (Fünf) - Fragebogen zum Wohlbefinden (Version 1998) [online]. Kopenhagen (DEN): Region Hovedstadens Psykiatri; 1998. [Zugriff: 11.09.2024]. URL: https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_German.pdf.
26. **Radloff LS.** The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 2016;1(3):385-401.
27. **Ravens-Sieberer U, Erhart M, Rajmil L, Herdman M, Auquier P, Bruil J, et al.** Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Qual Life Res* 2010;19(10):1487-1500.
28. **Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M, Otto C, Devine J, Löffler C, et al.** Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19

- pandemic: results of a two-wave nationwide population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2023;32(4):575-588.
29. **Regional Office for Europe: Psychiatric Research Unit.** WHO 1998a Infopackage: mastering depression in primary care, version 2.2 [unveröffentlicht].
 30. **Riso DD, Salcuni S, Chessa D, Raudino A, Lis A, Altoè G.** The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): early evidence of its reliability and validity in a community sample of Italian children. *Personality and Individual Differences* 2010;49(6):570-575.
 31. **Stone LL, Otten R, Engels RC, Vermulst AA, Janssens JM.** Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4- to 12-year-olds: a review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2010;13(3):254-274.
 32. **The KIDSCREEN Group Europe.** The KIDSCREEN questionnaires: quality of life questionnaires for children and adolescents - handbook [online]. Lengerich (GER): Pabst Science Publishers; 2006. [Zugriff: 09.09.2024]. URL: https://www.kidscreen.org/app/download/12412948812/KIDSCREEN_manual_English.pdf.
 33. **The KIDSCREEN Group Europe.** KIDSCREEN. Auswertung: Auswertung von Hand [online]. Hamburg (GER): Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik. [Zugriff: 09.09.2024]. URL: <https://www.kidscreen.org/deutsch/auswertung/auswertung-von-hand/>.
 34. **The KIDSCREEN Group Europe.** KIDSCREEN. Fragebögen: KIDSCREEN-10 Index [online]. Hamburg (GER): Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik. [Zugriff: 09.09.2024]. URL: <https://www.kidscreen.org/deutsch/frageb%C3%B6gen/kidscreen-10-index/>.
 35. **The KIDSCREEN Group Europe.** KIDSCREEN. Fragebögen: Methodologie [online]. Hamburg (GER): Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik. [Zugriff: 09.09.2024]. URL: <https://www.kidscreen.org/deutsch/frageb%C3%B6gen/methodologie/>.
 36. **The KIDSCREEN Group Europe.** KIDSCREEN. Fragebögen: Projekt [online]. Hamburg (GER): Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik. [Zugriff: 09.09.2024]. URL: <https://www.kidscreen.org/deutsch/frageb%C3%B6gen/projekt/>.
 37. **World Health Organization (WHO).** Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Geneva (SUI): World Health Organization, Division of Mental Health; 1990.
-
- [A] **Rethlefsen ML, Kirtley S, Waffenschmidt S, Ayala AP, Moher D, Page MJ, et al.** PRISMA-S: an extension to the PRISMA Statement for Reporting Literature Searches in Systematic Reviews. *Syst Rev* 2021;10(1):39. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01542-z>
- [B] **McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C.** PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *J Clin Epidemiol* 2016;75:40-46. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.01.021>

Anhang

Anlage 1: WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden

WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden

In den letzten beiden Wochen (Zutreffendes bitte ankreuzen)	die ganze Zeit	meistens	über die Hälfte der Zeit	weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
1. war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
2. habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
3. habe ich mich aktiv und voller Energie gefühlt	5	4	3	2	1	0
4. habe ich mich beim Aufwachen frisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
5. war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0

Gesamtpunkte:

Wenn Sie in Summe weniger als 13 Punkte erreichen, sprechen Sie bitte darüber mit Ihrem Arzt.

Anlage 2: KIDSCREEN-10 Kinder [34]



KIDSCREEN-10 Index

Gesundheitsfragebogen für Kinder und Jugendliche

Kinder- und Jugendlichenversion
8 bis 18 Jahre
für Deutschland

Datum _____
Monat Jahr

Hallo!

Wie geht es dir? Wie fühlst du dich? Das möchten wir von dir wissen.

Bitte lies dir jede Frage genau durch. Was kommt dir als Antwort zuerst in den Sinn? Wähle den Kreis aus, der am besten zu deiner Antwort passt, und kreuze ihn an.

Übrigens: Das ist keine Prüfung! Du kannst also nichts falsch machen. Wichtig ist aber, dass du möglichst alle Fragen beantwortest und dass deine Kreuze deutlich zu sehen sind. Bitte denke dabei an die letzte Woche, also an die letzten sieben Tage.

Du musst deinen Fragebogen niemandem zeigen. Und niemand, der dich kennt, schaut deinen Fragebogen nachher an.

Zu deiner Gesundheit

Wenn du an die letzte Woche denkst...

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
1. Hast du dich fit und wohl gefühlt?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Bist du voller Energie gewesen?	nie ☐	selten ☐	manchmal ☐	oft ☐	immer ☐
3. Hast du dich traurig gefühlt?	nie ☐	selten ☐	manchmal ☐	oft ☐	immer ☐
4. Hast du dich einsam gefühlt?	nie ☐	selten ☐	manchmal ☐	oft ☐	immer ☐
5. Hast du genug Zeit für dich selbst gehabt?	nie ☐	selten ☐	manchmal ☐	oft ☐	immer ☐
6. Konntest du in deiner Freizeit die Dinge machen, die du tun wolltest?	nie ☐	selten ☐	manchmal ☐	oft ☐	immer ☐
7. Haben deine Mutter / dein Vater dich gerecht behandelt?	nie ☐	selten ☐	manchmal ☐	oft ☐	immer ☐
8. Hast du mit deinen Freunden Spaß gehabt?	nie ☐	selten ☐	manchmal ☐	oft ☐	immer ☐
9. Bist du in der Schule gut zurechtgekommen?	überhaupt nicht ☐	ein wenig ☐	mittelmäßig ☐	ziemlich ☐	sehr ☐
10. Konntest du gut aufpassen?	nie ☐	selten ☐	manchmal ☐	oft ☐	immer ☐

Wie würdest du deine Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?

- ☐ ausgezeichnet
- ☐ sehr gut
- ☐ gut
- ☐ weniger gut
- ☐ schlecht

Anlage 3: KIDSCREEN-10 Eltern



KIDSCREEN-10 Index **Gesundheitsfragebogen für Kinder und Jugendliche**

Elternversion
für Deutschland

Datum:
 Monat Jahr

Liebe Eltern,

Wie geht es Ihrem Kind? Wie fühlt es sich? Das möchten wir gerne von Ihnen wissen.

Bitte überlegen Sie, wie es Ihrem Kind in der letzten Woche gegangen ist. Beantworten Sie dann bitte die folgenden Fragen, so wie Sie es von Ihrem Kind und seinen Erfahrungen wissen oder vermuten.

Zur Gesundheit Ihres Kindes

Wenn Sie an die letzte Woche denken...

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
1. Hat sich Ihr Kind fit und wohl gefühlt?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ist Ihr Kind voller Energie gewesen?	nie ☐	selten ☐	manchmal ☐	oft ☐	immer ☐
3. Hat sich Ihr Kind traurig gefühlt?	nie ☐	selten ☐	manchmal ☐	oft ☐	immer ☐
4. Hat Ihr Kind sich einsam gefühlt?	nie ☐	selten ☐	manchmal ☐	oft ☐	immer ☐
5. Hat Ihr Kind genug Zeit für sich selbst gehabt?	nie ☐	selten ☐	manchmal ☐	oft ☐	immer ☐
6. Konnte Ihr Kind in seiner Freizeit die Dinge machen, die es tun wollte?	nie ☐	selten ☐	manchmal ☐	oft ☐	immer ☐
7. Hat sich Ihr Kind durch seine Mutter / seinen Vater gerecht behandelt gefühlt?	nie ☐	selten ☐	manchmal ☐	oft ☐	immer ☐
8. Hat Ihr Kind mit seinen Freunden Spaß gehabt?	nie ☐	selten ☐	manchmal ☐	oft ☐	immer ☐
9. Ist Ihr Kind in der Schule gut zurechtgekommen?	überhaupt nicht ☐	ein wenig ☐	mittelmäßig ☐	ziemlich ☐	sehr ☐
10. Konnte Ihr Kind gut aufpassen?	nie ☐	selten ☐	manchmal ☐	oft ☐	immer ☐

Was denken Sie: Wie würde Ihr Kind seine Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?

- ☐ ausgezeichnet
- ☐ sehr gut
- ☐ gut
- ☐ weniger gut
- ☐ schlecht

Anlage 4: SDQ Selbst ¹¹⁻¹⁷**Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)****Selbst** ¹¹⁻¹⁷

Bitte markiere zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, selbst wenn Du Dir nicht ganz sicher bist oder Dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Überlege bitte bei der Antwort, wie es Dir im letzten halben Jahr ging.

Dein Name

Männlich/Weiblich

Geburtsdatum

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig	☐	☐	☐
Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange stillsitzen	☐	☐	☐
Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht	☐	☐	☐
Ich teile normalerweise mit Anderen (Essen, Spiele, Stifte)	☐	☐	☐
Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung	☐	☐	☐
Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst	☐	☐	☐
Normalerweise tue ich, was man mir sagt	☐	☐	☐
Ich mache mir häufig Sorgen	☐	☐	☐
Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind	☐	☐	☐
Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig	☐	☐	☐
Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen	☐	☐	☐
Ich schlage mich häufig; ich kann Andere zwingen zu tun, was ich will	☐	☐	☐
Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen	☐	☐	☐
Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt	☐	☐	☐
Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer, mich zu konzentrieren	☐	☐	☐
Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen	☐	☐	☐
Ich bin nett zu jüngeren Kindern	☐	☐	☐
Anderere behaupten oft, dass ich lüge oder mogele	☐	☐	☐
Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert	☐	☐	☐
Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen)	☐	☐	☐
Ich denke nach, bevor ich handele	☐	☐	☐
Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo)	☐	☐	☐
Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen	☐	☐	☐
Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht	☐	☐	☐
Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende; ich kann mich lange genug konzentrieren	☐	☐	☐

Gibt es noch etwas, das Du erwähnen möchtest?

Würden Du sagen, dass Du insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hast: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?

Nein	Ja, leichte Schwierigkeiten	Ja, deutliche Schwierigkeiten	Ja, massive Schwierigkeiten
☐	☐	☐	☐

Falls Du diese Frage mit "Ja" beantwortet hast, beantworte bitte auch die folgenden Punkte:

- Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?

Weniger als einen Monat	1-5 Monate	6-12 Monate	Über ein Jahr
☐	☐	☐	☐

- Leidest Du unter diesen Schwierigkeiten?

Gar nicht	Kaum	Deutlich	Massiv
☐	☐	☐	☐

- Wirst Du durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?

	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Schwer
ZU HAUSE	☐	☐	☐	☐
MIT FREUNDEN	☐	☐	☐	☐
IM UNTERRICHT	☐	☐	☐	☐
IN DER FREIZEIT	☐	☐	☐	☐

- Findest Du, dass diese Schwierigkeiten Anderen (Familie, Freunden, Lehrern usw.) das Leben schwerer machen?

Gar nicht	Kaum schwerer	Deutlich schwerer	Sehr viele schwerer
☐	☐	☐	☐

Unterschrift:.....

Datum:

Vielen Dank für Deine Hilfe

Anlage 5: SDQ Eltern⁴⁻¹⁶

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-D)

Eltern⁴⁻¹⁶

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.

Name des Kindes:

männlich weiblich

☐ ☐

Geburtsdatum:

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
1. Rücksichtsvoll	☐	☐	☐
2. Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	☐	☐	☐
3. Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	☐	☐	☐
4. Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	☐	☐	☐
5. Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	☐	☐	☐
6. Einzelgänger; spielt meist alleine	☐	☐	☐
7. Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	☐	☐	☐
8. Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	☐	☐	☐
9. Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	☐	☐	☐
10. Ständig zappelig	☐	☐	☐
11. Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	☐	☐	☐
12. Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	☐	☐	☐
13. Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	☐	☐	☐
14. Im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	☐	☐	☐
15. Leicht ablenkbar, unkonzentriert	☐	☐	☐
16. Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	☐	☐	☐
17. Lieb zu jüngeren Kindern	☐	☐	☐
18. Lügt oder mogelt häufig	☐	☐	☐
19. Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	☐	☐	☐
20. Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	☐	☐	☐
21. Denkt nach, bevor er/sie handelt	☐	☐	☐
22. Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	☐	☐	☐
23. Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	☐	☐	☐
24. Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	☐	☐	☐
25. Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	☐	☐	☐

Gibt es noch etwas, das Sie erwähnen möchten?
(Bitte hier eintragen!)

Würden Sie sagen, daß Ihr Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?

Nein	Ja, leichte Schwierigkeiten	Ja, deutliche Schwierigkeiten	Ja, massive Schwierigkeiten
☐	☐	☐	☐

Falls Sie diese Frage mit "Ja" beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:

- Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?

Weniger als einen Monat	1-5 Monate	6-12 Monate	Über ein Jahr
☐	☐	☐	☐

- Leidet Ihr Kind unter diesen Schwierigkeiten?

Gar nicht	Kaum	Deutlich	Massiv
☐	☐	☐	☐

- Wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?

	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Schwer
Zu Hause	☐	☐	☐	☐
Mit Freunden	☐	☐	☐	☐
Im Unterricht	☐	☐	☐	☐
In der Freizeit	☐	☐	☐	☐

- Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Familie dar?

Keine Belastung	Leichte Belastung	Deutliche Belastung	Schwere Belastung
☐	☐	☐	☐

Von wem wurde dieser Bogen ausgefüllt ?

Vater	Mutter	Andere:.....
☐	☐	☐

Heutiges Datum

Bitte überprüfen Sie nochmals, ob alle Fragen beantwortet wurden.

Vielen Dank !

Abteilung Fachberatung Medizin

Entwicklung und aktuelle Umsetzung des Kaskadenscreenings auf Familiäre Hypercholesterinämie (FH) in den Niederlanden

Auftrag / Anfrage von: AG KiRL (Abteilung MVL)

Bearbeitet von: FBMed

Datum: 11. September 2024

Letzte Aktualisierung: 25. September 2024

Dateiname: STN_FH_Niederlande_2024-09-11_aktu_2024-09-25.docx

Anmerkung FBMed: Streichung eines Satzes auf S. 9

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	3
1 Sachverhalt	4
2 Methodisches Vorgehen.....	5
3 Ergebnisse.....	5
3.1 FH-Screening in den Niederlanden von 1994 bis Ende 2013	5
3.2 FH-Screening in den Niederlanden ab 2014	7
3.3 Aspekte zur Umsetzung eines Kaskadenscreenings auf FH.....	8
3.4 Dutch Lipid Clinic Network (DLCN) Score	9
3.5 Umsetzung eines Kaskaden-Screening auf FH.....	11
4 Zusammenfassung.....	14
Referenzen	15
Anhang	17

Abkürzungsverzeichnis

AGLA	Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose (Swiss Atherosclerosis Association)
ApoB	Gen für das Apolipoprotein B100
CI	Konfidenzintervall
DLCN	Dutch Lipid Clinical Network /
FH	Familiäre Hypercholesterinämie
HeFH	Heterozygote Familiäre Hypercholesterinämie
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KHK	Koronare Herzkrankheit
LDL	Low Density Lipoprotein / LDL-Cholesterin / β -Lipoprotein
LDL-C	Low Density Lipoprotein Cholesterol
LDLR	Low Density Lipoprotein Rezeptor Gen
LeeFH	landelijk expertisecentrum erfelijkheidsonderzoek familiale hart- en vaatziekten / Nationales Kompetenzzentrum für genetische Forschung zu familiären Herz- Kreislauf-Erkrankungen
ND	not enough data / Datenlage nicht ausreichend
PCSK9	Gen für die Proproteinkonvertase Subtilisin / Kexin Typ 9
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (Reichsinstitut für öffentliche Gesundheit und Umwelt)
StOEh	Stiftung zur Erkennung hereditärer Hypercholesterinämie / Stichting Opsporing Erfelijke Hypercholesterolemie
TH	Gesamt Cholesterol

1 Sachverhalt

Der G-BA berät derzeit zum Beratungsverfahren „Bewertung eines Screenings zur Früherkennung einer familiären Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen“.

Im Rahmen der Beratung bittet die AG Kinder um die Darstellung des Vorgehens in den Niederlanden hinsichtlich des Auffindens von Personen mit einer Familiären Hypercholesterinämie (FH).

Hierzu liegen der Rapid Report des IQWiGs [4] und die darin ausgewertete Studie von Luirink et al. (2019) [7] vor.

2 Methodisches Vorgehen

Ausgehend vom Rapid Report des IQWiGs [4] mit der Studie von Luirink [7] und Angaben auf den Webseiten des niederländischen nationalen Instituts für öffentliche Gesundheit und Umwelt (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu / RIVM [10]) wurde eine fokussierte, nicht systematische Recherche durchgeführt. Texte aus dem Niederländischen wurden mit DeepL ins Deutsche übersetzt.

Insgesamt wurden 13 Quellen in diese Ausarbeitung eingeschlossen

3 Ergebnisse

Im Folgenden wird erst die Umsetzung des FH-Screenings in den Niederlanden von 1994 bis 2013 dargestellt (siehe Unterkapitel 3.1) und anschließend das FH-Screening ab 2014 beschrieben (siehe Unterkapitel 3.2).

Aspekte zur Umsetzung eines Kaskadenscreenings auf FH finden sich in dem Unterkapitel 3.3.

Der Dutch Lipid Clinic Network (DLCN) Score und ein entsprechender FH-Rechner werden im Unterkapitel 3.4 vorgestellt.

Eine kurze Übersicht über die Umsetzung eines Kaskadenscreenings im internationalen Raum wird im Unterkapitel 3.5 beschrieben.

3.1 FH-Screening in den Niederlanden von 1994 bis Ende 2013

Ulmans-Eckenhausen et al. [12] publizierten 2001, basierend auf einem 5-Jahres-Zeitraum (1994-1999), eine Bewertung des 1994 eingeführten Kaskaden-Screeningprogramms zur FH in den Niederlanden ab einem Alter von 6 Jahren.

Primär wurde untersucht, ob über das Screening-Programm eine Identifizierung von FH Anlageträgern (Heterozygote Familiäre Hypercholesterinämie – HeFH) über ein aktives Familien-Screening und DNA-Diagnostik möglich ist. Zudem sollte eine Beurteilung erfolgen, inwieweit dies zu einer Verbesserung präventiver Maßnahmen für die identifizierten HeFH-Fällen führt.

Im Rahmen dieses Programms erfolgte eine Identifikation von Index-Fällen. Klinische Diagnosen wurden in einer Lipidklinik mittels eines einheitlichen Diagnoseprotokolls gestellt. Hierbei wurden Kriterien wie die LDL-C-Konzentration, physische Anzeichen sowie die persönliche und familiäre Vorgeschichte in einem Scoring-System einbezogen. Die familiäre Vorgeschichte wurde als positiv bewertet, wenn Anzeichen einer kardiovaskulären Erkrankung bei Männern < 55 Jahren sowie bei Frauen < 60 Jahren vorlagen. Von den betroffenen FH-Patientinnen und Patienten wurden DNA-Proben in Hinblick auf LDL-Rezeptor-Genmutationen untersucht. Bei Vorliegen einer solchen Mutation wurde die Patientin / der Patient als Index-Fall klassifiziert. Patientinnen und Patienten mit FH aufgrund von einer Mutation im Apolipoprotein B Gen wurden von der Studie ausgeschlossen.

Über den Index-Fall erfolgte die Kontaktaufnahme mit Verwandten ersten Grades. Dazu suchte spezialisiertes Gesundheitsfachpersonal (*genetic field workers*) die Verwandten ersten Grades im häuslichen Umfeld auf. U. a. wurde die persönliche wie familiäre Vorgeschichte erhoben und eine Blutprobe für die DNA-Analyse auf Mutationen, die ursächlich für FH sind, entnommen. Zeigte sich, dass bei Verwandten ersten Grades die gleiche Mutation vorlag, die zu FH beim Indexfall geführt hat, so wurden von diesen 'neu identifizierten' Patientinnen und Patienten ebenfalls die Verwandten ersten Grades kontaktiert. Verwandte zweiten Grades

wurden nur bei Vorliegen eines Risikos für FH von 25 % in das Screeningprogramm einbezogen, wenn eine Untersuchung Verwandter ersten Grades (Tod, keine Teilnahmebereitschaft) nicht möglich war. Allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde das Ergebnis der DNA-Analyse mitgeteilt. Anlageträger für FH wurden zur weiteren Therapie an Lipidspezialisten überwiesen.

Die Laboranalyse des Blutes erfolgte mit einem Testkit (Boehringer Mannheim). Dabei wurden der Plasmacholesterinspiegel und die Konzentrationen an HDL-Cholesterin und Lipoprotein(a) bestimmt. Als Referenzwerte für Lipoproteine wurden alters- und geschlechtsspezifische Perzentile für das Gesamtcholesterin anhand von Daten aus einer größeren niederländischen Kohortenstudie (MORGEN-cohort) berechnet.

Ausgehend von 237 Indexfällen haben insgesamt 5 442 Individuen an dem Screeningprogramm teilgenommen. Es wurden 2 039 Anlageträger (945 Männer, 1 094 Frauen) mit HeFH identifiziert.

Über einen Indexfall konnten mit dem Kaskadenscreening 20 Verwandte erreicht und untersucht werden, von denen 8 (37 %) Anlageträger für FH waren.

Anhand ihrer Ergebnisse schlossen Ulmans-Eckenhausen et al. [12], dass bei einem Screening, das ausschließlich über die laboranalytische Bestimmung des LDL-Cholesterins (cut-off bei 90 % Perzentil) erfolgt, viele Anlagenträger übersehen werden (falsch negative Fälle: 18 % [95 % CI: 13-22 %]). Ebenso lag der Anteil der falsch Positiven bei 18 % [95 % CI: 16-21 %]. Ein gezieltes Familienscreening mit DNA-Analyse auf FH-relevante Mutationen erwies sich als effektiv zur Identifizierung von Patientinnen und Patienten mit FH. Zum Zeitpunkt des Screenings erhielten nur 39 % der Erwachsenen mit FH eine Behandlung mit Lipidsenkern. Ein Jahr nach der Durchführung des Screenings erhielten 93 % der Patientinnen und Patienten mit FH eine Behandlung mit lipidsenkender Medikation, um das Risiko vorzeitiger kardiovaskulärer Erkrankungen zu verringern.

Das Programm konnte mit Unterstützung des niederländischen Gesundheitsministeriums 1994 eingeführt werden, welches die Hausbesuche durch spezialisiertes Gesundheitsfachpersonal ermöglichte. Das Screening wurde von der Stiftung zur Erkennung hereditärer Hypercholesterinämie (Stichting Opsporing Erfelijke Hypercholesterolemie / StOEh) durchgeführt und landesweit umgesetzt. Patientinnen und Patienten mit FH wurden in eine zentrale nationale Datenbank aufgenommen. Die Laufzeit des Programms war terminiert [6].

Nach Angaben von Zuurbier et al. (2021) [13] lief die Finanzierung durch die niederländische Regierung im Jahr 2014 aus. Bis Anfang 2014 haben insgesamt n=64 171 Individuen am Screening und der genetischen Testung teilgenommen, von denen 26 232 (41 %) HeFH Träger waren. Bei 59 % der gescreenten Personen handelte es sich um nicht von FH betroffene Verwandte. Ausgehend von 4 000 Index-Fällen konnten über 30 000 Fälle¹ von FH mit Hilfe des Screeningprogramms identifiziert werden.

Galem-Boers et al. (2015) bezeichnen das nationale Kaskaden-Screeningprogramm auch als Familien-Screening [2]. Zur Evaluation wurde der Erfolg des Screenings darüber bestimmt, ob Kinder mit FH über das Kaskaden-Screening oder aufgrund von kardiovaskulären Ereignissen, die bei den Eltern auftraten, identifiziert wurden. Dazu wurden Kinder (≤ 18 Jahre) untersucht, die an eine spezialisierte Lipidklinik zwischen 1993 und 2014 überwiesen wurden, und bei denen FH aufgrund von Mutationen im LDL-Rezeptor-Gen oder im ApoB-Gen festgestellt wurde.

¹ Indexfälle mit eingerechnet.

Von insgesamt 308 Kindern mit FH konnten 292 Kinder in die Studie eingeschlossen. Ebenfalls wurden Informationen zu deren Eltern ausgewertet: bei 205 Eltern lag FH vor. Bei 20% der Eltern (29% Väter, 9% Mütter) und 49% der Großeltern wurde eine vorzeitige kardiovaskuläre Erkrankung in der Krankengeschichte festgestellt.

Das Studienteam schlussfolgert, dass das nationale Screening womöglich zu früh beendet worden sei, da kardiovaskuläre Erkrankungen im Rahmen der FH immer noch ein relevantes Ereignis, insbesondere bei Vätern, darstellen würden. Entsprechend postulierten Galem-Boers et al. eine Fortsetzung des Kaskaden-Screeningprogramms.

3.2 FH-Screening in den Niederlanden ab 2014

Ab dem 1. Januar 2014 wird das Kaskaden-Screening von der Stiftung Nationales Kompetenzzentrum für genetische Forschung zu familiären Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Stichting Landelijk Expertisecentrum Erfelijkheidsonderzoek Familiäre Hart- en vaatziekten / LeeFH) umgesetzt [10]. Die LeeFH koordiniert den Nachweis von FH und die (präventive) Behandlung im Rahmen der Regelversorgung [5].

Die LeeFH Stiftung steuert die DNA-Forschung/-Testung, leistet Aufklärungsarbeit, führt Familienanamnesen (Tracking) durch und ist in Kontakt mit den Ärztinnen und Ärzten des Landes: Ärztinnen und Ärzte spielen eine wichtige Rolle bei der Früherkennung von FH und der Diagnosestellung. Mit Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte ist eine Beantragung einer DNA-Testung im Falle einer bestätigten FH-Mutation in der Familie (in der 1. oder 2. Linie) möglich. Sie überweisen die Patientin / den Patienten an ein nahegelegenes regionales LeeFH-Zentrum, in dem eine Beratung, die Behandlung und im Falle einer festgestellten FH-Mutation Informationen über die Familienanamnese zusammengetragen werden, um den FH-Patientinnen und -Patienten die optimale Behandlung zukommen zu lassen.

Auf den Webseiten der LeeFH finden sich:

- FH Diagnosetools: über die Webseite der LeeFH sind folgende Diagnosetools verfügbar
 - DLCN-Score
 - Referenzwerte für Cholesterin und
 - ein LDL-C Rechner
- ein Antragsformular für eine DNA-Diagnostik: Hier findet sich ein 4-seitiger Antrag auf DNA-Diagnostik auf hereditäre Dyslipidämie. Die ersten beiden Seiten sind von der Ärztin / dem Arzt auszufüllen und die Seiten 3 und 4 von der Patientin bzw. dem Patienten. Dort werden auch Fragen zur Familienanamnese erhoben.
- ein Formular zur Beantragung eines DNA-Testpakets und
- eine Anleitung für von FH-Betroffene, wie sie ihre unmittelbaren Familienangehörigen über FH informieren können. ragen von Familien möglich.

Laut Schätzungen haben in den Niederlanden etwa 60 000 Menschen FH, d. h. 1 von 300 Niederländern ist davon betroffen. Es wird davon ausgegangen, dass derzeit 30 000 Personen mit FH in den Niederlanden noch nicht entdeckt wurden.

Bzgl. der Untersuchung und Behandlung von Kindern wird von der LeeFH empfohlen einen DNA-Test für Kinder ab 6 Jahren anzufordern. Bei Durchführung der Blutabnahme für den DNA-Test soll möglichst direkt der Cholesterinspiegel bestimmt werden, um eine weitere Blutabnahme beim Kind zu vermeiden. Eine Behandlung mit cholesterinsenkenden Medikamenten ist lt. LeeFH ab einem Alter von etwa 8 Jahren möglich [5].

3.3 Aspekte zur Umsetzung eines Kaskadenscreenings auf FH

In der Arbeit von Louter et al. (2017) [6] mit dem Titel "Cascade screening for familial hypercholesterolemia: Practical Consequences" ist u. a. das Vorgehen zur Implementierung eines Kaskadenscreenings grafisch dargestellt (siehe Abbildung 1).



* If genetic testing is not available, such as in primary care or in developing countries, clinical diagnosis based on LDL-C levels can be used.

Abbildung 1: Voraussetzungen für Implementierung / Durchführung eines FH Kaskadenscreenings

Um die Identifizierung von FH Patientinnen und Patienten zu steigern informierte in den Niederlanden die STOEh alle relevanten Fachdisziplinen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und

Hausärztinnen / Hausärzte über das Screeningprogramm. Die Informationskampagne umfasste Mail, Zeitschriftenartikel und Fachartikel in nationalen und internationalen Journals. Zusätzlich wurden noch Aufmerksamkeitskampagnen gestartet: Die Allgemeinbevölkerung wurde über Rundfunk und Fernsehen informiert.

Mit der Aufnahme des FH-Screenings in das Niederländische Gesundheitssystem änderte sich die Kontaktaufnahmemöglichkeit zu den Verwandten von FH-Betroffenen. Bis Ende 2013 wurden Familienangehörige aktiv über die Genetic Field Worker aufgesucht und kontaktiert.

Ab 2014 konnte der Kontakt zu den Verwandten nur noch über den Indexfall erfolgen, d. h. Verwandte von FH-Patientinnen und FH-Patienten mussten die Initiative ergreifen und sich an die Gesundheitseinrichtungen wenden. Dies führte zu einem drastischen Abfall bzgl. der Testung von Familienmitgliedern von 4 000 im Jahr 2011 auf weniger als 500 im Jahr 2014.

3.4 Dutch Lipid Clinic Network (DLCN) Score

Das DLCN hat einen Score entwickelt, mit dessen Hilfe sich die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer HeFH schätzen lässt. Dazu werden Fragen zur Familienanamnese, persönlichen Anamnese und körperlichen Untersuchung gestellt sowie Angaben zur Konzentration des LDL-Cholesterins im Plasma und zur molekulargenetischen Untersuchung (DNA-Analyse auf Mutationen in den Genen LDLR, ApoB oder PCSK9) erhoben (siehe Abbildung 2).

Anmerkung: Die in Abbildung 2 angegebenen Werte für das LDL-Cholesterin im Plasma gelten für den Einsatz des Instrumentes bei Erwachsenen. ~~Für Kinder werden niedrigere Konzentrationen für das LDL-Cholesterin angesetzt: $\geq 6 \text{ mmol/L}$ ($\geq 230 \text{ mg/dL}$).~~

Bei einem DLCN-Wert von 8 Punkten wird von einer ‚definitiven‘ Vorliegen von FH ausgegangen. Punktwerte zwischen 6 und 7 Punkten werden als ‚wahrscheinliches‘ Vorliegen einer FH eingestuft und Werte zwischen 3 und 5 Punkten als ‚mögliches‘ Vorliegen einer FH. Bei DLCN-Werten von 0 bis 2 Punkten ist eine FH ‚unwahrscheinlich‘ [8].

Zur Veranschaulichung findet sich in Abbildung 1 der DLCN-Score der Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose (AGLA) [1]². Die Berechnung des Scores erfolgt automatisch auf der Internetseite der AGLA und ist frei verfügbar und kostenlos. Der Algorithmus ist nur auf Erwachsene anwendbar.

² Weitere Quellen, über die eine DLCN-Score Bestimmung möglich ist sind z. B.

<https://www.mdcalc.com/calc/3818/dutch-criteria-familial-hypercholesterolemia-fh> (letzter Zugriff: 09.09.2024) und

<https://www.lipidtools.com/calculator-pages/dlcn/> (letzter Zugriff: 09.09.2024).

Kriterium	Resultat
Familienanamnese (Maximal 2 Punkte*)	
Verwandter 1. Grades mit vorzeitiger Koronarer Herzkrankheit (KHK) [#] <i>und/oder</i>	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt
Verwandter 1. Grades mit LDL-Cholesterin ≥ 5 mmol/l	
Verwandter 1. Grades mit Sehnenxanthomen <i>und/oder</i>	
Verwandter 1. Grades mit Arcus lipoides corneae <i>und/oder</i>	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt
Kinder < 18 J. mit LDL-Cholesterin ≥ 95 . Perzentile nach Alter, Geschlecht und Ethnie	
Persönliche Anamnese (Maximal 2 Punkte*)	
Vorzeitige KHK [#]	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt
<i>und/oder</i> vorzeitige periphere oder cerebrale Gefäßkrankheit [#]	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt
Körperliche Untersuchung (Maximal 6 Punkte*)	
Sehnenxanthome	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt
<i>und/oder</i> Arcus lipoides corneae < 45 Jahre	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt
LDL-Cholesterin (Maximal 8 Punkte*)	
Es ist die LDL-Cholesterin Konzentration vor einer adäquaten Behandlung anzugeben	☐ >8.5 mmol/l ☐ 6.5–8.4 mmol/l ☐ 5.0–6.4 mmol/l ☐ 4.0–4.9 mmol/l ☐ <4.0 mmol/l / Unbekannt
Molekulargenetische Untersuchung (DNA-Analyse)	
Wurde bei einer DNA-Untersuchung eine funktionelle (d.h. krankheitsverursachende) Mutation in den Genen für LDLR, ApoB oder PCSK9 gefunden	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

Resultat berechnen

Abbildung 2: AGLA DLCN-Score [1]

3.5 Umsetzung eines Kaskaden-Screening auf FH

Basierend auf einem gesundheitspolitischen Review von Gidding et al. (2022) [3] ist in Abbildung 3 die Abdeckung von Kaskaden-Screeningprogrammen mit Verwendung genetischer Testverfahren in Europa dargestellt.

Insgesamt nutzen 18 europäische Länder ein Kaskaden-Screeningprogramm mit genetischer Testung auf FH, wovon 9 Programme national implementiert sind und es sich bei den restlichen Ländern entweder um Pilotprogramme (5) oder einrichtungsbezogene Programme (4) handelt.

Weiterführende Informationen zur Zielpopulation, Methode sowie der Verfügbarkeit eines FH-Registers für diese Länder sind der Tabelle 1 zu entnehmen.

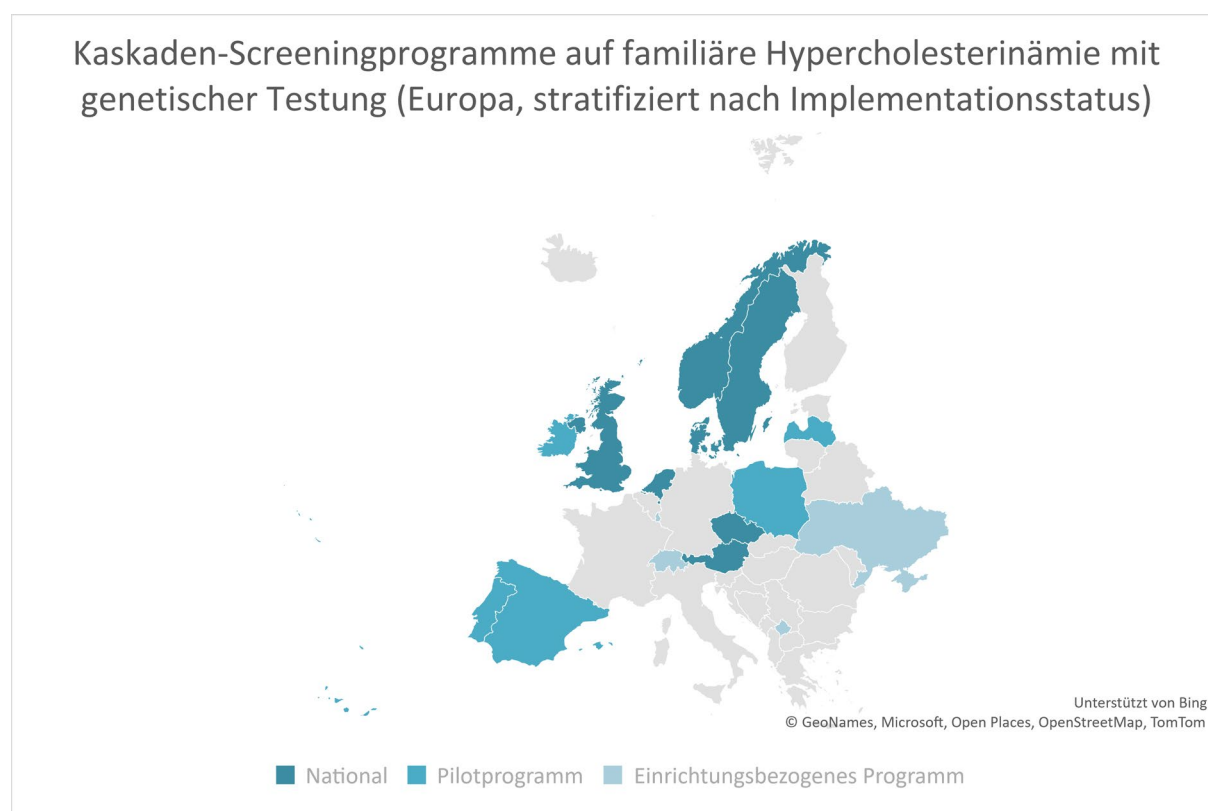


Abbildung 3: Kaskaden-Screeningprogramme auf FH mit genetischer Testung (Europa, stratifiziert nach Implementationsstatus) nach Gidding et al. (2022) [3]

Weitere Länder, die ein Kaskaden-Screeningprogramm in Kombination mit einem universellen, selektiven oder opportunistischen Screeningprogramm anbieten sind Deutschland, Griechenland, Italien, Litauen, Slowakei und Slowenien (siehe Anhang: Übersicht über FH-Screeningprogramme in Europa [3]).

Ein FH-Kaskadenscreening ohne genetische Testung wird z. B. in Bulgarien und Malta durchgeführt.

Tabelle 1: Kaskaden-Screeningprogramme mit genetischer Testung in Europa nach Giddens et al. (2022) [3]

Land	Setting	Zielpopulation	Methode	FH Register	Anmerkung
Österreich	National	Kinder jeden Alters, Erwachsene	Non-HDL-C und LCL-C im Screening, genetische Testung	Ja	
Tschechische Republik	National	Kinder jeden Alters, Erwachsene	TC, LDL-C, genetische Testung	Ja	
Dänemark	National	Kinder jeden Alters, Erwachsene	TC, LDL-C, genetische Testung	Ja	
Niederlande	National	Kinder ab 6 Jahren, Erwachsene	Genetische Testung, TC, LDL-C	ND	Kaskadens-Screening über Verwandte ersten Grades, bis keine Indexmutation mehr bei getesteten Angehörigen identifiziert wird
Norwegen	National	Kinder jeden Alters, Erwachsene	Ausschließlich genetische Testung	Ja	Screening von Verwandten ersten Grades
Schweden	National	Kinder über 6-8 Jahre, Erwachsene	TC, LDL-C, genetische Testung	ND	Screening von Verwandten ersten Grades
Vereinigtes Königreich (Schottland, Wales und Nordirland, ohne Implementierung in England)	National	Erwachsene und Kinder (ab 10 Jahren)	TC, LDL-C, genetische Testung	Ja	Kaskaden-Screening ausgehend von einem Indexfall mit genetischer Variation bzgl. FH

Land	Setting	Zielpopulation	Methode	FH Register	Anmerkung
Irland	Pilotprogramm (national)	Erwachsene und Kinder ab 10 Jahren	Genetische Testung, falls Feststellung einer Mutation bei einem Probanden; andernfalls TC und LCL-C	Ja	Screening erstgradig Verwandter
Lettland	Pilotprogramm (national)	Erwachsene über 18 Jahre, seltener Kinder	Meist LDL-C, seltener genetische Testung	Ja	
Polen	Pilotprogramm (einrichtungsbezogen)	Kinder (in manchen Einrichtungen), Erwachsene	TC, LDL-C, genetische Testung	Ja	
Portugal	Pilotprogramm (national)	Erwachsene und Kinder zwischen 2 und 80 Jahren	TC, LDL-C, genetische Testung	Nein	Portugiesische FH-Studie
Spanien	Pilotprogramm (national)	Erwachsene und Kinder ab 15 Jahren	TC, LDL-C, genetische Testung	Ja	SAFEHEART Kohortenstudie
Luxemburg	Einrichtungsbezogenes Programm	Kinder jeden Alters, Erwachsene	LDL-C bei Erwachsenen, LDL-C und genetische Testung bei Kindern	ND	Screening von Verwandten ersten Grades
Kosovo	Einrichtungsbezogenes Programm	Kinder ab dem Säuglingsalter, Erwachsene	TC, LDL-C, genetische Testung	ND	
Schweiz	Einrichtungsbezogenes Programm	Jedes Alter (1-100 Jahre)	TC, LDL-C, genetische Testung	Ja	Kaskaden-Screening Familienangehöriger
Ukraine	Einrichtungsbezogenes Programm	Kinder und Erwachsene (6-60 Jahre)	TC, LDL-C, genetische Testung	ND	

Legende: LDL-C= low density lipoprotein cholesterol; ND = Datenlage nicht ausreichend; TH = Gesamt Cholesterol

In einer Publikation von Sustar 2022 [11] werden zwei unterschiedliche Screeningstrategien verglichen: In Slowenien wird landesweit ein universelles FH-Screening für Vorschulkinder im Alter von 5 Jahren durchgeführt. Von 169 767 Kinder wurden 154 658 gescreent (ca. 8,9 % opted out / keine Teilnahme). In dem Pilotprojekt aus Niedersachsen (Fr1dolin) wird das universelle Screening von Kindern im Alter zwischen 2 und 6 Jahren mit einem Kaskadenscreening ergänzt. Insgesamt 12 140 Kinder nahmen an dem FH-Screening teil (ca. 3,4 % opted in).

Page et al. (2023) [9] verglichen die FH-Screeningprogramme der Niederlande, Norwegen und dem Vereinigten Königreich. In Abhängigkeit von den Zugangswegen bzgl. der Indexfälle bzw. deren Verwandten unterscheidet sich der geschätzte Anteil an identifizierten FH-Fällen. In Norwegen wurde über das Screeningprogramm etwa 51 % der HeFH (bis 2020) und in den Niederlanden etwa 42 % mit HeFH (bis 2014) identifiziert. Aufgrund der niedrigen Detektionsraten im Vereinigten Königreich folgern Page et al. „The UK has stated targets to detect 25% of the population of England with FH across the 5 years to 2024 with the NHS Long Term Plan. However, this is grossly unrealistic and, based on pre-pandemic rates, will only be reached in the year 2096.“ [9].

4 Zusammenfassung

Das Screening auf FH wird seit 1994 in den Niederlanden landesweit als Kaskadenscreening umgesetzt.

Bis Ende 2013 konnten Verwandte von FH-Indexfällen in den Niederlanden aktiv von Genetic Field Workern aufgesucht werden. Mit Aufnahme des FH-Screening in das reguläre Gesundheitssystem liegt die Verantwortung bei den Patientinnen und Patienten das Gesundheitssystem aufzusuchen.

Derzeit steuert die LeeFH Stiftung die DNA-Forschung/-Testung, leistet Aufklärungsarbeit, führt Familienanamnesen (Tracking) durch und ist in Kontakt mit den Ärztinnen und Ärzten des Landes

Das Screening auf FH kann rein laboranalytisch, über DNA-Mutationsanalysen oder über eine Kombination aus beiden Verfahren erfolgen.

Über den Dutch Lipid Clinic Network (DLCN) Score lässt sich die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer HeFH schätzen.

In der Literatur finden sich verschiedene Zugangswege zu Indexfällen und deren Verwandten, mit unterschiedlichen Detektionsraten.

Referenzen

1. **Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose (AGLA) der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie (SGK).** AGLA FH-Rechner / DLNC-Score [online]. AGLA Steinhausen (SUI). [Zugriff: 04.09.2024]. URL: <https://agla.ch/de/rechner-und-tools/agla-fh-rechner>
2. **Galema-Boers JM, Versmissen J, Roeters van Lennep HW, Dusault-Wijkstra JE, Williams M, Roeters van Lennep JE.** Cascade screening of familial hypercholesterolemia must go on. *Atherosclerosis* 2015;242(2):415-417.
3. **Gidding SS, Wiegman A, Groselj U, Freiburger T, Peretti N, Dharmayat KI, et al.** Paediatric familial hypercholesterolaemia screening in Europe: public policy background and recommendations. *Eur J Prev Cardiol* 2022;29(18):2301-2311.
4. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).** Screening zur Früherkennung einer familiären Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen; Rapid Report, Projekt S24-01 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2024. [Zugriff: 30.08.2024]. (IQWiG-Berichte; Band 1842). URL: https://www.iqwig.de/download/s24-01_screening-auf-familiaere-hypercholesterinaemie-bei-kindern-und-jugendlichen_rapid-report_v1-0.pdf.
5. **Landelijk Expertisecentrum Erfelijkheidsonderzoek Familiaire Hart- en Vaatziekten (LEEFH).** Webauftritt [online]. Amsterdam (NED). [Zugriff: 04.09.2024]. URL: <https://leefh.nl>.
6. **Louter L, Defesche J, Roeters van Lennep J.** Cascade screening for familial hypercholesterolemia: practical consequences. *Atheroscler Suppl* 2017;30:77-85.
7. **Luirink IK, Wiegman A, Kusters DM, Hof MH, Groothoff JW, de Groot E, et al.** 20-year follow-up of statins in children with familial hypercholesterolemia. *N Engl J Med* 2019;381(16):1547-1556.
8. **Nordestgaard BG, Chapman MJ, Humphries SE, Ginsberg HN, Masana L, Descamps OS, et al.** Familial hypercholesterolaemia is underdiagnosed and undertreated in the general population: guidance for clinicians to prevent coronary heart disease: consensus statement of the European Atherosclerosis Society. *Eur Heart J* 2013;34(45):3478-3490a.
9. **Page C, Zheng H, Wang H, Rai TS, O'Kane M, Hart P, et al.** A comparison of the Netherlands, Norway and UK familial hypercholesterolemia screening programmes with implications for target setting and the UK's NHS long term plan. *PLOS Glob Public Health* 2023;3(4):e0001795.
10. **Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.** Bevolkingsonderzoek FH [online]. Wijzigingsdatum 02.11.2018. Bilthoven (NED): Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2011. [Zugriff: 04.09.2024]. URL: <https://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoek-fh>.
11. **Sustar U, Kordonouri O, Mlinaric M, Kovac J, Arens S, Sedej K, et al.** Universal screening for familial hypercholesterolemia in 2 populations. *Genet Med* 2022;24(10):2103-2111.
12. **Umans-Eckenhausen MA, Defesche JC, Sijbrands EJ, Scheerder RL, Kastelein JJ.** Review of first 5 years of screening for familial hypercholesterolaemia in the Netherlands. *Lancet* 2001;357(9251):165-168.
13. **Zuurbier LC, Defesche JC, Wiegman A.** Successful genetic screening and creating awareness of familial hypercholesterolemia and other heritable dyslipidemias in the Netherlands. *Genes (Basel)* 2021;12(8):1168.

-
- [A] **Rethlefsen ML, Kirtley S, Waffenschmidt S, Ayala AP, Moher D, Page MJ, et al.** PRISMA-S: an extension to the PRISMA Statement for Reporting Literature Searches in Systematic Reviews. Syst Rev 2021;10(1):39. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01542-z>
- [B] **McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C.** PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. J Clin Epidemiol 2016;75:40-46. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.01.0>

Anhang

Übersicht über FH-Screeningprogramme in Europa (Gidding et al. 2022 [3])

Table 1 Familial hypercholesterolaemia implemented paediatric screening programmes and pilot programmes in Europe

Country	Screening type	Screening setting	Targeted population	Method	FH registry	Reference
Austria	Selective screening combined with cascade screening of siblings	Pilot programme in Vienna	Preschool children from 5 to 7 years with a positive result on a standardized questionnaire	Non-HDL-C and LDL-C for screening, genetic testing	Yes	14
	Cascade screening	Nationwide	Children of all ages, adults	TC, LDL-C, genetic testing		N/A
Bulgaria	Cascade screening	Institution-based pilot programme	Children of all ages, adults	LDL-C only	ND	N/A
Czech Republic	Universal screening	Pilot programme	Neonates at birth	TC and LDL-C from the umbilical cord blood; genetic testing (if LDL-C > 85th percentile)	Yes	N/A
	Selective screening	Nationwide	Children at 5 and 13 years of age with a positive family history on CVD (<55 years in men and <60 years in women)	TC, LDL-C		N/A
	Cascade screening	Nationwide	Children of all ages, adults	TC, LDL-C, genetic testing		15
Denmark	Cascade screening	Nationwide	Children of all ages, adults	TC, LDL-C, genetic testing	Yes	N/A
Estonia	Universal screening	Institution-based pilot programme	Children of all ages, adults	Algorithm screening of HER for LDL-C; followed by genetic testing (in some cases)	ND	8
Germany ^a	Universal screening combined with cascade screening	Region-wide pilot programme in Lower Saxony (Programme Fr1dolin)	Children between 2 and 6 years	LDL-C	Yes	16
	Universal screening combined with cascade screening	Region-wide pilot programme in Bavaria (The Vroni study)	Children between 5 and 14 years	LDL-C, genetic testing		17
Greece	Universal screening combined with cascade screening	Institution-based pilot programme	Children at 3 years	TC and LDL-C, genetic testing	Yes	8
Ireland	Cascade screening of first-degree relatives	Nationwide pilot programme	Adults and children above 10 years	Genetic testing if a mutation is identified in a proband; otherwise, TC and LDL-C	Yes	18
Italy ^b	Selective screening combined with cascade screening	Nationwide (low attendance rate)	Children with a positive family history of premature CVD or with dyslipidaemia; cascade testing of relatives above 1 year of age	TC, LDL-C for determination of dyslipidaemia; followed by genetic testing	Yes	19
Kosovo	Cascade screening	Institution based	Children from infancy, adults	TC, LDL-C, genetic testing	ND	N/A

Continued

Table 1 Continued

Country	Screening type	Screening setting	Targeted population	Method	FH registry	Reference
Latvia ^c	Cascade screening	Nationwide pilot programme	Adults above 18 years, rarely children	Mostly LDL-C, rarely genetic testing	Yes	20
Lithuania	Opportunistic testing combined with cascade screening	Institution-based pilot programme	Children and adults up to 85 years	Screening of EHR for LDL-C	Yes	21
Luxembourg	Cascade screening of first-degree family members	Institution-based	Children of all ages, adults	LDL-C in adults; LDL-C and genetic testing in children	ND	N/A
Malta	Cascade screening	Institution-based pilot programme	Adults and children of all ages	LDL-C only	Yes	8
Netherlands	Cascade screening via first-degree relatives until an index-mutation is no longer found in the branches of the family	Nationwide ^d	Children from age 6, adults	Genetic testing, TC, LDL-C	ND	22,23
Norway	Cascade screening of first-degree relatives	Nationwide	Children of all ages, adults	Genetic testing only	Yes	24
Poland	Cascade screening	Institution-based pilot programme	Children (at some institutions), Adults	TC, LDL-C, genetic testing	Yes	8
Portugal	Cascade screening	Nationwide pilot programme (Portuguese FH Study)	Adults and children between 2 and 80 years	TC, LDL-C, genetic testing	No	8,25
Slovakia	Universal screening combined with cascade screening	Nationwide	Children at 11 and 17 years of age	TC for screening; followed by an extended lipid profile at children with high TC	Yes	N/A
	Universal screening combined with genetic testing	Pilot study	Children at 11 years	TC only for screening; genetic testing in parents of children with high TC		N/A
Slovenia	Universal screening combined with cascade screening of parents and siblings	Nationwide (>91% coverage)	Preschool children at 5 years	TC for screening, followed by genetic testing; genetic testing for cascade screening	Yes	26–28
Spain	Cascade screening	Nationwide pilot programme (SAFEHEART: nationwide cohort study of patients with HeFH and their relatives)	Adults and children above 15 years	TC, LDL-C, genetic testing	Yes	N/A
Sweden	Cascade screening of first-degree relatives	Nationwide	Children above 6–8 years, adults	TC, LDL-C, genetic testing	ND	N/A
Switzerland*	Cascade screening of family members	Institution based	Any age (1–100 years)	TC, LDL-C, genetic testing	Yes	29
Turkey	Opportunistic testing	Nationwide	High-risk children below 1 year old; non-high-risk children between 2 and 7 years or in puberty	LDL-C only for screening	Yes	4

Continued

Table 1 Continued

Country	Screening type	Screening setting	Targeted population	Method	FH registry	Reference
Ukraine	Cascade screening	Institution based	Children and adults (between 6 and 60 years)	TC, LDL-C, genetic testing	ND	⁸
United Kingdom	Cascade screening from an index case identified with a genetic variant for FH	Scotland, Wales, and Northern Ireland; not implemented in England	Adults and children above 10 years	TC, LDL-C, genetic testing	Yes	³⁰
No systematic paediatric screening of FH implemented						
Albania, Belgium, Bosnia and Herzegovina, Croatia, Finland, France, Hungary, Moldova, Montenegro, North Macedonia, Romania, Russian Federation, Serbia						

The data presented in this table is derived from available publications and a Global FH survey (unpublished data), results of which will be published in full in the near future. The data does not make a distinction between 'cascade screening' and 'cascade testing', instead 'cascade screening' is used for both. Opportunistic testing was not included unless the country used a unique approach.

CVD, cardiovascular disease; EHR, electronic health records; FH, familial hypercholesterolaemia; LDL-C, low-density lipoprotein cholesterol; N/A, not available, not applicable; ND, not enough data; Non-HDL-C, non-high-density lipoprotein cholesterol; TC, total cholesterol.

^aGermany: FH-Alert—Nationwide warning system for informing physicians about FH probability in patients up to 60 years according to their TC and LDL-C.

^bItaly: LIPIGEN network—A nationwide network for identification and registering patients with FH and other familial dyslipidaemias.

^cLatvia: Children not included in the national FH registry.

^dThe Netherlands: Twenty years of government funding was stopped in 2014 and was followed by a (temporary) dramatic decline in screening efficiency.

^eSwitzerland: Nationwide screening programme for primary hypercholesterolaemia—SAPPHIRE-FH programme.

Abteilung Fachberatung Medizin

Darstellung und Zusammenfassung der Ergebnisse der 2. Welle der KiGGS Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Auftrag / Anfrage von: AG Kinder-RL

Bearbeitet von: FBMed

Datum: 25. September 2019

Dateiname: STN_KiGGS_2019-09-25_ergänzt

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	3
Abbildungsverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis	5
1 Sachverhalt.....	6
2 Methodisches Vorgehen.....	6
3 Datenerhebung im Rahmen der 2. Welle der KiGGS Studie.....	6
3.1 Querschnitterhebung im Rahmen der 2. Welle der KiGGS Studie	7
3.2 Längsschnitterhebung im Rahmen der 2. Welle der KiGGS Studie	8
4 Ergebnisse der zweiten Welle der KiGGS Studie	9
4.1 Der allgemeine Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen	9
4.2 Allergien.....	10
4.2.1 Allergische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland	10
4.2.2 Heuschnupfen und Asthma.....	12
4.2.3 Allergische Sensibilisierung im Lebensverlauf.....	12
4.3 Impfpräventable Erkrankungen	13
4.3.1 Durchimpfung von Kinder und Jugendlichen in Deutschland.....	13
4.3.2 Impfung gegen HPV.....	18
4.4 Übergewicht und Adipositas.....	20
4.4.1 Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter	20
4.4.2 Entwicklung von Übergewicht und Adipositas	21
4.5 Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigung	22
4.5.1 Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen	22
4.5.2 Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen	24
4.5.3 ADHS bei Kindern und Jugendlichen.....	25
4.6 Tabak- und Alkoholkonsum	27
4.6.1 Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen	27
4.6.2 Entwicklung des Rauchverhaltens beim Übergang vom Jugend- ins junge Erwachsenenalter.....	29
4.6.3 Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland	30
4.7 Unfallverletzungen bei Kindern und Jugendlichen.....	32
4.8 Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen	33
4.9 Inanspruchnahmeverhalten	37
4.9.1 Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche.....	37
4.9.2 Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen	40
5 Zusammenfassung	42
6 Referenzen	45

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht: Erhebungen im Rahmen der KiGGS Studie	8
Tabelle 2: Prävalenz des elternberichteten allgemeinen Gesundheitszustandes nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischen Status [11].....	10
Tabelle 3: 12-Monats-Prävalenz von allergischen Erkrankungen und von Sensibilisierung gegen Inhalationsallergene (SX1-Test) nach Geschlecht, Alter, SES und Wohnregion	11
Tabelle 4: Impfquoten für die vollständige Grundimmunisierung durch Standardimpfungen im Säuglings- und Kleinkindalter nach Alter, Geschlecht, SES, Wohnregion und Migrationshintergrund (in Prozent mit 95 %-KI) für 3-bis 17- bzw. 3- bis 10-Jährige.	14
Tabelle 5: Impfquoten für mindestens eine Auffrischimpfung gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis für 7-bis 17-jährige Mädchen und Jungen und für die vollständige Immunisierung gegen Humane Papillomviren (HPV) für 11- bis 17-jährige Mädchen (in Prozent mit 95%-KI).	15
Tabelle 6: Impfquoten für die ersten und zweiten Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen (MMRV) nach Alter, Geschlecht, Sozialstatus, Wohnort in Ost- oder Westdeutschland und Migrationshintergrund (in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall) für 3-bis 17-Jährige.	16
Tabelle 7: Prävalenzen von mindestens einer selbstberichteten Impfung gegen HPV (n = 2.958 Mädchen) und von selbstberichteter vollständiger HPV-Impfung* (n = 2.916 Mädchen) nach Alter, sozioökonomischem Status und Wohnregion	19
Tabelle 8: Übergewichtsprävalenz (>90. Perzentil, einschließlich Adipositas) nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status [14]	20
Tabelle 9: Adipositasprävalenz (>97. Perzentil) nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status [14].....	21
Tabelle 10: Prävalenz psychischer Auffälligkeiten nach Geschlecht und Alter für die KiGGS-Basiserhebung (n = 7.100 Mädchen, n = 7.377 Jungen) und KiGGS Welle 2 (n = 6.637 Mädchen, n = 6.568 Jungen)	23
Tabelle 11: Prävalenzen einer ADHS-Diagnose* nach Geschlecht und Alter für KiGGS-Basiserhebung (n = 6.736 Mädchen, n = 6.751 Jungen) und KiGGS Welle 2 (n = 6.671 Mädchen, n = 6.599 Jungen)	26
Tabelle 12: Rauchen und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen nach Geschlecht und Alter (n = 3423 Mädchen, n = 3176 Jungen) [20].....	27
Tabelle 13: Trends im Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen nach Geschlecht [20]	31
Tabelle 14: Prävalenz von ärztlich behandelten Unfallverletzungen in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status (n = 7.111 Mädchen, n = 7.081 Jungen)	33
Tabelle 15: Anteil der 0- bis 17-Jährigen mit einer nicht den Empfehlungen entsprechenden Zahnpflichthäufigkeit ¹ nach Geschlecht, Alter, sozioökonomischem Status, Migrationshintergrund, Gemeindegröße und Wohnregion (n = 7.115 Mädchen, n = 7.006 Jungen)	34
Tabelle 16: Anteil der 3- bis 17-Jährigen mit einer nicht den Empfehlungen entsprechenden Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen 1 nach Geschlecht, Alter, sozioökonomischem Status, Migrationshintergrund, Gemeindegröße und Wohnregion (n = 6.493 Mädchen, n = 6.433 Jungen)	36
Tabelle 17: 12-Monats-Prävalenz der ambulanten Inanspruchnahme von Leistungen bei Fachärztinnen und -ärzten für Pädiatrie und Allgemeinmedizin (einschließlich Praktischen Ärztinnen und Ärzten) durch Kinder und Jugendliche nach Geschlecht, Alter, Gemeindegröße und SES (n = 7.298 Mädchen, n = 7.170 Jungen)	38
Tabelle 18: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen nach Geschlecht, sozioökonomischem Status und Migrationshintergrund	41

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studiendesign der KiGGS Studie [3].....	7
Abbildung 2: Beteiligung der Basisstichprobe über die KiGGS Erhebungswellen [7].....	8
Abbildung 3: Sensibilisierung gegen eine Allergenmischung aus acht häufigen Inhalationsallergenen (SX1-Testung) im individuellen 10-Jahres-Lebensverlauf [19].....	13
Abbildung 4: Impfquoten für die Grundimmunisierung gegen Tetanus, Pertussis und Hepatitis B und mindestens eine bzw. mindestens zwei Impfungen gegen Masern und für mindestens eine Auffrischung gegen Tetanus (in Prozent mit 95 %-KI) im Vergleich von KiGGS-Basis (2003–2006) und KiGGS Welle 2 (2014–2017) für 3-bis 10-Jährige (a) und für 11- bis 17-Jährige (b). GI Grundimmunisierung.....	17
Abbildung 5: Impfquoten für die Grundimmunisierung (GI) gegen Tetanus und Pertussis und mindestens eine bzw. mindestens zwei Impfungen gegen Masern (in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall) zum Ende des 24. Lebensmonats für 3-bis 17-Jährige nach Geburtsjahren – Daten aus KiGGS-Basis und KiGGS Welle 2.....	18
Abbildung 6: Prävalenz selbstberichteter vollständiger Impfung* gegen HPV bei 14- bis 17-jährigen Mädchen nach Alter in KiGGS Welle 1 (n = 1.326) und KiGGS Welle 2 (n = 1.668)	19
Abbildung 7: Entwicklung von Übergewicht und Adipositas.....	22
Abbildung 8: Prävalenz psychischer Auffälligkeiten nach Geschlecht und sozioökonomischem Status (n = 6.637 Mädchen, n = 6.568 Jungen).....	23
Abbildung 9: Die Entwicklung individueller psychischer Auffälligkeiten für Kinder und Jugendliche im Verlauf der KiGGS-Basiserhebung zu KiGGS Welle 1 (n = 6.459).....	24
Abbildung 10: Vorliegen psychischer Auffälligkeiten zu KiGGS Welle 1 für psychisch unauffällige und auffällige Kinder und Jugendliche zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung nach Geschlecht und Alter (n = 6.459).....	25
Abbildung 11: Prävalenz einer ADHS-Diagnose* bei 3- bis 17-Jährigen nach sozioökonomischem Status (n = 6.671 Mädchen, n = 6.599 Jungen)	26
Abbildung 12: Anteil der 11- bis 17-Jährigen, die aktuell rauchen, nach Geschlecht und Alter (n = 2.996 Mädchen, n = 2.751 Jungen) [20].....	28
Abbildung 13: Alter bei Rauchbeginn der rauchenden 17-Jährigen, nach Geschlecht, kumulierte Häufigkeiten in Prozent (n = 191 Mädchen, n = 156 Jungen) [20].	29
Abbildung 14: Entwicklung im Rauchverhalten beim Übergang vom Jugend- ins junge Erwachsenenalter (n = 1.159 weiblich, n = 1.000 männlich) [8].....	30
Abbildung 15: Trend einer nicht den Empfehlungen entsprechenden Zahnpflegehäufigkeit 1 bei 0- bis 17-Jährigen nach Geschlecht, Alter, sozioökonomischem Status und Migrationshintergrund * (KiGGS-Basiserhebung n = 8.216 Mädchen, n = 8.548 Jungen; KiGGS Welle 2 n = 7.115 Mädchen, n = 7.006 Jungen)*	35
Abbildung 16: Trend einer nicht den Empfehlungen entsprechenden Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen ¹ bei 3- bis 17-Jährigen nach Geschlecht, Alter, sozioökonomischem Status und Migrationshintergrund (KiGGS-Basiserhebung n = 7.005 Mädchen, n = 7.273 Jungen; KiGGS Welle 2 n = 6.493 Mädchen, n = 6.433 Jungen)*	37
Abbildung 17: 12-Monats-Prävalenz der ambulanten Inanspruchnahme von Leistungen bei Fachärztinnen und -ärzten für Pädiatrie nach Alter im Vergleich der KiGGS-Erhebungswellen (KiGGS-Basiserhebung n = 8.504 Mädchen, n = 8.832 Jungen; KiGGS Welle 1 n = 5.972 Mädchen, n = 6.130 Jungen; KiGGS Welle 2 n = 7.298 Mädchen, n = 7.170 Jungen)	39
Abbildung 18: 12-Monats-Prävalenz der ambulanten Inanspruchnahme von Leistungen bei Fachärztinnen und -ärzten für Allgemeinmedizin (einschließlich Praktischen Ärztinnen und Ärzten) nach Alter im Vergleich der KiGGS-Erhebungswellen (KiGGS-Basiserhebung n = 8.505 Mädchen, n = 8.832 Jungen; KiGGS Welle n = 5.955 Mädchen, n = 6.102 Jungen; KiGGS Welle 2 n = 7.298 Mädchen, n = 7.170 Jungen)	40

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung
AUDIT-C	Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption
FBMed	Fachberatung Medizin
GI	Grundimmunisierung
HepB	Hepatitis B
Hib	Haemophilus influenzae Typ b
HPV	Humane Papillomaviren
KI	Konfidenzintervall
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kinder und Jugendlichen in Deutschland
LM	Lebensmonat
MMRV	Masern, Mumps, Röteln und Varizellen
n	Anzahl
OR	Odds Ratio
RKI	Robert Koch-Institut
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SES	Sozioökonomischer Status
STN	Stellungnahme

1 Sachverhalt

Die Studie zur „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) ist eine Langzeitstudie des Robert Koch-Instituts (RKI) mit dem Ziel den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten, die Lebensbedingungen, Schutz- und Risikofaktoren sowie die gesundheitliche Versorgung der in Deutschland lebenden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu erfassen und auf Basis dieser Informationen Trend- und Längsschnittanalysen zu ermöglichen.

Die FBMed wurde am 26. Oktober 2017 beauftragt, die „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) systematisch zu bewerten, um relevante Krankheiten (nach Häufigkeiten und Schwere) identifizieren zu können, wobei der Fokus auf Kindern der Altersgruppe ab dem 6. Lebensjahr lag. Des Weiteren sollen Erkenntnisse möglicher Prävalenzen von relevanten Gesundheitsstörungen, die Ziele und Schwerpunkte der Studie sowie zeitliche Intervalle und die Anzahl möglicher U-Untersuchungen einfließen, sofern dies aus der Studie hervorgeht.

Die Ergebnisse der 1. Welle KiGGS wurden in der STN der FBMed mit dem Titel 'KiGGS: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland' aufgearbeitet und dementsprechend am 04. Dezember 2017 der AG Kinderrichtlinie zur Verfügung gestellt.

Die vorliegende STN stellt eine Fortführung dieses Auftrages dar, da erst im Jahr 2018 sukzessive die Ergebnisse der 2. Welle der KiGGS veröffentlicht wurden.

2 Methodisches Vorgehen

Die Ergebnisse der 2. Welle der KiGGS Studie wurden im Jahr 2018 im Journal of Health Monitoring im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes vom Robert Koch Institut in Form von 4 Schwerpunktberichten veröffentlicht:

- März 2018: KiGGS Welle 2 - Erste Ergebnisse aus Querschnitt- und Kohortenanalysen
- Juni 2018: KiGGS Welle 2 - Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen
- September 2018: KiGGS Welle 2 - Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen
- Dezember 2018: KiGGS Welle 2 - Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche in Deutschland

Im Folgenden werden erst einige ausgewählte methodische Aspekte zur 2. Welle der KiGGS Studie aufgeführt (siehe Kapitel 3) und anschließend die Ergebnisse der Querschnitts- wie auch der Längsschnitterhebung nach Themenkomplexen dargestellt (siehe Kapitel 4).

3 Datenerhebung im Rahmen der 2. Welle der KiGGS Studie

Im Rahmen der zweiten Erhebungswelle, von 2014 bis 2017, wurden sowohl Querschnittsdaten als auch Längsschnittsdaten erhoben (siehe Abbildung 1). In der Querschnitterhebung wurden die Aspekte Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen untersucht, so dass Schätzungen von Prävalenzen und die Identifizierung zeitlicher Trends möglich waren. Die Berechnungen dazu wurden jeweils mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt um Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur hinsichtlich Geschlecht, Alter, Bundesland, deutsche Staatsangehörigkeit sowie Bildungsverteilung der Eltern zu korrigieren.

Über die Längsschnitterhebung (KiGGS Kohorte) wurde die gesundheitliche Entwicklung beim Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter verfolgt.

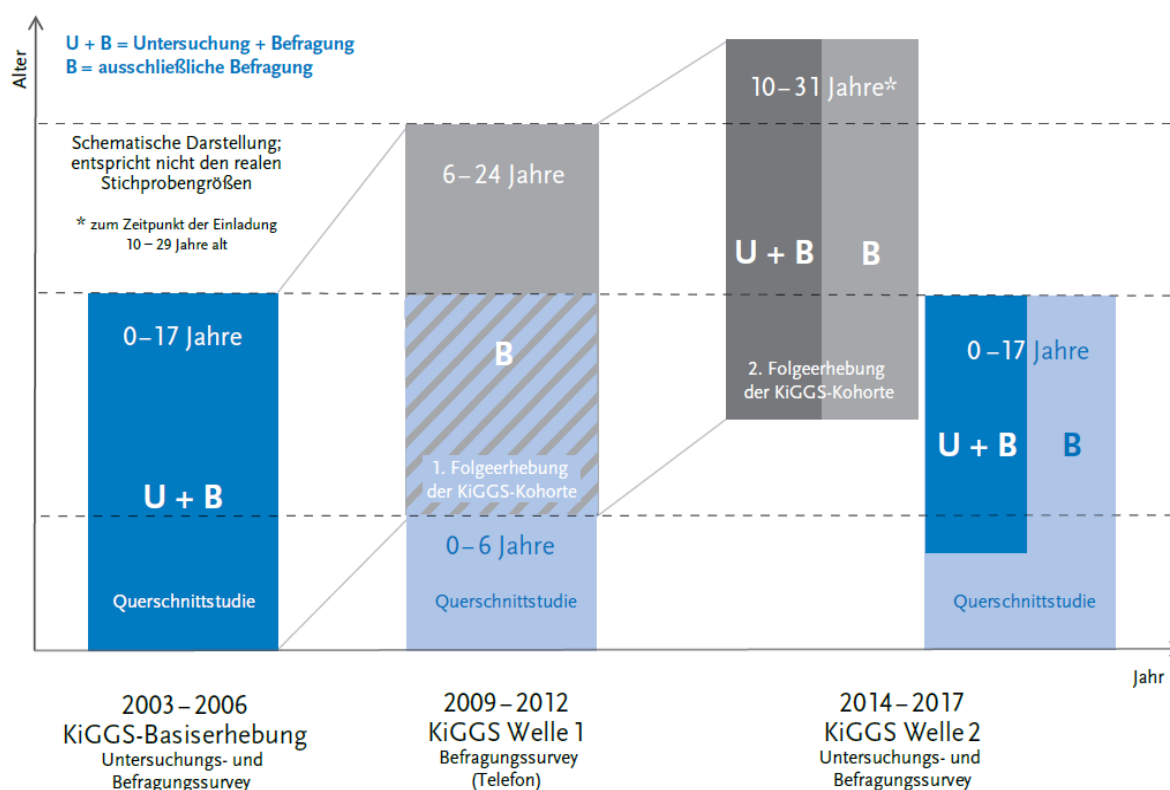


Abbildung 1: Studiendesign der KiGGS Studie [3]

Die Datenerhebung für die zweite Welle der KiGGS Studie wurde – aus Gründen der Effizienz der Feldarbeit und Kostenlimitierung – in denselben 167 Städten durchgeführt, in denen bereits die Basiserhebung von 2003 bis 2006 stattgefunden hatte [6].

Die Erhebung erfolgte als Befragungs- und Untersuchungssurvey und endete August 2017. Über die Befragung wurden Informationen zur körperlichen und psychischen Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten, zur Gesundheitsversorgung und Prävention, sowie soziale, familiäre und umweltbezogene Merkmale erfasst. Die körperliche Untersuchung umfasste Tests und Laboranalysen von Blut- und Urinproben [3].

3.1 Querschnitterhebung im Rahmen der 2. Welle der KiGGS Studie

Die Querschnitterhebung basiert auf einer Stichprobe der Einwohnermeldeämter. Die übermittelten Adressen der Kinder und Jugendlichen wurden vom RKI zufällig auf zwei Gruppen verteilt. Die erste Gruppe im Alter von 0 bis 17 Jahren wurde zur Befragung eingeladen. Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren aus der zweiten Gruppe wurden zur Befragung und Untersuchung eingeladen. Die beiden Gruppen wurden strikt getrennt. Ein Wechsel der Gruppe war nicht möglich [3].

An der Querschnittsstudie nahmen insgesamt 15.023 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren teil (7.538 Mädchen, 7.485 Jungen) (siehe Tabelle 1) [3,6]. Ausschließlich an der Befragung nahmen 11.456 Kinder und Jugendliche dieser Altersgruppe (5.737 Mädchen, 5.719 Jungen) teil. Die Befragungs- und Untersuchungsgruppe umfasste 3.567 Kinder und Jugendliche (1.801 Mädchen, 1.766 Jungen) im Alter von 3 bis 17 Jahren [3].

Tabelle 1: Übersicht: Erhebungen im Rahmen der KiGGS Studie

Erhebungszeitraum	2003-2006	2009-2012		2014-2017	
	KiGGS-Basiserhebung (Quer- und Längsschnitt)	KiGGS Welle 1 (Querschnitt)	KiGGS Welle 1 (Längsschnitt)	KiGGS Welle 2 (Querschnitt)	KiGGS Welle 2 (Längsschnitt)
Altersgruppe (Jahre)	0–17	0–17	6–24	0–17	10–31
Teilnehmende an der Studie insgesamt	17.641	12.368	11.992	15.023	10.853
Teilnehmende an Befragung und Untersuchung	17.641	–	–	3.567	6.465
Teilnehmende mit Blutprobe	14.386	–	–	3.016	6.044
Kohortenteilnehmende mit Befragung	100 %	–	68,0 %	–	61,5 %
Kohortenteilnehmende mit Befragung und Untersuchung	100 %	–	–	–	36,6 %

Quelle: [6]

3.2 Längsschnitterhebung im Rahmen der 2. Welle der KiGGS Studie

Die KiGGS Kohorte (Teilnehmende der Längsschnitterhebung) setzt sich aus Kindern und Jugendlichen der Basiserhebung von 2003 bis 2006 zusammen. Von den damals 17.641 Teilnehmenden (8.655 weiblich, 8.986 männlich) im Alter von 0 bis 17 Jahre nahmen 10.853 Personen (61,5 %), nunmehr im Alter von 10 bis 31 Jahren, teil (siehe Tabelle 1). Davon waren 5.790 weiblich und 5.063 männlich [7].

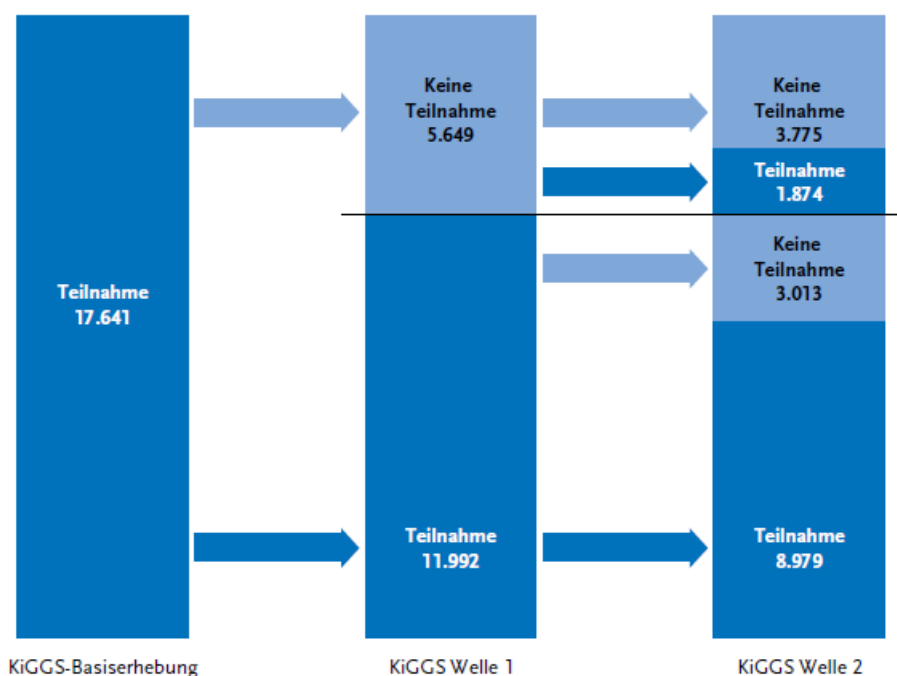


Abbildung 2: Beteiligung der Basisstichprobe über die KiGGS Erhebungswellen [7]

Für 8.979 Studienpersonen (4.796 weiblich, 4.183 männlich) liegen zu allen drei Erhebungszeiträumen Daten vor. Dies entspricht 50,9 % der Basisstichprobe (siehe Abbildung 2) [7].

Diejenigen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer, die noch am Studienort wohnhaft waren, wurden der Gruppe zugeordnet, die für die Untersuchung und Befragung vorgesehen waren. Somit konnten von 6.465 Teilnehmenden (3.254 weiblich, 3.211 männlich) zusätzlich zu den Befragungsdaten auch Untersuchungsdaten erhoben werden. Alle anderen Studienpersonen wurden der Gruppe zugeordnet, die ausschließlich befragt werden sollte [7].

Nach Beendigung der 2. Erhebungswelle wurden von 4 % der Ausgangsstichprobe die Einwilligungen zur Wiederkontaktierung verweigert, sodass diese Personen für eine kommende Folgeerhebung nicht eingeladen werden können [7].

4 Ergebnisse der zweiten Welle der KiGGS Studie

Im Folgenden werden die Ergebnisse der KiGGS Erhebungen nach Themenbereichen dargestellt, wobei erst die Ergebnisse der Querschnitterhebung der 2. Welle mit Prävalenzangaben und Trendanalysen dargestellt werden, gefolgt von den Auswertungen zur KiGGS Kohorte (Längsschnittsurvey).

4.1 Der allgemeine Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen

Im Rahmen der KiGGS Welle 2 konnten Angaben zum Gesundheitszustand von 6.682 Mädchen und 6.623 Jungen ausgewertet werden. 95,7 % der Eltern schätzen den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer 3- bis 17-jährigen Kinder als gut (38,6 %) oder sehr gut (57,1 %) ein (siehe Tabelle 2) [11]. 4,3 % der Eltern schätzen den Gesundheitszustand ihrer Kinder als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht ein.

Bei beiden Geschlechtern ist der Anteil von Kindern, für die eine sehr gute Gesundheit angegeben wird, in der Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen am höchsten und sinkt mit zunehmendem Alter. In den Altersgruppen bis 10 Jahre schätzen Eltern von Mädchen im Vergleich zu Jungen die allgemeine Gesundheit häufiger als sehr gut ein.

Ab einem Alter der Kinder von 11 Jahren wird von den Eltern die allgemeine Gesundheit der Jungen im Vergleich zu Mädchen als besser eingeschätzt. In der Altersgruppe der Jugendlichen von 14 bis 17 Jahren liegt der Anteil der Mädchen mit sehr guter Gesundheit (45,3 %) deutlich unter dem der Jungen (52,4 %). Selbsteinschätzungen der Jugendlichen zeigen ein ähnliches Bild (Daten nicht gezeigt). In der KiGGS Basiserhebung und in der KiGGS Welle 1 lag der Anteil der Mädchen mit sehr guter Gesundheit in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen ebenfalls deutlich unter dem Anteil der Jungen.

Die Daten der KiGGS Welle 2 zeigen einen ausgeprägten sozialen Gradienten zwischen Kindern aus Familien mit hohem, mittlerem und niedrigem Sozialstatus (siehe Tabelle 2). Der Anteil der Eltern, die den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder als sehr gut oder gut einstufen, ist umso größer, je höher der Sozialstatus der jeweiligen Familie ist.

In Familien mit hohem Sozialstatus wurde der Gesundheitszustand der Mädchen zu 71,3 % und der Gesundheitszustand der Jungen zu 66,1 % als sehr gut angegeben. Im Vergleich dazu lagen die Angaben für Familien mit niedrigem Sozialstatus bei 50,4 % für Mädchen und 46,7 % für Jungen [11].

Tabelle 2: Prävalenz des elternberichteten allgemeinen Gesundheitszustandes nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischen Status [11]

	Sehr gut		Gut		Mittelmäßig/Schlecht/Sehr schlecht	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Mädchen (gesamt)	58,0	(56,1 – 59,9)	37,9	(36,3 – 39,7)	4,0	(3,4 – 4,7)
Altersgruppe						
3 – 6 Jahre	67,0	(63,3 – 70,5)	30,2	(27,0 – 33,6)	2,7	(1,7 – 4,4)
7 – 10 Jahre	63,9	(60,7 – 67,0)	33,4	(30,4 – 36,5)	2,7	(1,9 – 3,7)
11 – 13 Jahre	57,0	(53,7 – 60,3)	39,5	(36,3 – 42,7)	3,5	(2,5 – 4,9)
14 – 17 Jahre	45,3	(42,2 – 48,3)	48,0	(44,8 – 51,2)	6,8	(5,3 – 8,5)
Sozioökonomischer Status						
Niedrig	50,4	(45,6 – 55,2)	42,8	(38,3 – 47,5)	6,8	(5,1 – 9,0)
Mittel	56,7	(54,6 – 58,8)	39,4	(37,4 – 41,4)	3,9	(3,2 – 4,6)
Hoch	71,3	(68,7 – 73,8)	27,6	(25,2 – 30,2)	1,0	(0,6 – 1,7)
Jungen (gesamt)	56,2	(54,2 – 58,1)	39,2	(37,3 – 41,2)	4,6	(3,8 – 5,5)
Altersgruppe						
3 – 6 Jahre	61,9	(58,5 – 65,2)	34,0	(30,8 – 37,4)	4,1	(2,9 – 5,8)
7 – 10 Jahre	56,5	(53,2 – 59,8)	39,1	(35,9 – 42,4)	4,3	(3,0 – 6,4)
11 – 13 Jahre	54,0	(50,5 – 57,5)	40,8	(37,5 – 44,2)	5,2	(3,7 – 7,3)
14 – 17 Jahre	52,4	(48,8 – 56,0)	42,8	(39,3 – 46,5)	4,8	(3,3 – 6,9)
Sozioökonomischer Status						
Niedrig	46,7	(42,4 – 51,1)	44,8	(40,2 – 49,4)	8,5	(6,2 – 11,6)
Mittel	56,0	(53,7 – 58,3)	39,7	(37,4 – 42,1)	4,2	(3,4 – 5,2)
Hoch	66,1	(63,3 – 68,9)	32,2	(29,6 – 35,0)	1,6	(1,0 – 2,5)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	57,1	(55,6 – 58,5)	38,6	(37,3 – 40,0)	4,3	(3,8 – 4,9)

KI = Konfidenzintervall

(Mädchen n = 6.682, Jungen n = 6.623)

4.2 Allergien

4.2.1 Allergische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Im Rahmen des Querschnittsurveys der KiGGS Studie wurden Angaben zu allergischen Erkrankungen erhoben und Prävalenzen (Lebenszeitprävalenzen und 12-Monats-Prävalenzen) für Asthma bronchiale, Heuschnupfen, Neurodermitis und allergisches Kontaktekzem für mehr als 14.000 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren errechnet, so wie die Sensibilisierung gegen Inhalationsallergene (SX1-Test) für 2.962 Kinder und Jugendliche im Altersbereich von 3 bis 17 Jahren bestimmt [18].

Die Lebenszeitprävalenzen liegen für Asthma bronchiale bei 6,0 % (Mädchen 4,5 %, Jungen 7,5 %), für Heuschnupfen bei 11,0 % (Mädchen 8,9 %, Jungen 13,0 %), für Neurodermitis bei 12,8 % (Mädchen 12,6 %, Jungen 13,1 %) und für ein allergisches Kontaktekzem bei 2,8 % (Mädchen 3,2 %, Jungen 2,4 %).

Die 12-Monats-Prävalenzen für Asthma bronchiale liegen bei 3,5 % (Mädchen 2,6 %, Jungen 4,4 %), für Heuschnupfen bei 8,8 % (Mädchen 7,2 %, Jungen 10,4 %), für Neurodermitis bei 7,0 % (Mädchen 7,4 %, Jungen 6,6 %) und für ein allergisches Kontaktekzem bei 1,2 % (Mädchen 1,2 %, Jungen 1,2 %) (siehe Tabelle 3).

Im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung zeigen sich in der Welle 2 keine wesentlichen Veränderungen der Prävalenzen. Die Erkrankungshäufigkeiten haben sich auf hohem Niveau stabilisiert. Aktuell leidet noch mehr als jedes sechste Kind (16,1 %) an mindestens einer der drei Erkrankungen. Auf Deutschland hochgerechnet wären dies mehr als 2,1 Millionen Kinder und Jugendliche.

37,1 % der 3-bis 17-Jährigen sind gegen die Allergenmischung SX1 sensibilisiert. Ähnlich der Entwicklung der Krankheitsprävalenzen ist auch die Häufigkeit der SX1-Sensibilisierung in den letzten gut zehn Jahren insgesamt auf hohem Niveau stabil geblieben [18].

Die Asthmaprävalenzen steigen mit zunehmendem Alter an, wobei der Anstieg bei Jungen stärker ausgeprägt ist. Insgesamt sind in Deutschland fast eine halbe Million Kinder und Jugendliche von Asthma betroffen. Die Asthmaprävalenzen sind am niedrigsten bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem hohen sozioökonomischen Status.

Sowohl die Lebenszeitprävalenz als auch die 12-Monats-Prävalenz für Heuschnupfen ist für Jungen deutlich höher als für Mädchen. Bei beiden Geschlechtern steigen die Heuschnupfenprävalenzen kontinuierlich mit dem Alter an. Insgesamt sind in Deutschland fast eine Million Kinder und Jugendliche von Heuschnupfen betroffen.

Tabelle 3: 12-Monats-Prävalenz von allergischen Erkrankungen und von Sensibilisierung gegen Inhalationsallergene (SX1-Test) nach Geschlecht, Alter, SES und Wohnregion

	Asthma (n=7.402 Mädchen, n=7.317 Jungen)		Heuschnupfen (n=7.431 Mädchen, n=7.367 Jungen)		Neurodermitis (n=7.381 Mädchen, n=7.341 Jungen)		Allerg. Kontaktekzem (n=7.343 Mädchen, n=7.266 Jungen)		Sensibilisierung* (n=1.499 Mädchen, n=1.463 Jungen)	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	3,5	(3,1–4,0)	8,8	(8,2–9,5)	7,0	(6,4–7,6)	1,2	(1,0–1,5)	37,1	(34,6–39,7)
Mädchen	2,6	(2,2–3,2)	7,2	(6,4–8,1)	7,4	(6,6–8,3)	1,2	(1,0–1,5)	31,3	(28,3–34,3)
Jungen	4,4	(3,7–5,2)	10,4	(9,4–11,4)	6,6	(5,8–7,4)	1,2	(0,9–1,6)	42,6	(39,0–46,4)
Wohnregion										
Ost	3,4	(2,8–4,2)	8,0	(7,2–8,9)	9,4	(8,5–10,3)	1,1	(0,8–1,4)	37,0	(33,2–40,9)
West	3,6	(3,1–4,1)	9,0	(8,3–9,8)	6,4	(5,8–7,1)	1,3	(1,0–1,5)	37,1	(34,2–40,2)
Sozioökonomischer Status										
Niedrig	3,5	(2,5–4,9)	8,4	(6,8–10,2)	5,8	(4,4–7,5)	1,2	(0,7–2,1)	34,4	(28,8–40,5)
Mittel	4,1	(3,5–4,7)	9,4	(8,6–10,2)	7,0	(3,3–7,8)	1,3	(1,0–1,6)	37,6	(34,3–41,0)
Hoch	2,2	(1,7–2,7)	7,6	(6,7–8,6)	8,1	(7,1–9,2)	1,1	(0,7–1,6)	37,6	(33,1–42,4)
Altersgruppe (Mädchen und Jungen)										
0–2 Jahre	1,1	(0,5–2,5)	2,8	(1,7–4,4)	10,0	(8,0–12,3)	1,6	(0,8–2,8)	–	
3–6 Jahre	2,6	(2,0–3,4)	3,3	(2,6–4,3)	8,0	(6,9–9,2)	0,9	(0,6–1,4)	24,4	(19,6–29,9)
7–10 Jahre	4,3	(3,3–5,5)	8,7	(7,5–10,1)	7,0	(6,0–8,3)	1,2	(0,8–1,8)	34,4	(30,1–38,9)
11–13 Jahre	5,1	(4,0–6,5)	12,4	(10,6–14,4)	5,5	(4,6–6,5)	1,2	(0,8–1,8)	40,9	(36,4–45,6)
14–17 Jahre	4,2	(3,4–5,1)	15,3	(13,7–17,0)	5,1	(4,3–5,9)	1,3	(0,9–1,8)	47,7	(43,3–52,2)
Mädchen										
0–2 Jahre	0,9	(0,2–3,4)	3,2	(1,7–5,9)	8,8	(6,5–11,8)	0,8	(0,3–2,0)	–	
3–6 Jahre	2,2	(1,5–3,3)	2,0	(1,3–3,0)	8,2	(6,6–10,2)	0,9	(0,5–1,7)	24,9	(18,9–31,9)
7–10 Jahre	2,8	(1,8–4,4)	6,0	(4,6–7,8)	8,3	(6,7–10,3)	1,4	(0,8–2,2)	26,2	(20,9–32,2)
11–13 Jahre	3,0	(2,0–4,5)	10,4	(8,3–13,0)	5,7	(4,4–7,4)	1,1	(0,6–2,0)	34,5	(28,6–41,0)
14–17 Jahre	3,7	(2,8–5,0)	13,3	(10,9–16,0)	6,0	(4,9–7,5)	1,8	(1,2–2,7)	39,0	(33,3–45,2)
Jungen										
0–2 Jahre	1,4	(0,5–3,6)	2,4	(1,1–5,1)	11,0	(8,0–15,1)	2,3	(1,1–4,8)	–	
3–6 Jahre	3,0	(2,1–4,1)	4,6	(3,4–6,2)	7,8	(6,4–9,3)	1,0	(0,5–1,8)	23,9	(17,8–31,4)
7–10 Jahre	5,7	(4,4–7,4)	11,3	(9,4–13,6)	5,8	(4,7–7,3)	1,1	(0,6–1,9)	42,3	(35,8–48,9)
11–13 Jahre	7,1	(5,2–9,5)	14,2	(11,5–17,4)	5,2	(4,1–6,7)	1,2	(0,6–2,4)	46,9	(40,0–54,0)
14–17 Jahre	4,6	(3,4–6,1)	17,2	(15,1–19,5)	4,2	(3,2–5,4)	0,8	(0,4–1,7)	55,7	(49,3–62,0)

KI= Konfidenzintervall

* Altersbereich 3 bis 17 Jahre

Die Neurodermitisprävalenz ist mit 12,8 % deutlich höher als die Prävalenz für Asthma oder Heuschnupfen. Da Neurodermitis am häufigsten im Alter zwischen 0 und 2 Jahren diagnostiziert wird, bleiben die Lebenszeitprävalenzen über die Altersgruppen hinweg stabil. Mit steigendem Alter ist eine Abnahme der 12-Monatsprävalenz zu beobachten, die für Jungen stärker als für Mädchen ausfällt. Die höchsten Lebenszeitprävalenzen finden sich bei Kindern und Jugendlichen aus

Familien mit dem höchsten sozioökonomischen Status. Insgesamt sind etwa 900.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland von Neurodermitis betroffen [18].

4.2.2 Heuschnupfen und Asthma

Im Rahmen der Querschnitterhebung zur KiGGS Welle 2 wurde bei 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen eine 12-Monats-Prävalenz von ärztlich diagnostizierten Heuschnupfen von 9,9 % (95% KI: 9,2-10,7) ermittelt. Im Rahmen der KiGGS Basiserhebung lag die 12-Monats-Prävalenz bei 9,6 % (95 % KI: 9,0-10). Unverändert zeigten sich charakteristische Unterschiede nach Geschlecht und Alter, mit einer höheren Prävalenz für Heuschnupfen bei Jungen als bei Mädchen (KiGGS Welle 2: 11,9 % vs. 7,9 %) [12]. Für beide Geschlechter steigt die Prävalenz mit zunehmendem Lebensalter an (siehe Tabelle 3) [18].

Die 12-Monats-Prävalenz von ärztlich diagnostiziertem Asthma bronchiale lag bei 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen bei 4,0 % (95 % KI: 3,5-4,5). Im Vergleich zur Basiserhebung hat sich die Gesamtprävalenz nicht wesentlich verändert (3,7 %; 95 % KI: 3,3-4,1). Für Mädchen dieser Altersgruppe blieben die Prävalenzen unverändert (3,0 % vs. 3,1 %). Im Gegensatz dazu zeigt sich ein leichter Anstieg der Prävalenzen bei Jungen (5,0 % vs. 4,2 %). Dieser Anstieg geht im Wesentlichen auf einen Anstieg in der Prävalenz bei Jungen der Altersgruppen 7 bis 10 Jahre (5,7 % vs. 4,1 %) und 11 bis 13 Jahre zurück.

Der Anteil an Kindern und Jugendlichen in der Altersgruppe der 11- bis 17-Jährigen, die nach einem positiven Allergietest eine spezifische Immuntherapie erhalten haben, hat sich von 24,3 % (95 % KI: 21,3-27,6) in der Basiserhebung auf 30,1 % (95 % KI: 26,5-33,9) in der Welle 2 erhöht (statistisch signifikant) [12].

4.2.3 Allergische Sensibilisierung im Lebensverlauf

Um zu untersuchen, in wie weit allergische Sensibilisierungen über einen Zeitraum von mehr als 10 Jahren bestehen bleiben, wurden Messungen auf spezifische IgE Antikörper von 4.184 Kindern und Jugendlichen (2.041 Mädchen, 2.143 Jungen) in der Basiserhebung und in der Welle 2 ausgewertet. Zum Zeitpunkt der Basiserhebung waren die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Kohortenstudie 3 Jahre oder älter. Das eingesetzte Allergenmisch SX1 enthält einen Mix aus den acht häufigen Inhalationsallergenen (Lieschgras, Roggen, Birke, Beifuss, Katze, Hund, Hausstaubmilbe, Cladosporium herbarum). Ein Wert von $\geq 0,35$ kU/l wurde als Grenzwert für eine positive Sensibilisierung definiert [19].

Zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung waren 30 % der Mädchen und 39 % der Jungen ab 3 Jahre gegen mindestens eines von acht wichtigen Inhalationsallergenen sensibilisiert und hatten einen positiven SX1-Test. Diese positive SX1-Sensibilisierung blieb in den folgenden 10 Jahren weiter bestehen. Bei 11 % der Mädchen und 6 % der Jungen war die frühere Sensibilisierung zum Erhebungszeitpunkt der KiGGS Welle 2 nicht mehr nachweisbar (siehe Abbildung 3).

Für die Mädchen und Jungen, die zur Zeit der KiGGS-Basiserhebung keine SX1-Sensibilisierung aufwiesen, lag die Übergangswahrscheinlichkeit für eine neu aufgetretene Sensibilisierung bei 21 % bzw. 29 % (Unterschied statistisch signifikant). Insgesamt waren 79 % der Mädchen und 71 % der Jungen sowohl zum Zeitpunkt der Basiserhebung als auch nach gut 10 Jahren SX1-negativ [19].

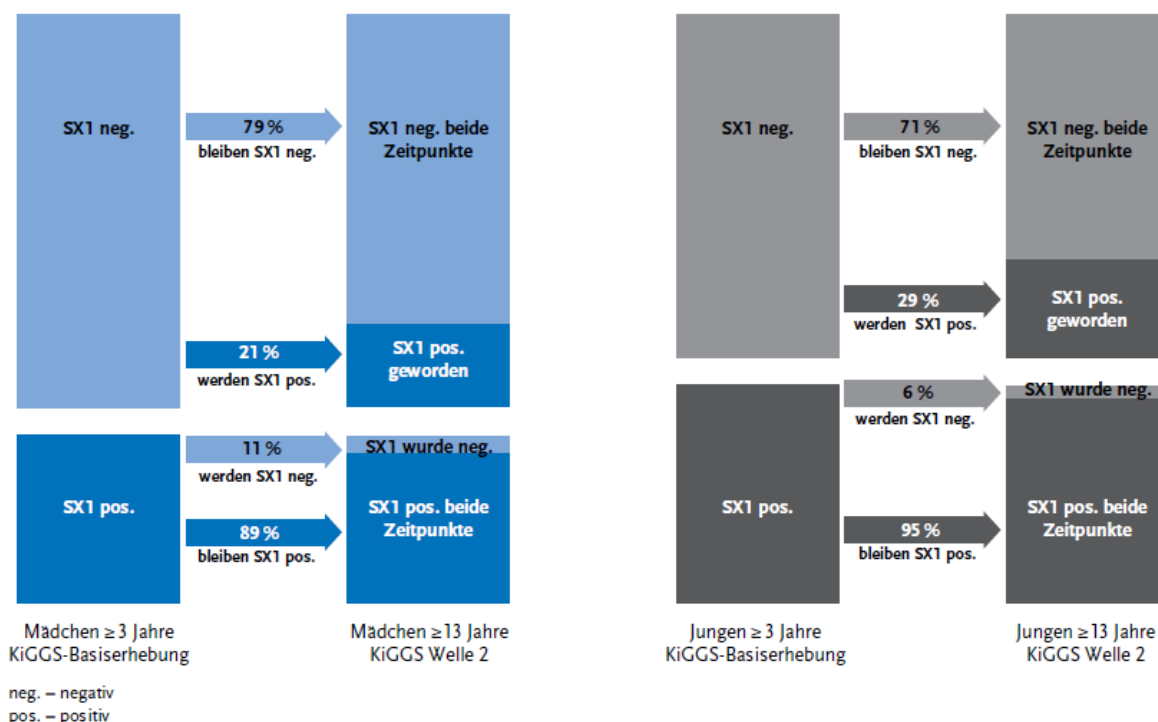


Abbildung 3: Sensibilisierung gegen eine Allergenmischung aus acht häufigen Inhalationsallergenen (SX1-Testung) im individuellen 10-Jahres-Lebensverlauf [19]
(Mädchen n = 2.041, Jungen n = 2.143)

Im Laufe des 10-Jahres-Follow-ups ist die Bilanz der Übergangswahrscheinlichkeiten bei der Sensibilisierung gegen die Allergenmischung aus acht wichtigen Inhalationsallergenen (SX1-Testung) bei beiden Geschlechtern deutlich positiv, das heißt, im Lebensverlauf haben sich viel mehr SX1- Sensibilisierungen entwickelt als zurückgebildet. Dieser Prozess war bei den Jungen der KiGGs Kohorte stärker ausgeprägt war als bei Mädchen [19].

4.3 Impfpräventable Erkrankungen

4.3.1 Durchimpfung von Kinder und Jugendlichen in Deutschland

Von insgesamt 15.023 Teilnehmenden in KiGGs Welle 2 hatten 3.238 der 3- bis 17- Jährigen am Untersuchungsteil von KiGGs Welle 2 teilgenommen und den vollständigen Impfausweis vorgelegt oder waren laut Elternangabe ungeimpft [10]. Die Impfquoten gegen Pneumokokken wurden beschränkt auf die Altersgruppe der 3- bis 10-Jährigen (n = 1.650), Impfquoten gegen HPV wurden für 11- bis 17- jährige Mädchen (n = 844) berechnet.

Die Impfquoten in Deutschland unterscheiden sich zwischen Mädchen und Jungen (nicht statistisch signifikant). Zwischen den Altersgruppen zeigen sich für die Impfquoten der Grundimmunisierung (GI) gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Polio keine signifikanten Unterschiede (siehe Tabelle 4).

Tendenziell sind jüngere Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren gegen diese Erkrankungen etwas weniger häufig grundimmunisiert als ältere Kinder. So beträgt die Impfquote gegen Tetanus bei 3- bis 6-Jährigen 94,3 % (95 % KI: 91,6–96,2), bei 7- bis 10-Jährigen dagegen 97,3 % (95 % KI: 95,4–98,5) und auch in den Gruppen der 11- bis 17-Jährigen deutlich über 95 %.

Tabelle 4: Impfquoten für die vollständige Grundimmunisierung durch Standardimpfungen im Säuglings- und Kleinkindalter nach Alter, Geschlecht, SES, Wohnregion und Migrationshintergrund (in Prozent mit 95 %-KI) für 3-bis 17- bzw. 3- bis 10-Jährige.

	Gesamt (n-ungewichtet) (3–17 Jahre/ 3–10 Jahre)	Tetanus ^a	Diphtherie ^a	Pertussis ^a	Polio ^a	Hib ^a	Hepatitis B ^a	MeningokokkenC ^a	Pneumokokken ^b
Gesamt	(3238/1650)	96,6 (95,7–97,3)	96,3 (95,3–97,0)	94,8 (93,7–95,7)	94,4 (93,3–95,3)	92,5 (91,1–93,7)	84,4 (82,5–86,1)	81,6 (79,6–83,4)	68,8 (65,5–71,9)
Geschlecht									
Mädchen	(1640/796)	96,7 (95,3–97,7)	96,4 (95,0–97,4)	94,8 (93,2–96,0)	94,2 (92,5–95,5)	91,8 (89,8–93,5)	84,2 (81,6–86,5)	80,7 (77,8–83,4)	70,7 (66,0–75,0)
Jungen	(1598/854)	96,5 (95,1–97,6)	96,1 (94,7–97,2)	94,8 (93,3–96,1)	94,6 (93,1–95,8)	93,2 (91,4–94,6)	84,5 (81,9–86,9)	82,4 (79,9–84,6)	67,0 (62,5–71,3)
Wohnort									
Ost (1137/574)		97,0 (95,2–98,1)	96,8 (95,1–97,9)	96,4 (94,5–97,7)	95,5 (93,6–96,9)	93,2 (90,7–95,1)	88,8 (85,0–91,8)	88,7 (84,6–91,9)	69,2 (62,4–75,3)
West (2101/1076)		96,5 (95,4–97,4)	96,1 (95,0–97,0)	94,4 (93,2–95,5)	94,2 (92,8–95,3)	92,4 (90,7–93,7)	83,4 (81,2–85,4)	80,0 (77,8–82,0)	68,7 (64,3–72,8)
Sozialstatus									
Niedrig (477/246)		93,7 (90,0–96,1)	93,7 (90,0–96,1)	92,1 (88,2–94,7)	91,5 (87,5–94,3)	90,1 (85,9–93,2)	84,0 (79,1–88,0)	82,7 (77,9–86,6)	68,7 (60,8–75,6)
Mittel (1932/951)		97,6 (96,6–98,4)	97,3 (96,3–98,1)	96,2 (95,1–97,0)	95,5 (94,3–96,5)	93,6 (92,0–94,8)	85,2 (82,7–87,3)	82,3 (79,5–84,8)	68,7 (64,3–72,8)
Hoch (753/406)		97,0 (95,0–98,2)	96,2 (93,9–97,7)	94,1 (91,1–96,1)	94,6 (92,2–96,3)	92,2 (89,1–94,5)	83,3 (79,4–86,5)	78,6 (74,2–82,4)	69,8 (63,7–75,3)
Migrations- hintergrund									
Ohne (2458/1210)		97,3 (96,3–98,1)	96,8 (95,8–97,7)	95,3 (94,1–96,3)	94,8 (93,5–95,8)	92,7 (91,0–94,2)	84,1 (81,6–86,2)	80,8 (78,4–83,0)	71,2 (67,3–74,9)
Einseitig (300/169)		99,4 (97,8–99,8)	99,2 (97,6–99,7)	98,8 (97,3–99,5)	98,1 (96,1–99,1)	97,3 (95,1–98,5)	86,8 (81,5–90,8)	85,0 (79,0–89,5)	65,9 (56,4–74,3)
Beidseitig (422/233)		93,1 (89,7–95,4)	93,1 (89,7–95,4)	91,0 (87,4–93,7)	91,3 (88,0–93,8)	89,2 (85,5–92,1)	84,0 (79,8–87,5)	81,5 (76,3–85,8)	62,0 (54,0–69,4)
Alter									
3–6 Jahre		93,9 (89,6–96,5)	93,7 (89,4–96,3)	93,7 (89,4–96,3)	91,9 (87,3–94,9)	92,5 (88,4–95,3)	87,1 (82,3–90,7)	92,3 (88,2–95,1)	81,0 (75,3–85,6)
Jungen (433)		94,7 (90,4–97,2)	94,0 (89,5–96,7)	92,9 (88,3–95,8)	92,2 (87,2–95,3)	93,3 (89,4–95,8)	84,8 (79,6–88,8)	89,2 (84,5–92,6)	79,6 (73,7–84,4)
Gesamt (824)		94,3 (91,6–96,2)	93,9 (91,1–95,8)	93,3 (90,5–95,3)	92,1 (88,8–94,4)	92,9 (90,1–95,0)	85,9 (82,7–88,5)	90,7 (87,6–93,1)	80,2 (76,4–83,6)
7–10 Jahre									
Mädchen (405)		98,3 (96,1–99,3)	98,2 (96,0–99,2)	97,9 (95,6–99,0)	97,1 (94,4–98,5)	96,4 (93,8–97,9)	90,4 (85,8–93,6)	90,9 (85,8–94,3)	60,5 (53,7–66,9)
Jungen (421)		96,4 (92,9–98,2)	96,4 (92,9–98,2)	95,7 (92,3–97,7)	94,6 (91,2–96,8)	94,8 (91,5–96,9)	88,2 (83,4–91,7)	90,3 (86,4–93,1)	53,7 (47,2–60,1)
Gesamt (826)		97,3 (95,4–98,5)	97,3 (95,3–98,4)	96,8 (94,8–98,0)	95,8 (93,8–97,2)	95,6 (93,6–97,0)	89,3 (86,0–91,8)	90,6 (87,6–92,9)	57,1 (52,1–61,9)
11–13 Jahre									
Mädchen (383)		98,3 (95,9–99,3)	97,4 (94,3–98,8)	95,7 (92,3–97,6)	96,1 (92,7–98,0)	92,8 (88,7–95,5)	84,2 (78,0–88,8)	80,4 (74,8–85,0)	Keine Impfempfehlung
Jungen (367)		96,5 (91,8–98,6)	95,7 (91,0–98,0)	94,0 (89,5–96,7)	95,6 (91,9–97,6)	91,4 (86,3–94,8)	86,6 (81,7–90,3)	81,1 (75,8–85,4)	
Gesamt (750)		97,4 (95,1–98,7)	96,6 (94,1–98,0)	94,9 (92,1–96,7)	95,8 (93,5–97,4)	92,1 (89,2–94,3)	85,4 (81,5–88,6)	80,8 (76,9–84,1)	
14–17 Jahre									
Mädchen (461)		96,6 (93,6–98,2)	96,5 (93,6–98,1)	92,1 (88,1–94,9)	92,3 (88,7–94,8)	86,1 (80,5–90,3)	75,8 (70,2–80,7)	60,7 (54,2–66,9)	Keine Impfempfehlung
Jungen (377)		98,3 (95,2–99,4)	98,2 (95,2–99,3)	96,4 (92,9–98,2)	96,2 (93,0–97,9)	93,0 (89,0–95,5)	79,8 (74,0–84,5)	70,0 (63,7–75,7)	
Gesamt (838)		97,5 (95,7–98,5)	97,4 (95,6–98,4)	94,4 (92,1–96,0)	94,3 (92,3–95,8)	89,7 (86,5–92,2)	77,9 (74,1–81,2)	65,6 (61,2–69,7)	

^a Auswertung der Altersgruppen 3–17 Jahre

^b Auswertung der Altersgruppen 3–10 Jahre

Für die beiden Impfungen gegen Hib und HepB sind die Impfquoten in der höchsten Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen mit 89,7 % (95 % KI: 86,5–92,2) und 77,9 % (95 % KI: 74,1–81,2) am niedrigsten. Noch ausgeprägter sind höhere Impfquoten bei jüngeren Kindern für die Impfungen gegen MenC und Pneumokokken.

Die Impfquote für mindestens eine Auffrischimpfung beträgt bei Tetanus 85,8% (84,1–87,4) und unterscheidet sich nicht von der bei Diphtherie (siehe Tabelle 5/Tabelle 6). Während über 90 % der 14- bis 17-Jährigen mindestens eine Auffrischimpfung gegen Tetanus und Diphtherie erhalten haben, liegen die Impfquoten für 7- bis 10-jährige Kinder unter 80 % (Tetanus: 77,7 %; 95 % KI: 74,0–81,1). Für die Altersgruppe der 7-bis 10-Jährigen entsprechen die Impfquoten für mindestens eine Auffrischung gegen Pertussis weitgehend denen der Auffrischungen gegen Tetanus und Diphtherie. Dagegen haben 14- bis 17-Jährige mit 77,1 % (95 % KI: 73,0–80,7) signifikant seltener eine Auffrischimpfung gegen Pertussis erhalten als gegen Tetanus (91,0 %; 95 % KI: 87,7–93,5) und Diphtherie (siehe Tabelle 5) [10].

Tabelle 5: Impfquoten für mindestens eine Auffrischimpfung gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis für 7-bis 17-jährige Mädchen und Jungen und für die vollständige Immunisierung gegen Humane Papillomviren (HPV) für 11- bis 17-jährige Mädchen (in Prozent mit 95%-KI).

	Gesamt (n-ungewichtet) (7–17 Jahre/11- bis 17-jährige Mädchen)	Tetanus ^a	Diphtherie ^a	Pertussis ^a	HPV ^b
Gesamt	Gesamt (2414)	85,8 (84,1–87,4)	85,4 (83,6–86,9)	78,9 (76,8–80,9)	24,8 (21,4–28,5)
Geschlecht	Mädchen (1249/844)	83,9 (81,1–86,4)	83,3 (80,5–85,8)	77,1 (73,9–80,0)	24,8 (21,4–28,5)
	Jungen (1165)	87,6 (85,1–89,8)	87,3 (84,7–89,5)	80,6 (77,6–83,3)	–
Wohnort	Ost (863/298)	89,2 (85,6–92,0)	89,0 (85,4–91,8)	87,4 (83,6–90,4)	33,3 (28,2–38,8)
	West (1551/546)	85,1 (83,1–86,9)	84,6 (82,6–86,4)	77,1 (74,7–79,3)	23,1 (19,3–27,4)
Sozialstatus	Niedrig (354/124)	82,1 (76,5–86,5)	82,1 (76,5–86,5)	76,0 (69,8–81,3)	25,1 (16,6–36,1)
	Mittel (1461/524)	87,5 (85,3–89,4)	87,2 (85,0–89,2)	81,2 (78,6–83,5)	25,8 (21,7–30,5)
	Hoch (545/178)	87,0 (83,8–89,7)	85,5 (81,9–88,5)	77,6 (72,9–81,6)	22,3 (15,4–31,1)
Migrationshintergrund	Ohne (1849/655)	88,3 (86,3–90,0)	87,8 (85,7–89,6)	80,4 (77,8–82,8)	28,3 (24,3–32,7)
	Einseitig (213/74)	87,5 (81,8–91,6)	86,9 (81,0–91,2)	83,7 (77,3–88,6)	15,1 (7,9–27,0)
	Beidseitig (317/108)	77,6 (71,9–82,5)	77,3 (71,7–82,1)	72,4 (66,7–77,4)	17,5 (9,7–29,5)
7–10 Jahre	Mädchen (405)	75,6 (70,6–80,1)	75,5 (70,5–79,9)	74,5 (69,4–79,1)	–
	Jungen (421)	79,7 (74,3–84,3)	79,6 (74,1–84,1)	78,0 (72,3–82,7)	–
	Gesamt (826)	77,7 (74,0–81,1)	77,6 (73,8–80,9)	76,3 (72,5–79,7)	–
11–13 Jahre	Mädchen (383)	88,2 (82,5–92,3)	87,3 (81,5–91,5)	85,2 (79,2–89,7)	5,8 % (3,5–9,4)
	Jungen (367)	89,4 (83,9–93,1)	88,6 (83,1–92,5)	84,4 (78,3–89,0)	–
	Gesamt (750)	88,8 (85,1–91,7)	88,0 (84,3–90,9)	84,8 (80,8–88,1)	5,8 % (3,5–9,4)
14–17 Jahre	Mädchen (461)	88,5 (83,1–92,3)	87,6 (82,2–91,6)	73,6 (67,6–78,9)	38,6 (32,8–44,7)
	Jungen (377)	93,3 (89,3–95,9)	93,2 (89,2–95,8)	80,3 (74,2–85,2)	–
	Gesamt (838)	91,0 (87,7–93,5)	90,5 (87,3–93,0)	77,1 (73,0–80,7)	38,6 (32,8–44,7)

^aAuswertung der Altersgruppen 7–17 Jahre

^bAuswertung der Altersgruppen 11–17 Jahre

Gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR) haben in allen Altersgruppen über 96% der Kinder und Jugendlichen mindestens eine Impfung erhalten (Tab. 3). Die Impfquoten für mindestens eine Varizellenimpfung sind mit 85,3 % (95 % KI: 81,5–88,4) und 81,8 % 95 % KI: (77,8–85,2) in den Altersgruppen der 3- bis 6-Jährigen und der 7- bis 10- Jährigen am höchsten.

Tabelle 6: Impfquoten für die ersten und zweiten Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen (MMRV) nach Alter, Geschlecht, Sozialstatus, Wohnort in Ost- oder Westdeutschland und Migrationshintergrund (in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall) für 3- bis 17-Jährige.

	Gesamt (n) 3–17 Jahre	1. Masern	1. Mumps	1. Röteln	1. Varizellen	2. Masern	2. Mumps	2. Röteln	2. Varizellen
Gesamt	(3238)	97,4 (96,5–98,1)	97,3 (96,4–98,0)	97,3 (96,4–98,0)	57,3 (54,7–59,8)	93,6 (92,2–94,7)	93,2 (91,8–94,4)	93,1 (91,7–94,3)	50,9 (48,2–53,5)
Geschlecht	Mädchen (1640)	97,0 (95,3–98,1)	96,9 (95,2–98,0)	96,9 (95,2–98,0)	57,2 (53,7–60,6)	93,0 (90,9–94,7)	92,9 (90,7–94,5)	92,9 (90,7–94,6)	50,1 (46,6–53,7)
	Jungen (1598)	97,8 (96,7–98,5)	97,7 (96,6–98,4)	97,7 (96,6–98,4)	57,4 (54,0–60,7)	94,1 (92,5–95,4)	93,5 (91,7–95,0)	93,3 (91,6–94,7)	51,5 (48,1–54,9)
Wohnort	Ost (1137)	98,0 (96,6–98,8)	98,0 (96,6–98,8)	98,0 (96,6–98,8)	64,2 (60,0–68,3)	92,5 (89,0–94,9)	92,4 (88,9–94,9)	92,5 (89,0–94,9)	57,0 (52,7–61,3)
	West (2101)	97,3 (96,2–98,1)	97,2 (96,1–98,0)	97,2 (96,1–98,0)	55,7 (52,7–58,6)	93,8 (92,3–95,1)	93,4 (91,7–94,7)	93,2 (91,7–94,5)	49,5 (46,5–52,5)
Sozialstatus	Niedrig (477)	98,8 (97,3–99,5)	98,8 (97,3–99,5)	98,8 (97,3–99,5)	60,3 (53,7–66,4)	94,8 (91,1–97,0)	94,0 (90,1–96,4)	94,0 (90,1–96,4)	51,0 (44,6–57,4)
	Mittel (1932)	97,3 (95,9–98,3)	97,2 (95,7–98,2)	97,2 (95,7–98,2)	55,9 (52,7–59,1)	93,7 (91,8–95,2)	93,4 (91,4–94,9)	93,2 (91,3–94,7)	50,2 (46,9–53,5)
	Hoch (753)	96,3 (94,1–97,7)	96,3 (94,1–97,7)	96,3 (94,1–97,7)	58,2 (54,0–62,3)	92,5 (89,4–94,8)	92,4 (89,2–94,7)	92,4 (89,3–94,6)	52,8 (48,3–57,3)
Migrationshintergrund	Ohne (2458)	97,5 (96,5–98,2)	97,3 (96,3–98,1)	97,3 (96,3–98,1)	53,7 (50,7–56,6)	93,6 (92,0–94,9)	93,4 (91,8–94,8)	93,2 (91,5–94,5)	48,2 (45,2–51,2)
	Einseitig (300)	96,5 (92,5–98,4)	96,5 (92,5–98,4)	96,5 (92,5–98,4)	66,6 (59,1–73,3)	95,9 (92,1–97,9)	95,6 (91,8–97,7)	95,6 (91,8–97,7)	61,1 (53,6–68,1)
	Beidseitig (422)	97,7 (95,4–98,8)	97,7 (95,4–98,8)	97,7 (95,4–98,8)	63,1 (57,0–68,8)	93,2 (89,9–95,4)	91,8 (88,1–94,5)	92,2 (88,8–94,6)	52,8 (46,9–58,6)
Alter 3–6 Jahre	Mädchen (391)	97,3 (93,7–98,9)	97,3 (93,7–98,9)	97,3 (93,7–98,9)	84,5 (78,5–89,0)	90,2 (85,4–93,6)	90,2 (85,4–93,6)	90,2 (85,4–93,6)	78,2 (71,8–83,5)
	Jungen (433)	97,4 (94,6–98,7)	97,0 (94,2–98,5)	97,0 (94,2–98,5)	86,1 (81,7–89,6)	93,4 (90,2–95,6)	93,4 (90,2–95,6)	93,4 (90,2–95,6)	82,3 (77,3–86,4)
	Gesamt (824)	97,3 (95,4–98,5)	97,2 (95,2–98,3)	97,2 (95,2–98,3)	85,3 (81,5–88,4)	91,9 (88,8–94,2)	91,9 (88,8–94,2)	91,9 (88,8–94,2)	80,4 (76,1–84,0)
7–10 Jahre	Mädchen (405)	98,5 (96,8–99,3)	98,4 (96,6–99,2)	98,4 (96,6–99,2)	83,8 (78,8–87,8)	95,4 (92,1–97,3)	95,1 (91,9–97,1)	95,4 (92,1–97,3)	77,3 (71,3–82,3)
	Jungen (421)	97,5 (95,1–98,8)	97,5 (95,1–98,8)	97,5 (95,1–98,8)	79,9 (74,2–84,6)	94,5 (91,2–96,6)	94,5 (91,2–96,6)	94,5 (91,2–96,6)	74,9 (69,2–79,9)
	Gesamt (826)	98,0 (96,6–98,8)	97,9 (96,6–98,8)	97,9 (96,6–98,8)	81,8 (77,8–85,2)	94,9 (92,8–96,4)	94,8 (92,7–96,3)	94,9 (92,8–96,4)	76,1 (71,8–79,9)
11–13 Jahre	Mädchen (383)	97,5 (94,4–98,9)	97,3 (94,2–98,7)	97,3 (94,2–98,7)	43,2 (36,5–50,3)	94,5 (90,5–96,8)	94,0 (90,1–96,5)	94,2 (90,3–96,6)	33,0 (26,8–39,8)
	Jungen (367)	97,8 (94,9–99,1)	97,8 (94,9–99,1)	97,8 (94,9–99,1)	50,8 (43,8–57,8)	95,0 (91,4–97,1)	93,5 (88,9–96,2)	93,5 (88,9–96,2)	37,4 (30,9–44,4)
	Gesamt (750)	97,7 (95,9–98,7)	97,6 (95,7–98,6)	97,6 (95,7–98,6)	47,1 (42,2–52,0)	94,7 (92,0–96,5)	93,7 (90,8–95,8)	93,8 (90,9–95,9)	35,2 (30,7–40,0)
14–17 Jahre	Mädchen (461)	94,9 (91,0–97,2)	94,9 (91,0–97,2)	94,9 (91,0–97,2)	17,1 (12,9–22,3)	92,3 (88,2–95,1)	92,3 (88,2–95,1)	92,0 (87,9–94,8)	11,2 (7,9–15,5)
	Jungen (377)	98,3 (96,4–99,2)	98,3 (96,4–99,2)	98,3 (96,4–99,2)	15,5 (11,4–20,8)	93,9 (90,5–96,2)	92,9 (88,7–95,5)	92,1 (88,4–94,6)	12,2 (8,4–17,4)
	Gesamt (838)	96,7 (94,8–98,0)	96,7 (94,8–98,0)	96,7 (94,8–98,0)	16,2 (13,1–20,0)	93,2 (90,7–95,0)	92,6 (89,9–94,6)	92,0 (89,4–94,0)	11,7 (8,9–15,1)

Im Vergleich zu den 2003 bis 2006 im Rahmen von KiGGS-Basis erhobenen Impfquoten zeigen die Ergebnisse von KiGGS Welle 2 durchweg signifikant höhere Impfquoten. In der Altersgruppe der 3- bis 10- Jährigen sind die Anstiege der Impfquoten mit je 20 Prozentpunkten bei der ersten Auffrischimpfung gegen Tetanus und bei der zweiten Masernimpfung sowie mit 16 Prozentpunkten bei der GI gegen HepB am stärksten ausgeprägt (siehe Abbildung 4). In der Gruppe älterer Kinder und Jugendlicher zeigt sich der größte Unterschied bei der GI gegen Pertussis, wo sich die Impfquote mit jetzt 94,6 % verdoppelt hat. In dieser Altersgruppe sind darüber hinaus die Anstiege

bei der HepB-Immunsierung von 58,5 % auf 87,0 % sowie bei der zweiten Masernimpfung von 76,7 % auf 93,8 % besonders deutlich ausgeprägt.

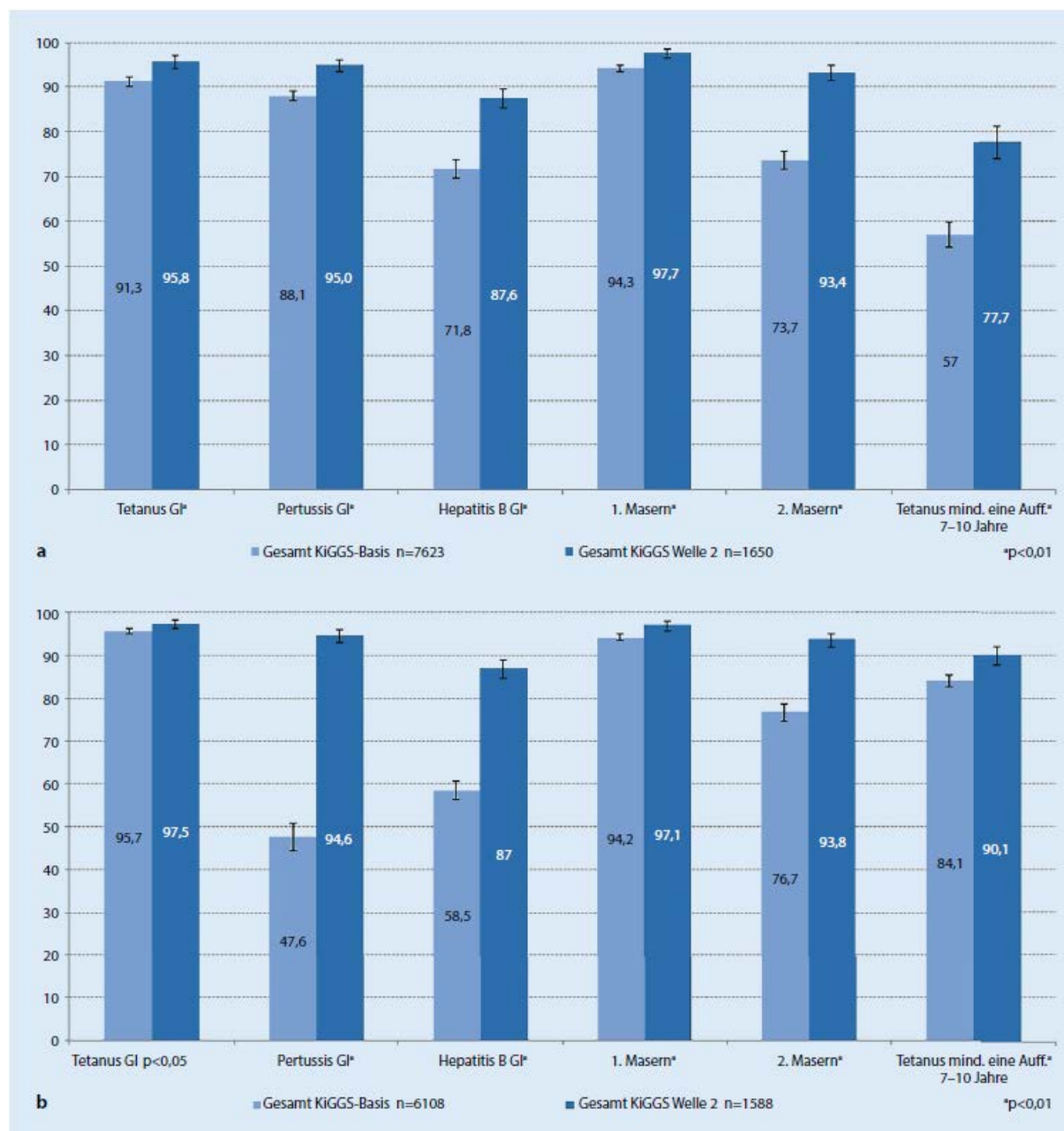


Abbildung 4: Impfquoten für die Grundimmunisierung gegen Tetanus, Pertussis und Hepatitis B und mindestens eine bzw. mindestens zwei Impfungen gegen Masern und für mindestens eine Auffrischimpfung gegen Tetanus (in Prozent mit 95 %-KI) im Vergleich von KiGGS-Basis (2003–2006) und KiGGS Welle 2 (2014–2017) für 3-bis 10-Jährige (a) und für 11-bis 17-Jährige (b). GI Grundimmunisierung

Zur Beurteilung der Entwicklung der zeitgerechten Gabe von Impfungen sind in Abbildung 5 die Impfquoten für die vollständige GI gegen Tetanus und Pertussis sowie die Impfquoten für die erste und zweite Masernimpfung zum Zeitpunkt vor dem vollendeten 2. Lebensjahr (24. LM) nach Geburtsjahrgängen dargestellt. Für die Darstellung wurden die Querschnittskohorten von KiGGS-Basis und KiGGS Welle 2 zusammen ausgewertet.

Die Spanne der Geburtsjahrgänge, für die die Impfquoten zum Ende des 24. LM ausgewertet werden können, umfasst annähernd 30 Jahre. In diesem Zeitraum hat sich der Impfstatus von Kindern am Ende des 24. LM für alle dargestellten Impfungen signifikant verbessert. Die Impfquoten liegen jedoch für alle Impfungen selbst für die jüngsten Geburtskohorten deutlich unter 95 %.

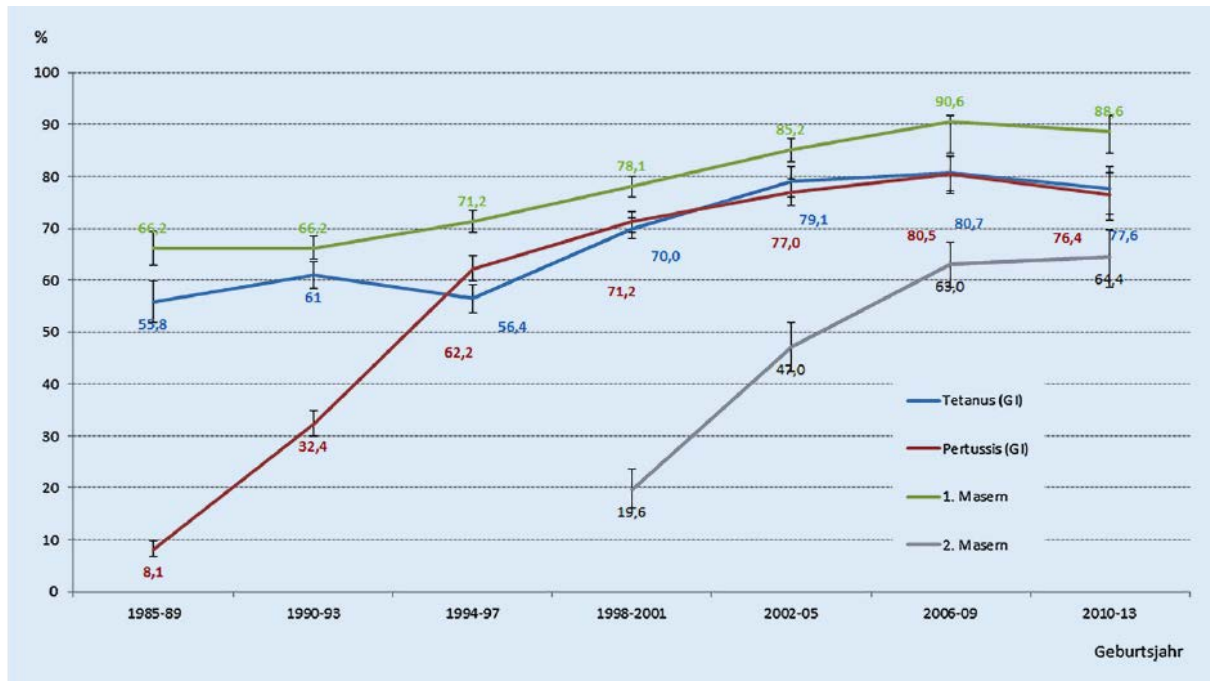


Abbildung 5: Impfquoten für die Grundimmunisierung (GI) gegen Tetanus und Pertussis und mindestens eine bzw. mindestens zwei Impfungen gegen Masern (in Prozent mit 95 %-Konfidenzintervall) zum Ende des 24. Lebensmonats für 3-bis 17-Jährige nach Geburtsjahren – Daten aus KiGGS-Basis und KiGGS Welle 2

4.3.2 Impfung gegen HPV

In KiGGS Welle 2 gaben 42,0 % der 11- bis 17-jährigen Mädchen an, mindestens eine HPV-Impfung erhalten zu haben [9]. Der Anteil der Mädchen, die schon mindestens eine HPV-Impfung erhalten hatten, nimmt mit zunehmendem Alter der Mädchen zu. Während in der Gruppe der 11- bis 13-Jährigen erst 20,6 % mindestens eine Impfdosis erhalten hatten, beträgt der Anteil in der Gruppe der 14- bis 17-Jährigen 55,5 %. Vollständig geimpft sind insgesamt weniger als ein Drittel der 11- bis 17-jährigen Mädchen. Der Anteil der Mädchen mit vollständiger HPV-Impfserie nimmt ebenfalls mit dem Alter zu: nur 9,3 % der 11- bis 13-Jährigen, aber 45,3 % der 14- bis 17-Jährigen haben eine abgeschlossene HPV-Immunsierung (siehe Tabelle 7).

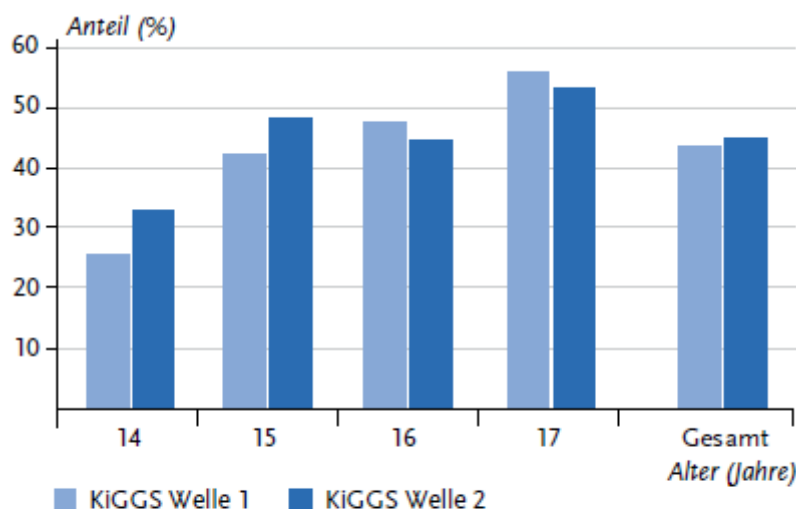
Tabelle 7: Prävalenzen von mindestens einer selbstberichteten Impfung gegen HPV (n = 2.958 Mädchen) und von selbstberichteter vollständiger HPV-Impfung* (n = 2.916 Mädchen) nach Alter, sozioökonomischem Status und Wohnregion

Mindestens eine HPV-Impfung			Vollständige HPV-Impfung		
	%	(95 %-KI)		%	(95 %-KI)
Mädchen (gesamt)	42,0	(39,1–45,1)	Mädchen (gesamt)	31,4	(28,9–33,9)
Altersgruppe			Altersgruppen		
11–13 Jahre	20,6	(17,7–23,8)	11–13 Jahre	9,3	(7,5–11,5)
14–17 Jahre	55,5	(51,7–59,4)	14–17 Jahre	45,3	(41,8–48,9)
Sozioökonomischer Status			Sozioökonomischer Status		
Niedrig	42,0	(35,5–48,8)	Niedrig	30,1	(24,5–36,4)
Mittel	42,6	(39,0–46,2)	Mittel	32,2	(29,3–35,2)
Hoch	41,0	(36,8–45,4)	Hoch	31,6	(27,9–35,5)
Wohnregion			Wohnregion		
Ostdeutsche Bundesländer	55,6	(50,7–60,4)	Ostdeutsche Bundesländer	43,6	(39,1–48,2)
Westdeutsche Bundesländer	40,0	(36,7–43,3)	Westdeutsche Bundesländer	29,5	(26,9–32,2)

HPV = Humane Papillomviren, KI = Konfidenzintervall

*Entsprechend der aktuellen STIKO-Empfehlung: Bei Beginn der Impfserie im Alter bis einschließlich 14 Jahren Impfung mit zwei Impfdosen, bei späterem Beginn der Impfserie Impfung mit drei Impfdosen – jeweils ohne Berücksichtigung der Einhaltung des Mindestabstands von sechs Monaten

Im Vergleich zu den fünf Jahre zuvor in KiGGS Welle 1 telefonisch befragten Mädchen zeigt sich für 14- bis 17-Jährige kein Unterschied in den Impfquoten. Der Anteil vollständig geimpfter, jugendlicher Mädchen lag in KiGGS Welle 1 mit 43,7 % nur geringfügig unter den aktuellen Prävalenzen (45,3 %, siehe Abbildung 6). Während in KiGGS Welle 1 das mittlere Alter bei erster Impfung für 12- bis 17-Jährige 14 Jahre und 2 Monate betrug, waren die in KiGGS Welle 2 befragten 12- bis 17-jährigen Mädchen im Mittel mit 13 Jahren und 9 Monaten und damit 5 Monate früher das erste Mal gegen HPV geimpft worden.



HPV = Humane Papillomviren

*Entsprechend der aktuellen STIKO-Empfehlung: Bei Beginn der Impfserie im Alter bis einschließlich 14 Jahren Impfung mit zwei Impfdosen, bei späterem Beginn der Impfserie Impfung mit drei Impfdosen – jeweils ohne Berücksichtigung der Einhaltung des Mindestabstands von sechs Monaten

Abbildung 6: Prävalenz selbstberichteter vollständiger Impfung* gegen HPV bei 14- bis 17-jährigen Mädchen nach Alter in KiGGS Welle 1 (n = 1.326) und KiGGS Welle 2 (n = 1.668)

4.4 Übergewicht und Adipositas

4.4.1 Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Im Rahmen der KiGGS Welle 2 wurden Meßwerte zu Körpergröße und -gewicht von 3.561 Kindern und Jugendlichen (Mädchen n = 1.799, Jungen n = 1.762) im Alter von 3 bis 17 Jahren ausgewertet [14].

Die Häufigkeit von Übergewicht (einschließlich Adiposita) beträgt bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren 15,4 % (Mädchen 15,3 %, Jungen 15,6 %) (siehe Tabelle 8). Die Adipositasprävalenz liegt bei 5,9 % (Mädchen 5,5 %, Jungen 6,3 %) (siehe Tabelle 9). Es liegen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern vor.

Sowohl die Prävalenz für Übergewicht als auch für Adipositas steigen mit dem Alter an. Der Anteil an übergewichtigen Kindern liegt bei den 3- bis 6-jährigen Mädchen bei 10,8 % und steigt auf 16,2 % in der Altersgruppe der 14- bis 17-jährigen Mädchen an. Für Jungen zeigt sich ein Anstieg der Übergewichtsprävalenz von 7,3 % bei den 3- bis 6-Jährigen auf 18,5 % bei den 14- bis 17-Jährigen. In der Altersgruppe der 11- bis 13-Jährigen ist die Prävalenz für Übergewicht am höchsten (Mädchen 20,0 %, 21,1 %).

Tabelle 8: Übergewichtsprävalenz (>90. Perzentil, einschließlich Adipositas) nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status [14]

Mädchen	%	(95 %-KI)	Jungen	%	(95 %-KI)
Mädchen (gesamt)	15,3	(13,1 – 17,8)	Jungen (gesamt)	15,6	(13,0 – 18,6)
Altersgruppen			Altersgruppen		
3 – 6 Jahre	10,8	(7,0 – 16,5)	3 – 6 Jahre	7,3	(4,7 – 11,1)
7 – 10 Jahre	14,9	(10,9 – 20,2)	7 – 10 Jahre	16,1	(11,7 – 21,8)
11 – 13 Jahre	20,0	(15,0 – 26,2)	11 – 13 Jahre	21,1	(15,5 – 28,1)
14 – 17 Jahre	16,2	(12,6 – 20,7)	14 – 17 Jahre	18,5	(14,2 – 23,8)
Sozioökonomischer Status			Sozioökonomischer Status		
Niedrig	27,0	(20,3 – 34,9)	Niedrig	24,2	(17,7 – 32,3)
Mittel	13,0	(10,8 – 15,5)	Mittel	14,1	(11,2 – 17,7)
Hoch	6,5	(3,8 – 10,8)	Hoch	8,9	(5,4 – 14,2)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	15,4	(13,7 – 17,4)	Gesamt (Mädchen und Jungen)	15,4	(13,7 – 17,4)

KI = Konfidenzintervall

(Mädchen n = 1.799, Jungen n = 1.762)

Die Adipositasprävalenz ist in der Altersgruppe der 3 bis 6 Jahre alten Kinder am niedrigsten (Mädchen 3,2 %, Jungen 1,0 %) und steigt mit zunehmenden Alter. Für 14- bis 17-jährige Mädchen liegt die Adipositasprävalenz bei 7,7 % und für Jungen dieser Altersgruppe bei 9,2 %.

Kinder und Jugendliche mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status weisen eine höhere Prävalenz von Übergewicht und Adipositas auf, als Gleichaltrige mit einem hohen sozioökonomischen Status. Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischen Status sind etwas viermal häufiger von Adipositas betroffen, als Gleichaltrige mit einem hohen sozioökonomischen Status (Mädchen 8,1 % versus 2,0 %; Jungen 11,4 % versus 2,6 %). Dieses Ergebnis ist allerdings nur für die Jungen statistisch signifikant.

Im Vergleich zu den vorherigen Erhebungen im Rahmen der KiGGS Studie (Basiserhebung und Welle 1) ist kein weiterer Anstieg der Übergewichts- und Adipositasprävalenzen zu beobachten. Allerdings sind die Übergewichts- und Adipositasprävalenzen insgesamt und in allen Altersgruppen unverändert und somit auf einem hohen Niveau stabil geblieben [14].

Tabelle 9: Adipositasprävalenz (>97. Perzentil) nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status [14]

Mädchen	%	(95 %-KI)	Jungen	%	(95 %-KI)
Mädchen (gesamt)	5,5	(4,3–7,0)	Jungen (gesamt)	6,3	(4,9–8,0)
Altersgruppen			Altersgruppen		
3–6 Jahre	3,2	(1,6–6,3)	3–6 Jahre	1,0	(0,4–2,5)
7–10 Jahre	4,7	(2,9–7,5)	7–10 Jahre	6,8	(4,2–11,0)
11–13 Jahre	6,5	(3,6–11,3)	11–13 Jahre	8,0	(4,8–13,0)
14–17 Jahre	7,7	(5,2–11,4)	14–17 Jahre	9,2	(6,2–13,4)
Sozioökonomischer Status			Sozioökonomischer Status		
Niedrig	8,1	(4,7–13,7)	Niedrig	11,4	(7,2–17,7)
Mittel	4,7	(3,5–6,4)	Mittel	5,2	(3,6–7,5)
Hoch	2,0	(0,5–7,3)	Hoch	2,6	(1,1–5,9)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	5,9	(5,0–7,0)	Gesamt (Mädchen und Jungen)	5,9	(5,0–7,0)

KI = Konfidenzintervall

(Mädchen n = 1.799, Jungen n = 1.762)

4.4.2 Entwicklung von Übergewicht und Adipositas

Um die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas zu untersuchen, wurden die Messwerte zu Körpergröße- und gewicht von 2.568 Heranwachsenden (Mädchen n = 1.311, Jungen n = 1.257) im Alter von 2 bis 6 Jahren (KiGGS Basiserhebung) so wie im Alter von 12 bis 17 Jahren (KiGGS Welle 2) ausgewertet [15]. Die Einschränkung auf die Altersgruppe ergab sich aufgrund unterschiedlicher Klassifikationssystem für Übergewicht und Adipositas [15].

In dieser Analysestichprobe waren zum Zeitpunkt der Basiserhebung 7 % (95 % KI: 6-8) der Kinder im Alter von 2 bis 6 Jahren übergewichtig und 3 % (95 % KI: 2-4) adipös. Nach elf Jahren, zum Erhebungszeitraum der KiGGS Welle 2, lag der Anteil der mittlerweile jugendlichen Teilnehmenden, die von Übergewicht (9 %; 95 %-KI: 8-11) beziehungsweise Adipositas (8 %; 95 %-KI: 7-10) betroffen waren, deutlich höher.

Etwa 86 % der Kinder im Alter von 2 bis 6 Jahren ohne Übergewicht oder Adipositas hatten auch als Jugendliche zum Erhebungszeitpunkt der KiGGS Welle 2 kein Übergewicht oder keine Adipositas. Übergewicht, aber keine Adipositas entwickelte sich bei 8 % (95 % KI: 7-10) dieser Kinder und eine Adipositas entwickelte sich bei 5 % (95 % KI: 4-7) (siehe Abbildung 7).

Von den übergewichtigen Kinder der Analysestichprobe behielten 24 % (95 % KI: 17-33) das Übergewicht auch als Jugendliche, während, 29 % (95 %-KI: 20-39) entwickelten eine Adipositas. Innerhalb der elf Jahre zwischen den Erhebungen konnten 47 % (95 % KI: 37-57) ihr Gewicht reduzieren, so dass sie als Jugendliche nicht mehr übergewichtig oder adipös waren.

Von den Kindern mit Adipositas blieben 65 % (95 % KI: 47-80) adipös, während 11 % (95 % KI: 5-24) als Jugendliche ein Übergewicht und 24 % (95 % KI: 12-42) ein Normalgewicht hatten [15].

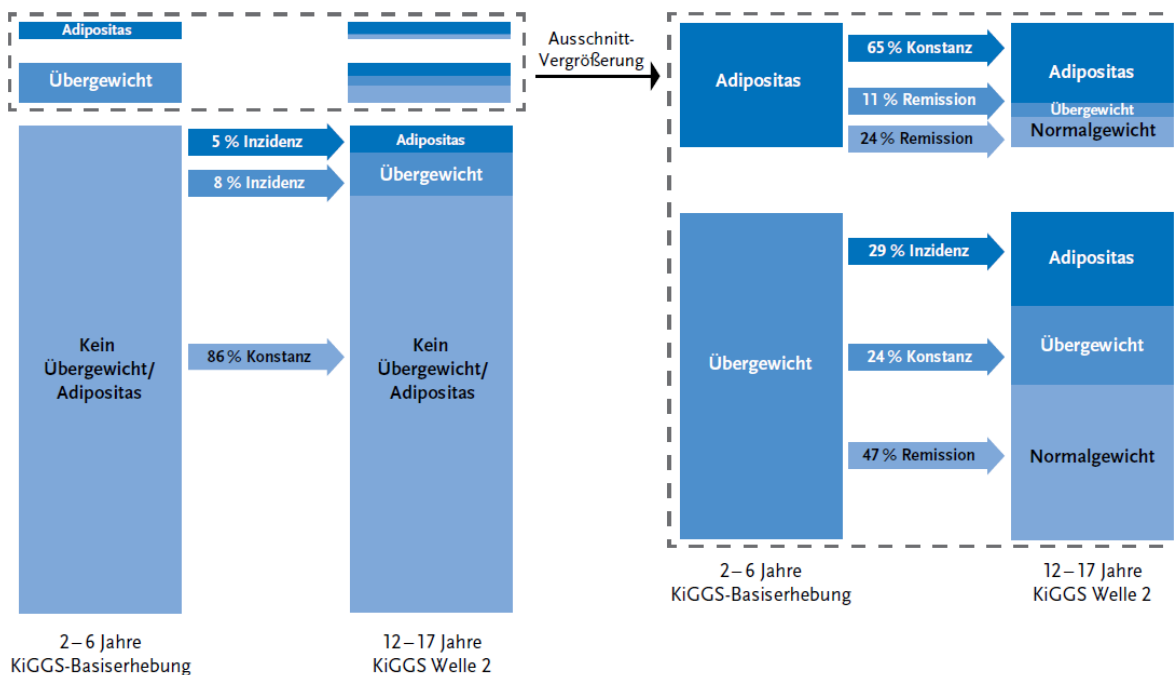


Abbildung 7: Entwicklung von Übergewicht und Adipositas
(Mädchen n = 1.311, Jungen n = 1.257)

4.5 Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigung

4.5.1 Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen

Die Analysen basieren auf Daten von 14.477 Heranwachsenden der KiGGS-Basiserhebung (7.100 Mädchen, 7.377 Jungen) und von 13.205 Heranwachsenden von KiGGS Welle 2 (6.637 Mädchen, 6.568 Jungen) im Alter von 3 bis 17 Jahren [4].

Die Ergebnisse werden als Prävalenzen (Häufigkeiten) stratifiziert nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status der Familien dargestellt. Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur hinsichtlich Alter in Jahren, Geschlecht, Bundesland, deutscher Staatsangehörigkeit sowie Bildungsverteilung der Eltern (Mikrozensus, 2013) korrigiert [4].

Die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland beträgt für den Zeitraum von 2014 bis 2017 insgesamt 16,9 % (siehe Tabelle 10). Jungen zeigen mit 19,1 % eine signifikant höhere Prävalenz als Mädchen mit 14,5 %. Dies trifft insbesondere für die Altersgruppen von 3 bis 14 Jahren zu. Für Jugendliche im Alter von 15 bis 17 Jahren ist die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten zwischen Mädchen und Jungen vergleichbar. Kinder und Jugendliche, die in Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status aufwachsen, sind signifikant häufiger von psychischen Auffälligkeiten betroffen als Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch bessergestellten Familien (siehe Abbildung 8).

Tabelle 10: Prävalenz psychischer Auffälligkeiten nach Geschlecht und Alter für die KiGGS-Basiserhebung ($n = 7.100$ Mädchen, $n = 7.377$ Jungen) und KiGGS Welle 2 ($n = 6.637$ Mädchen, $n = 6.568$ Jungen)

KiGGS-Basiserhebung			KiGGS Welle 2	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Mädchen	15,9	(14,9–17,0)	14,5	(13,2–15,9)
Altersgruppe				
3–5 Jahre	17,2	(14,7–19,9)	13,9	(11,2–17,1)
6–8 Jahre	14,7	(12,4–17,4)	13,8	(11,6–16,2)
9–11 Jahre	18,6	(16,5–21,0)	16,4	(13,3–20,1)
12–14 Jahre	15,9	(13,8–18,3)	13,9	(11,9–16,3)
15–17 Jahre	13,4	(11,5–15,6)	14,6	(12,2–17,3)
Jungen	23,6	(22,3–24,9)	19,1	(17,7–20,6)
Altersgruppe				
3–5 Jahre	21,4	(18,9–24,2)	20,9	(17,5–24,7)
6–8 Jahre	25,3	(22,7–28,2)	22,3	(19,4–25,4)
9–11 Jahre	28,8	(26,2–31,7)	22,2	(19,0–25,7)
12–14 Jahre	25,8	(23,1–28,9)	19,2	(16,6–22,0)
15–17 Jahre	17,2	(14,8–20,0)	12,2	(9,9–15,0)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	19,9	(19,0–20,8)	16,9	(15,9–17,9)

KI – Konfidenzintervall

Diese aktuellen Befunde aus KiGGS Welle 2 bestätigen das Ergebnismuster zu den Unterschieden der psychischen Gesundheit nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status bei Kindern und Jugendlichen aus der KiGGS-Basiserhebung [4].

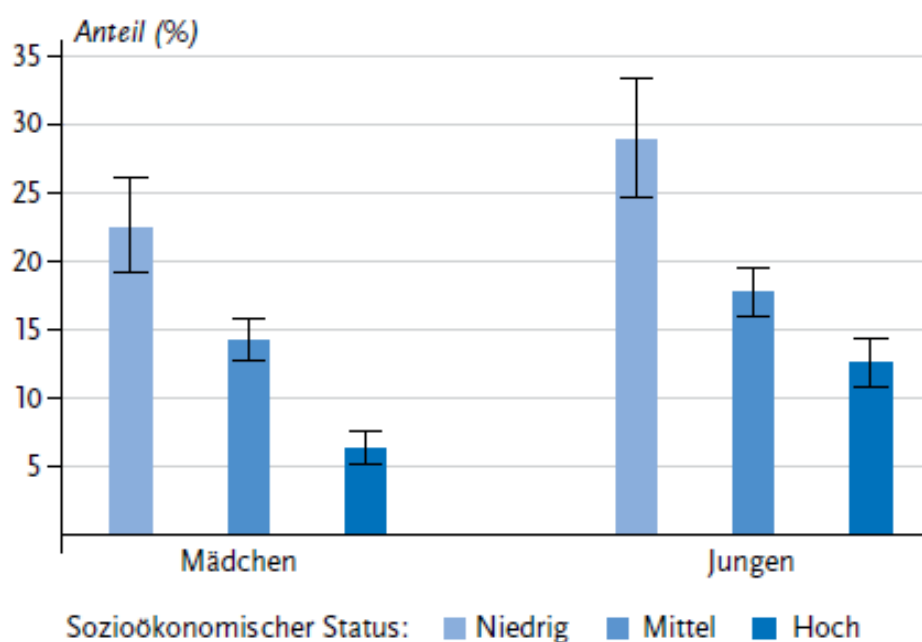


Abbildung 8: Prävalenz psychischer Auffälligkeiten nach Geschlecht und sozioökonomischem Status ($n = 6.637$ Mädchen, $n = 6.568$ Jungen)

4.5.2 Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen

Vollständige Angaben zum Stärken-und-Schwächen-Fragebogens (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) sowohl für die KiGGS Basiserhebung (2003 – 2006) als auch für KiGGS Welle 1 (2009 – 2012) lagen von insgesamt 6.459 Personen (3.198 Mädchen, 3.261 Jungen) vor [1]. Um den Verlauf psychischer Auffälligkeiten für Kinder und Jugendliche in unterschiedlichen Lebensphasen abzubilden, wurden neben dem Geschlecht auch verschiedene Altersgruppen untersucht. Von den Kindern und Jugendlichen der KiGGS-Kohorte waren zur Basiserhebung 32,2 % 3 bis 5 Jahre alt, 35,1 % 6 bis 8 Jahre alt und 32,8 % 9 bis 11 Jahre alt. Der Fokus der Auswertungen liegt auf den bei der KiGGS-Basiserhebung psychisch unauffälligen Kindern und Jugendlichen, die in KiGGS Welle 1 auffällig waren, sowie auf den Teilnehmenden mit psychischen Auffälligkeiten zu beiden Erhebungszeiträumen. Für die Analysen wurden prozentuale Wahrscheinlichkeiten für den Übergang von psychisch unauffällig oder auffällig bei der KiGGS-Basiserhebung zu auffällig in KiGGS Welle 1 berechnet. Zur teilweisen Berücksichtigung der selektiven Wiederteilnahme wurde in den Auswertungsmodellen eine multivariate Gewichtungvariable herangezogen.

Von den psychisch unauffälligen Kindern und Jugendlichen bei der KiGGS-Basiserhebung waren zum Zeitpunkt der 1. KiGGS Welle 12 % psychisch auffällig. 88 % blieben unauffällig (siehe Abbildung 9). Von den Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten wies zum zweiten Erhebungszeitraum nur noch jedes zweite die entsprechenden Symptome auf [1].

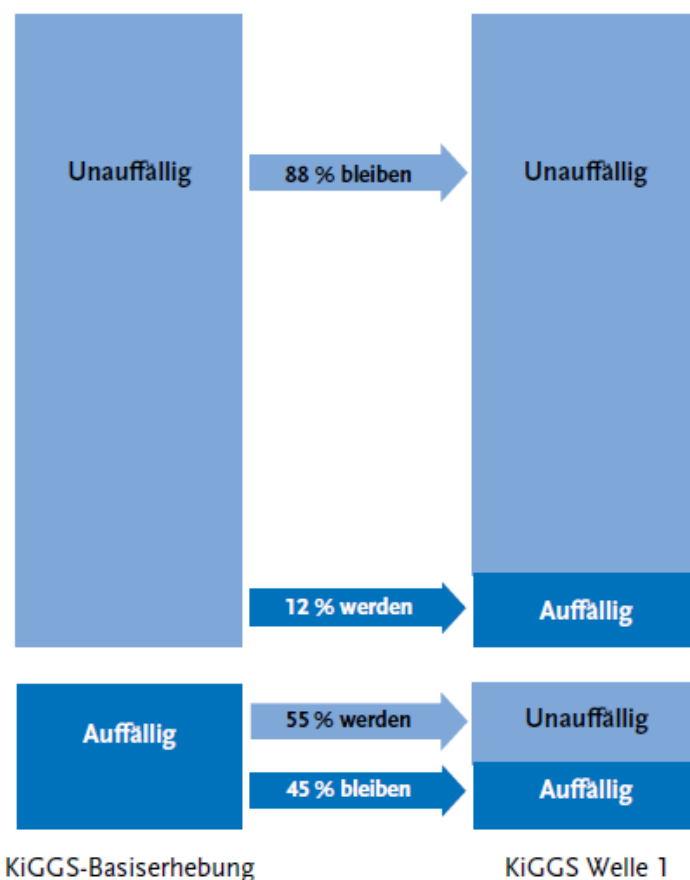


Abbildung 9: Die Entwicklung individueller psychischer Auffälligkeiten für Kinder und Jugendliche im Verlauf der KiGGS-Basiserhebung zu KiGGS Welle 1 (n = 6.459)

Unterschiede im Verlauf ergaben sich für Mädchen und Jungen besonders unter Berücksichtigung der untersuchten Altersgruppen (siehe Abbildung 10).

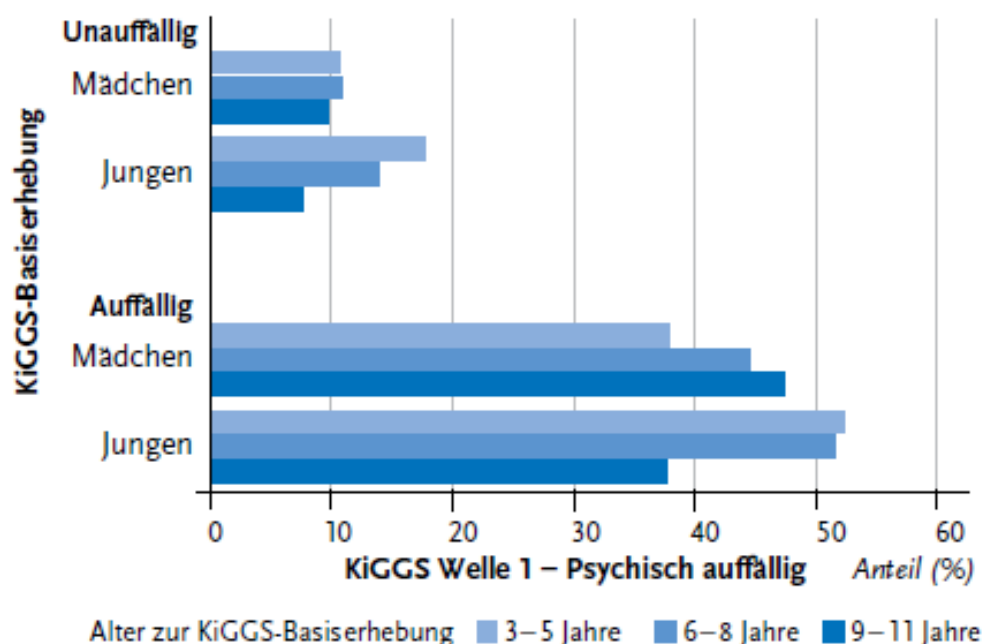


Abbildung 10: Vorliegen psychischer Auffälligkeiten zu KiGGS Welle 1 für psychisch unauffällige und auffällige Kinder und Jugendliche zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung nach Geschlecht und Alter (n = 6.459)

4.5.3 ADHS bei Kindern und Jugendlichen

Die Analysen basieren auf Daten von 13.487 Heranwachsenden der KiGGS-Basiserhebung (6.736 Mädchen, 6.751 Jungen) und von 13.270 Heranwachsenden von KiGGS Welle 2 (6.671 Mädchen, 6.599 Jungen) im Alter von 3 bis 17 Jahren [2].

Prävalenzen einer ADHS-Diagnose werden stratifiziert nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status dargestellt. Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur hinsichtlich Alter in Jahren, Geschlecht, Bundesland, deutscher Staatsangehörigkeit sowie Bildungsverteilung der Eltern (Mikrozensus 2013) korrigiert.

Insgesamt 4,4 % der Eltern von 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen gaben in KiGGS Welle 2 (2014 – 2017) an, dass ihr Kind jemals eine ADHS-Diagnose durch eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt oder Psychologin beziehungsweise Psychologen erhalten hat (siehe Tabelle 11). In der KiGGS-Basiserhebung betrug die altersadjustierte Diagnoseprävalenz 5,3 %. Im Trendvergleich zu KiGGS Welle 2 war damit insgesamt eine signifikante Abnahme der Diagnoseprävalenz um 0,9 Prozentpunkte (entsprechend rund 17 % im Vergleich zum Ausgangswert) zu verzeichnen. Ein signifikanter Rückgang der Diagnoseprävalenzen über die Zeit besteht nur für Jungen.

Tabelle 11: Prävalenzen einer ADHS-Diagnose* nach Geschlecht und Alter für KiGGS-Basiserhebung (n = 6.736 Mädchen, n = 6.751 Jungen) und KiGGS Welle 2 (n = 6.671 Mädchen, n = 6.599 Jungen)

	KiGGS-Basiserhebung		KiGGS Welle 2	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Mädchen	1,9	(1,5–2,4)	2,3	(1,9–2,8)
Jungen	8,5	(7,7–9,5)	6,5	(5,7–7,3)
Altersgruppe				
3–5 Jahre	1,5	(1,0–2,3)	0,2	(0,1–0,7)
6–8 Jahre	3,8	(3,1–4,7)	2,1	(1,5–2,9)
9–11 Jahre	7,6	(6,4–8,9)	6,1	(4,9–7,5)
12–14 Jahre	6,7	(5,6–7,9)	6,4	(5,3–7,6)
15–17 Jahre	6,4	(5,4–7,7)	6,9	(5,8–8,2)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	5,3	(4,8–5,8)	4,4	(3,9–4,9)

KI – Konfidenzintervall

Obwohl sich im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung der „Diagnosegap“ zwischen den Geschlechtern in der Tendenz schließt, zeigen die Daten aus KiGGS Welle 2, dass Jungen immer noch mehr als doppelt so häufig eine ADHS-Diagnose erhalten wie Mädchen. Im Vergleich der beiden Erhebungszeiträume ergaben sich zudem signifikant niedrigere Diagnoseprävalenzen zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 bei den 3- bis 5-Jährigen und den 6- bis 8-Jährigen.

Eine gleichzeitige Betrachtung der alters- und geschlechtsbezogenen Unterschiede ist aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht aussagekräftig. Kinder und Jugendliche, die in sozial benachteiligten Familien aufwachsen, sind signifikant häufiger von ADHS betroffen als Gleichaltrige aus sozial bessergestellten Familien (siehe Abbildung 11). Bereits in der KiGGS-Basiserhebung und in KiGGS Welle 1 hatten sich deutliche Unterschiede in der Verbreitung von ADHS zuungunsten von Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien gezeigt [3].

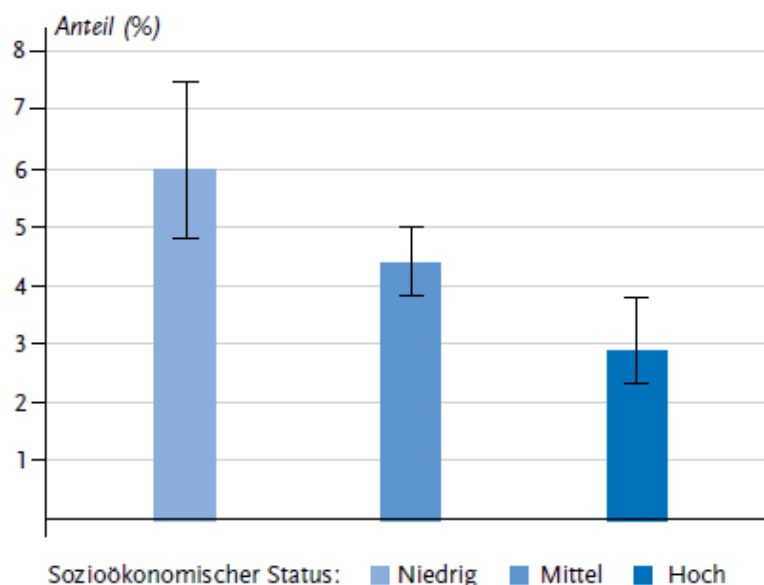


Abbildung 11: Prävalenz einer ADHS-Diagnose* bei 3- bis 17-Jährigen nach sozioökonomischem Status (n = 6.671 Mädchen, n = 6.599 Jungen)

4.6 Tabak- und Alkoholkonsum

Im Rahmen der Basiserhebung und der 2. Welle der KiGGS Erhebung wurde das Rauchverhalten der 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen über die Selbstangaben der Befragten in einem schriftlich auszufüllenden Fragebogen erfasst. Die Erhebung zur KiGGS Welle 1 erfolgte als reine Telefonbefragung. Über alle drei Erhebungszeitpunkte wurden Kinder und Jugendliche mit jeglichem Tabakkonsum, auch jene mit gelegentlichem Tabakkonsum, als aktuelle Raucherinnen oder Raucher definiert [21]. Um den riskanten Alkoholkonsum und regelmäßiges Rauschtrinken zu erfassen kam das Erhebungsinstrument AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption) zum Einsatz. Dieser Fragebogen wurde ursprünglich als Screeningsinstrument für Erwachsene konzipiert. Die Definition der Schwellenwerte für riskanten Alkoholkonsum erfolgt entsprechend den Schwellenwerten für Erwachsene.

4.6.1 Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen

Insgesamt konnten Angaben zum Rauchverhalten von 5.747 Heranwachsenden (2.996 Mädchen, 2.751 Jungen) im Alter von 11 bis 17 Jahren für die Analysen im Rahmen der Querschnitterhebung KiGGS Welle 2 verwendet werden.

Ein Großteil der 11- bis 17-Jährigen raucht nicht. Etwa 7,2 % der Befragten raucht gelegentlich, wobei von ihnen fast die Hälfte täglich raucht. Dies sind 3,7 % der Befragten (siehe Tabelle 12). Zwischen Mädchen und Jungen zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede im Rauchverhalten. Die durchschnittliche Anzahl gerauchter Zigaretten liegt für Mädchen bei 6,2 Zigaretten pro Tag und für Jungen bei 6,1 [20].

Tabelle 12: Rauchen und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen nach Geschlecht und Alter (n = 3423 Mädchen, n = 3176 Jungen) [20]

	11–13 Jahre		14–17 Jahre		Gesamt	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Mädchen						
Rauchen, aktuell	0,6	(0,2–1,6)	11,9	(9,9–14,2)	7,4	(6,2–8,9)
Rauchen, regelmäßig	0,2	(0,1–0,5)	8,9	(7,2–10,8)	5,4	(4,4–6,6)
Rauchen, täglich	0,1	(0,0–0,4)	5,9	(4,6–7,6)	3,6	(2,8–4,7)
Durchschnittliche Anzahl gerauchter Zigaretten ^a					6,3	(5,1–7,2)
Alkoholkonsum, jemals	14,9	(12,7–17,5)	76,7	(73,6–79,4)	51,7	(49,5–54,0)
Alkoholkonsum, Risikokonsum	0,1	(0,0–0,5)	22,7	(20,1–25,6)	13,5	(12,0–15,2)
Alkoholkonsum, regelmäßiges Rauschtrinken	0,1	(0,0–0,5)	9,2	(7,5–11,3)	5,6	(4,6–6,8)
Jungen						
Rauchen, aktuell	0,9	(0,3–2,8)	11,1	(9,4–13,0)	7,0	(5,9–8,2)
Rauchen, regelmäßig	0,6	(0,1–3,0)	9,3	(7,7–11,2)	5,8	(4,8–7,0)
Rauchen, täglich	0,5	(0,1–3,4)	6,1	(4,7–8,0)	3,9	(3,0–5,0)
Durchschnittliche Anzahl gerauchter Zigaretten ^a					6,1	(5,0–7,2)
Alkoholkonsum, jemals	16,5	(14,0–19,3)	73,4	(69,8–76,8)	50,2	(47,7–52,8)
Alkoholkonsum, Risikokonsum	0,0		18,3	(15,7–21,3)	10,8	(9,2–12,6)
Alkoholkonsum, regelmäßiges Rauschtrinken	0,0		14,2	(12,1–16,5)	8,4	(7,1–9,8)
Gesamt						
Rauchen, aktuell	0,7	(0,3–1,6)	11,5	(10,1–13,1)	7,2	(6,3–8,2)
Rauchen, regelmäßig	0,4	(0,1–1,4)	9,1	(7,8–10,5)	5,6	(4,8–6,5)
Rauchen, täglich	0,3	(0,1–1,5)	6,0	(5,0–7,2)	3,7	(3,1–4,5)
Durchschnittliche Anzahl gerauchter Zigaretten ^a					6,2	(5,4–7,0)
Alkoholkonsum, jemals	15,7	(13,9–17,7)	75,0	(72,6–77,3)	51,0	(49,1–52,8)
Alkoholkonsum, Risikokonsum	0,1	(0,0–0,2)	20,5	(18,6–22,6)	12,1	(11,0–13,4)
Alkoholkonsum, regelmäßiges Rauschtrinken	0,1	(0,0–0,2)	11,7	(10,4–13,2)	7,0	(6,2–7,9)

KI = Konfidenzintervall

* Fallzahlen für alle Teilnehmenden der Altersgruppe 11 bis 17 Jahre ohne fehlende Werte für die einzelnen Indikatoren zum Substanzkonsum

^a Für mindestens wöchentlich Rauchende; aufgrund geringer Fallzahlen werden nur zusammengefasste Werte für die Altersgruppe 11 bis 17 Jahre dargestellt

In der Altersgruppe von 11 bis 13 Jahren rauchen 0,6 % der Mädchen und 0,9 % der Jungen täglich oder gelegentlich, und 0,1 % der Mädchen und 0,5 % der Jungen rauchen täglich. In der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen ist ein deutlicher Anstieg des aktuellen Rauchens bei beiden Geschlechtern in dieser Altersgruppe festzustellen: 11,9 % der Mädchen und 11,1 % der Jungen rauchen täglich oder gelegentlich. Täglich rauchen 5,9 % der Mädchen und 6,1 % der Jungen (siehe Tabelle 12) [20,21].

Bei Betrachtung der einzelnen Altersstufen, fällt auf, dass bei Mädchen im Alter von 13 auf 14 Jahre eine deutliche Erhöhung des Anteils aktueller Raucherinnen zu sehen ist. Bei Jungen ist ein drastischer Anstieg an aktuellen Rauchern im Alter von 14 auf 15 Jahren erkennbar (siehe Abbildung 12 [20]).

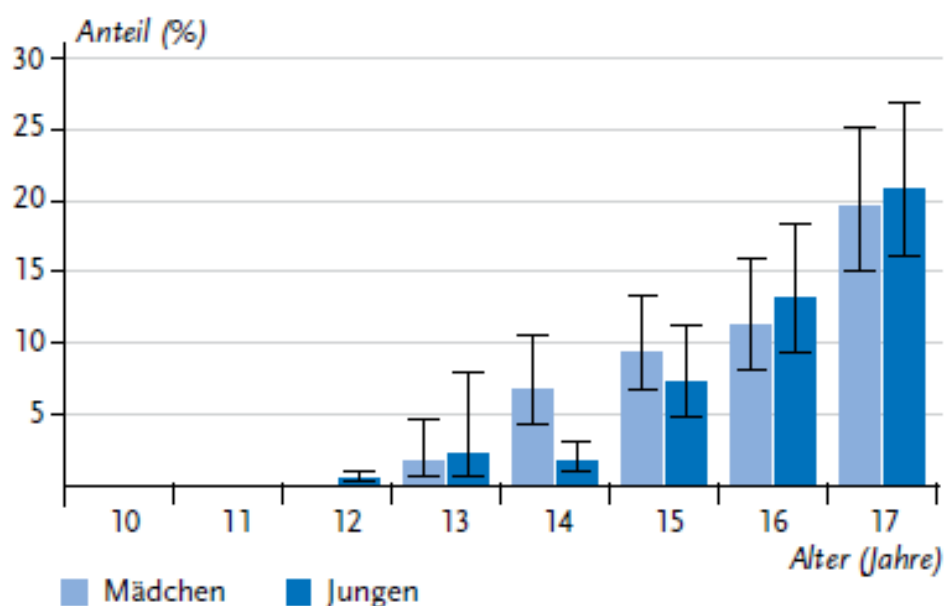


Abbildung 12: Anteil der 11- bis 17-Jährigen, die aktuell rauchen, nach Geschlecht und Alter ($n = 2.996$ Mädchen, $n = 2.751$ Jungen) [20].

Zum Einstiegsalter bzgl. des Rauchens wurden 17-jährige Raucher und Raucherinnen ($n = 347$) im Rahmen des Querschnittsurveys befragt. Im Durchschnitt lag das Alter, in dem mit dem Tabakkonsum begonnen wurde bei 15,3 Jahren, wobei Mädchen tendenziell früher mit dem Rauchen angefangen haben. Bis zum 13. Lebensjahr haben weniger als 20 % der Befragten mit dem Rauchen begonnen (siehe Abbildung 13) [20].

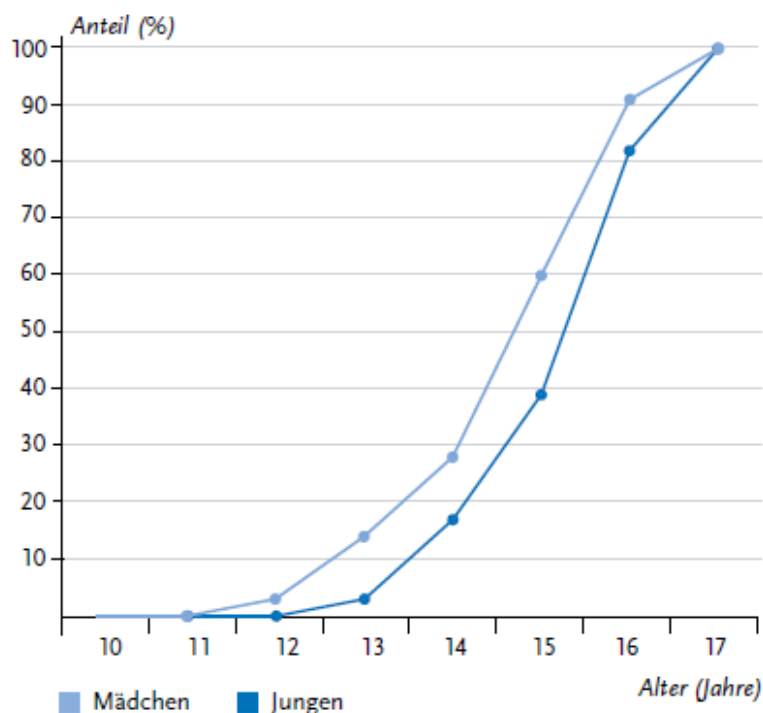


Abbildung 13: Alter bei Rauchbeginn der rauchenden 17-Jährigen, nach Geschlecht, kumulierte Häufigkeiten in Prozent ($n = 191$ Mädchen, $n = 156$ Jungen) [20].

4.6.2 Entwicklung des Rauchverhaltens beim Übergang vom Jugend- ins junge Erwachsenenalter

Im Rahmen der Längsschnitterhebung zur KiGGS Welle 1 konnten 2.159 junge Erwachsene (1.159 weiblich, 1.000 männlich) der KiGGS Kohorte, nunmehr im Alter von 19 bis 24 Jahren, bzgl. des Rauchens befragt werden. Es wurden Übergangswahrscheinlichkeiten für den Wechsel vom Rauchen zum Nichtrauchen bzw. vom Nichtrauchen zum Rauchen von der Basiserhebung zur KiGGS Well1 berechnet [8].

Der Anteil rauchender Personen steigt in der Analytestichprobe (KiGGS Kohorte) von 32 % auf 43 % an, wobei 85 % der rauchenden und 78 % der nichtrauchenden Jugendlichen diese Verhaltensweise beibehalten. 15 % der rauchenden Jugendlichen haben das Rauchen aufgegeben. Demgegenüber haben 22 % der ehemals nicht rauchenden Jugendlichen mit dem Rauchen begonnen (siehe Abbildung 14) [8]. Beim Übergang ins Erwachsenenalter steigt der Anteil rauchender Personen bei jungen Männern stärker an als bei Frauen: mehr weibliche als männliche Jugendliche hatten mit dem Rauchen aufgehört (19 % weiblich, 9 % männlich) und mehr männliche als weibliche Jugendliche hatten mit dem Rauchen begonnen (20 % weiblich, 24 % männlich).

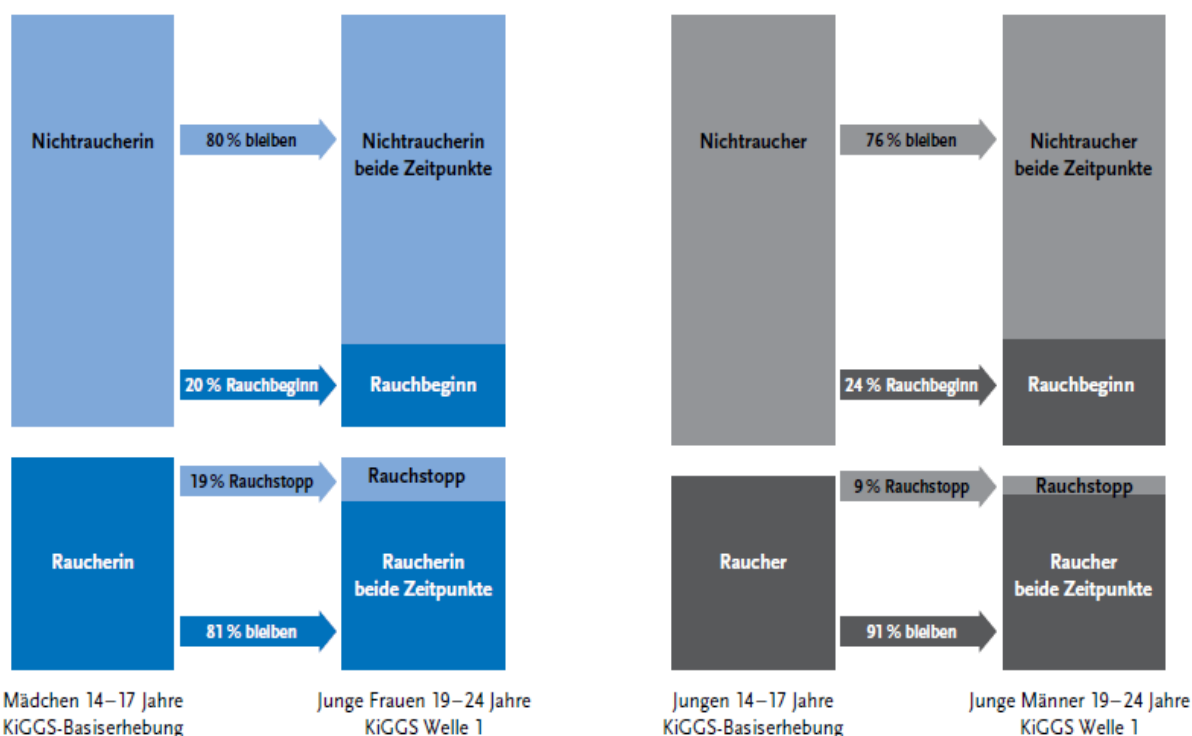


Abbildung 14: Entwicklung im Rauchverhalten beim Übergang vom Jugend- ins junge Erwachsenenalter ($n = 1.159$ weiblich, $n = 1.000$ männlich) [8]

Die Ergebnisse des Längsschnittsurveys zeigen, dass das Rauchverhalten beim Übergang vom Jugend- ins junge Erwachsenenalter relativ stabil bleibt [8]. Ein Großteil der nichtrauchenden Jugendlichen fängt nicht mit dem Rauchen an, allerdings hört auch nur ein geringer Anteil der rauchenden Jugendlichen beim Übergang ins Erwachsenenalter mit dem Rauchen auf.

4.6.3 Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland

Im Zeitverlauf über die verschiedenen KiGGS Erhebungen zeigt sich, dass der Anteil der 11- bis 17- Jährigen, die Tabak konsumieren, deutlich zurückgegangen ist. Im Rahmen der KiGGS Basiserhebung rauchten 21,4 % der 11- bis 17-Jährigen. Dieser Anteil sank auf 12,4 % in der KiGGS Welle 1 und auf 7,2 % in der KiGGS Welle 2 (siehe Tabelle 13). Parallel dazu sank auch der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die täglich rauchen von 14,2 % (KiGGS Basiserhebung) über 5,7 % (KiGGS Welle 1) auf 3,7 % (KiGGS Welle 2) [20].

Die durchschnittliche Anzahl gerauchter Zigaretten nahm über die verschiedenen Erhebungszeiträume von 8,8 Zigaretten pro Tag (KiGGS Basiserhebung) auf 6,2 Zigaretten pro Tag zur KiGGS Welle 2 ab. Demgegenüber steigt das durchschnittliche Einstiegsalter, das 17-jähriger Raucher und Raucherinnen angaben, von 14,1 Jahren (KiGGS Basiserhebung) auf 15,3 Jahren (KiGGS Welle 2).

Tabelle 13: Trends im Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen nach Geschlecht [20]

	KiGGS-Basiserhebung		KiGGS Welle 1		KiGGS Welle 2		p-Wert
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	
Mädchen							
Rauchen, aktuell	21,6	(19,9–23,3)	12,2	(10,5–14,2)	7,4	(6,2–8,9)	<0,001
Rauchen, täglich	13,8	(12,3–15,4)	5,5	(4,3–7,0)	3,6	(2,8–4,7)	<0,001
Durchschnittliche Anzahl gerauchter Zigaretten ^a	8,1	(7,4–8,8)	6,4	(5,1–7,7)	6,3	(5,1–7,2)	0,001
Durchschnittliches Einstiegsalter 17-jähriger Raucher/innen	14,2	(13,9–14,4)	15,0	(14,6–15,4)	15,0	(14,7–15,4)	<0,001
Alkoholkonsum, jemals	63,5	(61,6–65,5)	55,9	(53,2–58,5)	51,7	(49,5–54,0)	<0,001
Alkoholkonsum, Risikokonsum			17,1	(15,0–19,4)	13,5	(12,0–15,2)	<0,01
Alkoholkonsum, regelmäßiges Rauschtrinken			10,2	(8,6–12,1)	5,6	(4,6–6,8)	<0,001
Jungen							
Rauchen, aktuell	21,2	(19,5–23,0)	12,6	(10,9–14,5)	7,0	(5,9–8,2)	<0,001
Rauchen, täglich	14,5	(13,0–16,2)	5,8	(4,6–7,2)	3,9	(3,0–5,0)	<0,001
Durchschnittliche Anzahl gerauchter Zigaretten ^a	9,4	(8,8–10,1)	6,9	(5,8–7,9)	6,1	(5,0–7,2)	<0,001
Durchschnittliches Einstiegsalter 17-jähriger Raucher/innen	14,1	(13,8–14,5)	15,1	(14,7–15,6)	15,6	(15,3–15,9)	<0,001
Alkoholkonsum, jemals	64,3	(62,2–66,3)	55,3	(52,5–58,1)	50,2	(47,7–52,8)	<0,001
Alkoholkonsum, Risikokonsum			15,8	(13,8–18,1)	10,8	(9,2–12,6)	<0,001
Alkoholkonsum, regelmäßiges Rauschtrinken			13,8	(11,9–15,9)	8,4	(7,1–9,8)	<0,001
Gesamt							
Rauchen, aktuell	21,4	(20,1–22,7)	12,4	(11,2–13,8)	7,2	(6,3–8,2)	<0,001
Rauchen, täglich	14,2	(13,0–15,4)	5,7	(4,9–6,6)	3,7	(3,1–4,5)	<0,001
Durchschnittliche Anzahl gerauchter Zigaretten ^a	8,8	(8,3–9,3)	6,7	(5,8–7,5)	6,2	(5,4–7,0)	<0,001
Durchschnittliches Einstiegsalter 17-jähriger Raucher/innen	14,1	(13,9–14,4)	15,1	(14,8–15,4)	15,3	(15,1–15,6)	<0,001
Alkoholkonsum, jemals	63,9	(62,2–65,6)	55,6	(53,5–57,7)	51,0	(49,1–52,8)	<0,001
Alkoholkonsum, Risikokonsum			16,5	(14,8–18,3)	12,1	(11,0–13,4)	<0,001
Alkoholkonsum, regelmäßiges Rauschtrinken			12,0	(10,6–13,6)	7,0	(6,2–7,9)	<0,001

KI = Konfidenzintervall

* Fallzahlen für alle Teilnehmenden der Altersgruppe 11 bis 17 Jahre ohne fehlende Werte für die einzelnen Indikatoren zum Substanzkonsum

* Für mindestens wöchentlich Rauchende; aufgrund geringer Fallzahlen werden nur zusammengefasste Werte für die Altersgruppe 11 bis 17 Jahre dargestellt

Anzahl der Befragten: KiGGS Basiserhebung: n = 3.320 Mädchen, n = 3.492 Jungen; KiGGS Welle 1: n = 2.575 Mädchen, n = 2.683 Jungen; KiGGS Welle 2: n = 3.423 Mädchen, n = 3.176 Jungen.

Die Querschnitterhebung zeigt, dass Kinder und Jugendliche mit hohem sozioökonomischen Status seltener rauchen als Gleichaltrige aus der niedrigen oder mittleren Statusgruppe. Das Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen steht mit dem Rauchverhalten ihrer Freundinnen und Freunde in Zusammenhang. Im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne rauchende Freundinnen oder Freunde haben Mädchen eine um den Faktor 21,04 (95 % KI: 10,88-40,48) höhere statistische Chance und Jungen eine um den Faktor 18,41 (95 % KI: 6,73-50,38) höhere Chance ebenfalls zu rauchen.

Rauchen der Eltern verdoppelt die Chance der Kinder und Jugendlichen zu rauchen: das Odds Ratio für Mädchen liegt bei 2,05 (95 % KI: 1,41-2,99) und für Jungen bei 2,21 (95 % KI: 1,39-3,52). Auch die Schulform (Haupt-/Real-/Gesamtschule versus Gymnasium/Fachoberschule) wirkt sich auf das Rauchverhalten aus: Schüler und Schülerinnen von Haupt-/Real-/Gesamtschulen haben eine doppelt so große Chance zu rauchen wie Kinder und Jugendliche, die ein Gymnasium/ eine Fachoberschule besuchen: Mädchen OR = 2,00 (95 % KI: 1,37-2,91), Jungen OR = 1,84 (95 % KI: 1,14-2,99) [20].

Im Zeitverlauf über die verschiedenen KiGGS Erhebungen zeigt sich, dass der Anteil der 11- bis 17- Jährigen, die jemals Alkohol getrunken haben, zurückgegangen ist. Im Rahmen der KiGGS Basiserhebung gaben 63,9 % der Kinder und Jugendlichen (Mädchen 63,5 %, Jungen 64,3 %) an jemals Alkohol konsumiert zu haben. In der KiGGS Welle 1 waren dies 55,6 % der Befragten (Mädchen 55,9 %, Jungen 55,3 %) (siehe Tabelle 13) [20].

In der KiGGS Welle 2 gab etwa die Hälfte (51,0 %) der 11- bis 17- Jährigen (Mädchen 51,7 %, Jungen 50,2 %) an jemals Alkohol getrunken zu haben. Bei 12,1 % der Befragten ist ein riskanter Alkoholkonsum festzustellen und 7,0 % der Befragten berichten über regelmäßiges Rauschtrinken.

Der Anteil der Mädchen und Jungen, die bereits Alkohol getrunken haben, steigt mit dem Lebensalter an. Er beträgt 3,7 % (95 % KI: 2,1-6,3) bei 11-jährigen Mädchen und 6,3 % (95 % KI: 4,3-9,3) bei 11-jährigen Jungen. Im Alter von 17 Jahren haben 87,3 % (95 % KI: 80,5-92,0) der Mädchen und 88,5 % (95 % KI: 82,2-92,7) der Jungen bereits Alkohol getrunken.

Ein monatliches Rauschtrinken (mindestens monatlicher Konsum von sechs oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit) berichten 7,0 % der 11- bis 17-Jährigen (Mädchen 5,6 %, Jungen 8,4 %). In der Altersgruppe der 11- bis 13-Jährigen waren dies 0,1 % und in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen waren dies 11,7 % (siehe Tabelle 12). Einen riskanten Alkoholkonsum nannten 12,1 % der Kinder und Jugendlichen (Mädchen 13,5 %, Jungen 10,8 %), wobei dies in der Altersgruppe der 11- bis 13-Jährigen von 0,1 % der Befragten und in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen von 20,5 % der Befragten angegeben wurde [20].

Während in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen die Prävalenz für einen riskanten Alkoholkonsum bei Mädchen höher ist als für Jungen (Mädchen 22,7 %, Jungen 18,3 %), zeigt sich beim regelmäßigen Rauschtrinken ein umgekehrtes Verhältnis zwischen den Geschlechtern (Mädchen 9,2 %, Jungen 14,2 %) (siehe Tabelle 12) [20].

4.7 Unfallverletzungen bei Kindern und Jugendlichen

Die Analysen basieren auf Daten von 14.192 Heranwachsenden (7.111 Mädchen, 7.081 Jungen) im Alter von 1 bis 17 Jahren mit gültigen Angaben zu ärztlich behandelten Verletzungen. Für die Abbildung des sozioökonomischen Status der Familien wurde haushaltsbasiert ein Index aus Bildung, Beruf und Einkommen der Eltern gebildet. Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur hinsichtlich Alter in Jahren, Geschlecht, Bundesland, deutscher Staatsangehörigkeit sowie Bildungsverteilung der Eltern (Mikrozensus 2013) korrigiert [13].

In den letzten zwölf Monaten wurden 17,4 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 1 bis 17 Jahren aufgrund einer Unfallverletzung ärztlich behandelt (siehe Tabelle 14). Der Anteil der Jungen ist dabei mit 19,4 % größer als der der Mädchen mit 15,2 %. Der Unterschied ist statistisch signifikant. Mit steigendem Alter nimmt die Verletzungshäufigkeit tendenziell zu. Nur zwischen der Gruppe der 3- bis 6-Jährigen und den Kindern und Jugendlichen ab 11 Jahren zeigt sich allerdings eine statistisch signifikante Differenz (siehe Tabelle 14). Unterschiede in der Verletzungshäufigkeit in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status der Familien sind ebenfalls gering.

Der Vergleich der aktuellen KiGGS-Daten mit denen der KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006) und KiGGS Welle 1 (2009 – 2012) zeigt, dass die Unfallprävalenz sowie Alters- und Geschlechtsverteilungen in den letzten Jahren weitgehend unverändert geblieben sind (Daten nicht gezeigt). Der Befund, dass Jungen häufiger von Unfallverletzungen betroffen sind als Mädchen, findet sich in allen drei KiGGS-Wellen, ebenso wie in den amtlichen Statistiken zu Todesursachen, Krankenhausdiagnosen und Straßenverkehrsunfällen [13].

Tabelle 14: Prävalenz von ärztlich behandelten Unfallverletzungen in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status (n = 7.111 Mädchen, n = 7.081 Jungen)

KiGGS Welle 2		
	%	(95 %-KI)
Mädchen	15,2	(14,2 – 16,4)
Altersgruppe		
1–2 Jahre	12,7	(9,2 – 17,3)
3–6 Jahre	12,6	(10,5 – 14,9)
7–10 Jahre	14,0	(12,1 – 16,1)
11–13 Jahre	18,4	(15,8 – 21,4)
14–17 Jahre	17,7	(15,5 – 20,1)
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	14,2	(11,2 – 17,9)
Mittel	15,1	(13,9 – 16,5)
Hoch	16,4	(14,4 – 18,5)
Jungen	19,4	(18,2 – 20,6)
Altersgruppe		
1–2 Jahre	17,6	(13,4 – 22,6)
3–6 Jahre	15,4	(13,2 – 17,9)
7–10 Jahre	18,6	(16,5 – 21,0)
11–13 Jahre	23,1	(20,3 – 26,2)
14–17 Jahre	21,9	(19,4 – 24,7)
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	16,1	(13,3 – 19,4)
Mittel	20,1	(18,6 – 21,7)
Hoch	21,2	(18,9 – 23,7)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	17,4	(16,5 – 18,2)

KI – Konfidenzintervall

4.8 Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen

Den Daten aus KiGGS Welle 2 zufolge entspricht bei 77,7 % der 0- bis 17-Jährigen (7.115 Mädchen, 7.006 Jungen) die Zahnputzhäufigkeit den Empfehlungen (0- bis 1-Jährige mindestens einmal täglich und 2- bis 17-Jährige mindestens zweimal täglich die Zähne mit einer geeigneten fluoridhaltigen Zahnpasta putzen) [5]. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass sich 22,3 % der Kinder und Jugendlichen zu selten die Zähne putzen (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: Anteil der 0- bis 17-Jährigen mit einer nicht den Empfehlungen entsprechenden Zahnputzhäufigkeit nach Geschlecht, Alter, sozioökonomischem Status, Migrationshintergrund, Gemeindegröße und Wohnregion (n = 7.115 Mädchen, n = 7.006 Jungen)

	%	(95%-KI)	OR	(95%-KI)	p-Wert
Gesamt	22,3	(21,2 – 23,4)			
Geschlecht					
Mädchen	19,0	(17,5 – 20,5)	Ref.		
Jungen	25,5	(24,0 – 27,0)	1,50	(1,31 – 1,69)	<0,001
Altersgruppe					
0–1 Jahr	16,2	(12,9 – 20,2)	Ref.		
2–6 Jahre	21,3	(19,2 – 23,6)	1,44	(1,08 – 1,93)	0,015
7–10 Jahre	20,2	(18,2 – 22,4)	1,33	(0,98 – 1,82)	0,068
11–13 Jahre	23,0	(21,0 – 25,3)	1,67	(1,23 – 2,28)	0,001
14–17 Jahre	26,8	(24,6 – 29,1)	1,87	(1,38 – 2,53)	<0,001
Sozioökonomischer Status					
Niedrig	34,3	(31,4 – 37,4)	2,60	(2,15 – 3,16)	<0,001
Mittel	20,9	(19,6 – 22,4)	1,54	(1,63 – 2,36)	<0,001
Hoch	14,0	(12,5 – 15,7)	Ref.		
Migrationshintergrund					
Ohne	18,7	(17,7 – 19,8)	Ref.		
Einseitig	26,8	(23,7 – 30,2)	1,62	(1,35 – 1,94)	<0,001
Beidseitig	35,0	(31,6 – 38,5)	1,94	(1,61 – 2,32)	<0,001
Gemeindegröße					
Ländlich (<5.000 Einwohner)	22,7	(20,2 – 25,4)	Ref.		
Kleinstädtisch (5.000–<20.000 Einwohner)	21,9	(20,2 – 23,8)	0,92	(0,77 – 1,10)	0,367
Mittelstädtisch (20.000–<100.000 Einwohner)	21,4	(19,0 – 24,1)	0,83	(0,68 – 1,01)	0,061
Großstädtisch (≥100.000 Einwohner)	23,3	(21,2 – 25,4)	0,86	(0,71 – 1,05)	0,086
Wohnregion					
Ostdeutsche Bundesländer	19,2	(17,7 – 20,9)	Ref.		
Westdeutsche Bundesländer (inkl. Berlin)	22,8	(21,5 – 24,1)	1,06	(0,94 – 1,21)	0,470

Zwischen den Erhebungszeitpunkten der KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006) und KiGGS Welle 2 (2014 – 2017) hat sich der Anteil der Kinder und Jugendlichen, der sich nicht den Empfehlungen entsprechend die Zähne putzt, signifikant verringert (siehe Abbildung 15).

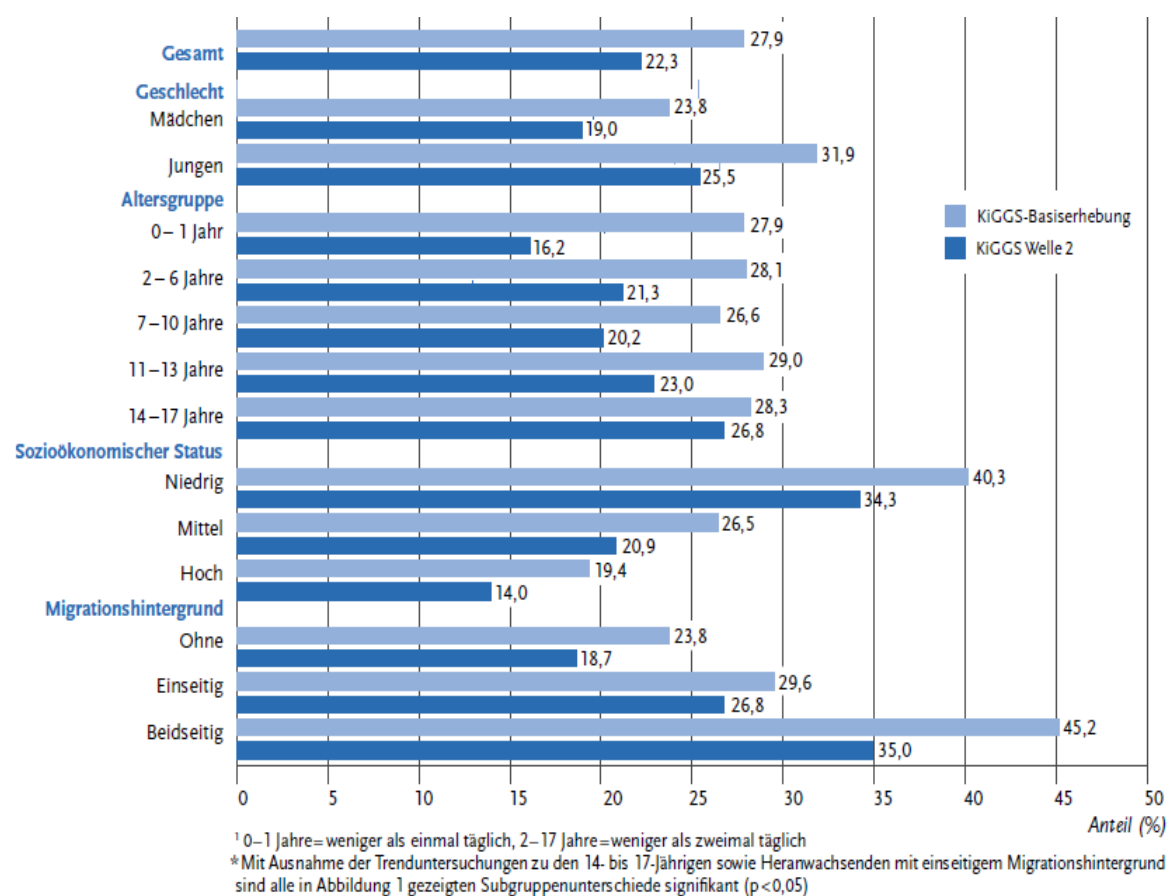


Abbildung 15: Trend einer nicht den Empfehlungen entsprechenden Zahnputzhäufigkeit 1 bei 0- bis 17-Jährigen nach Geschlecht, Alter, sozioökonomischem Status und Migrationshintergrund * (KiGGS-Basiserhebung $n = 8.216$ Mädchen, $n = 8.548$ Jungen; KiGGS Welle 2 $n = 7.115$ Mädchen, $n = 7.006$ Jungen)*

80,3 % der 3- bis 17-Jährigen (6.493 Mädchen, 6.433 Jungen) nehmen die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen den Empfehlungen entsprechend in Anspruch. Das bedeutet, dass bei 19,7 % der Kinder und Jugendlichen die Inanspruchnahme nicht den Empfehlungen entspricht (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Anteil der 3- bis 17-Jährigen mit einer nicht den Empfehlungen entsprechenden Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen 1 nach Geschlecht, Alter, sozioökonomischem Status, Migrations-hintergrund, Gemeindegröße und Wohnregion (n = 6.493 Mädchen, n = 6.433 Jungen)

	%	(95%-KI)	OR	(95%-KI)	p-Wert
Gesamt	19,7	(18,4–21,1)			
Geschlecht					
Mädchen	19,0	(17,5–20,6)	Ref.		
Jungen	20,3	(17,5–20,6)	1,07	(0,97–1,20)	0,184
Altersgruppe					
3–5 Jahre	13,0	(11,3–15,0)	Ref.		
6–10 Jahre	19,7	(17,6–21,9)	1,66	(1,34–2,05)	<0,001
11–13 Jahre	17,2	(15,3–19,3)	1,44	(1,16–1,78)	0,001
14–17 Jahre	26,2	(23,8–28,8)	2,40	(1,99–2,88)	<0,001
Sozioökonomischer Status					
Niedrig	28,3	(24,9–31,9)	1,26	(1,03–1,55)	0,024
Mittel	16,6	(15,2–18,1)	0,75	(0,65–0,87)	<0,001
Hoch	20,7	(19,1–22,5)	Ref.		
Migrationshintergrund					
Ohne	17,4	(16,0–18,8)	Ref.		
Einseitig	21,4	(18,5–24,6)	1,24	(1,01–1,51)	0,035
Beidseitig	29,0	(25,6–32,7)	1,56	(1,28–1,89)	<0,001
Gemeindegröße					
Ländlich (< 5.000 Einwohner)	14,9	(12,7–17,5)	Ref.		
Kleinstädtisch (5.000–<20.000 Einwohner)	17,1	(14,6–20,0)	1,12	(0,86–1,45)	0,413
Mittelstädtisch (20.000–<100.000 Einwohner)	21,0	(18,4–23,5)	1,33	(1,05–1,68)	0,018
Großstädtisch (≥ 100.000 Einwohner)	23,6	(21,4–26,1)	1,46	(1,15–1,85)	0,002
Wohnregion					
Ostdeutsche Bundesländer	13,8	(12,2–15,5)	Ref.		
Westdeutsche Bundesländer (inkl. Berlin)	20,7	(19,2–22,2)	1,32	(1,10–1,57)	0,003

¹ 3–5 Jahre=weniger als einmal im Jahr, 6–17 Jahre=weniger als zweimal im Jahr

KI= Konfidenzintervall, OR= Odds Ratio, Ref.= Referenz, Fettdruck= statistisch signifikant im Vergleich zur Referenzgruppe (p<0,05)

Im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung hat sich auch der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einer nicht den Empfehlungen entsprechenden Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen in KiGGS Welle 2 signifikant verringert (siehe Abbildung 16).

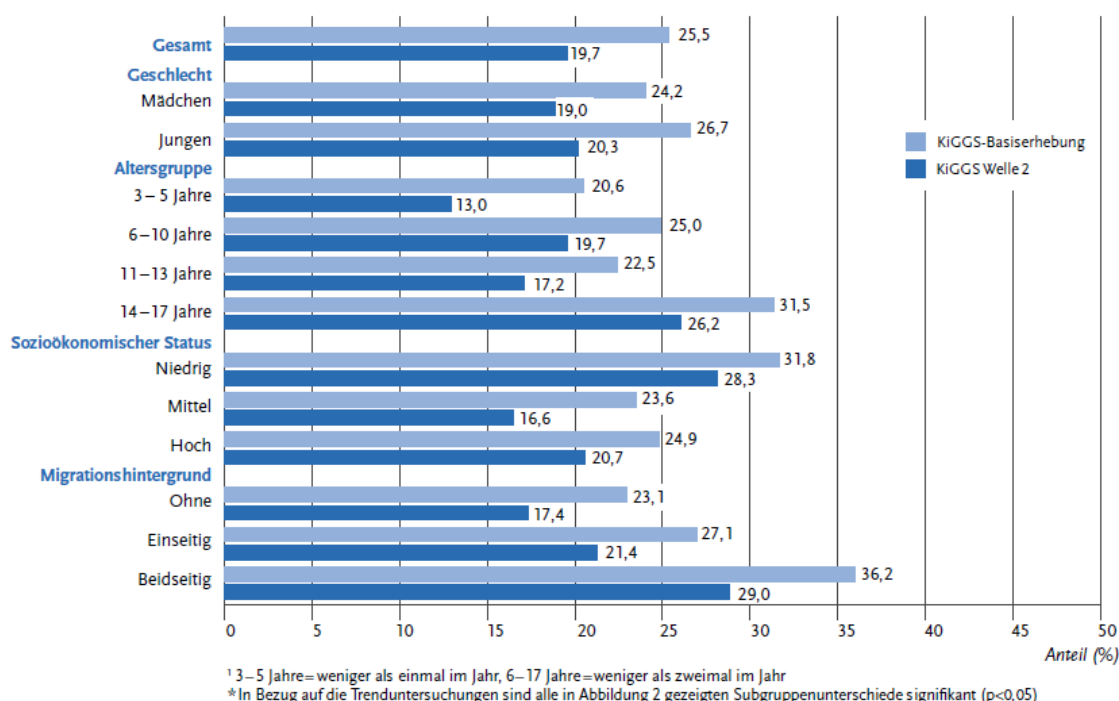


Abbildung 16: Trend einer nicht den Empfehlungen entsprechenden Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen¹ bei 3- bis 17-Jährigen nach Geschlecht, Alter, sozioökonomischem Status und Migrationshintergrund (KiGGS-Basiserhebung $n = 7.005$ Mädchen, $n = 7.273$ Jungen; KiGGS Welle 2 $n = 6.493$ Mädchen, $n = 6.433$ Jungen)*

4.9 Inanspruchnahmeverhalten

4.9.1 Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche

Nach den Ergebnissen von KiGGS Welle 2 haben 72,8 % der Mädchen und 72,7 % der Jungen in den letzten 12 Monaten ambulante kinder- und jugendärztliche Leistungen in Anspruch genommen (siehe Tabelle 17) [17]. In der Altersgruppe der 0- bis 2-Jährigen waren fast alle Kinder (Mädchen 97,1 %, Jungen 96,9 %) in pädiatrischer Behandlung. Der Anteil sinkt mit dem Heranwachsen und liegt bei Jugendlichen von 14 bis 17 Jahren für Mädchen bei 39,7 % und für Jungen bei 38,9 %. Die Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Leistungen in den letzten 12 Monaten lag in KiGGS Welle 2 für Mädchen bei 25,9 % und für Jungen bei 24,6 % (siehe Tabelle 17). Der Anteil steigt dabei mit zunehmendem Alter von 8,5 % der Mädchen und 11,9 % der Jungen bei den 0- bis 2-Jährigen auf 47,4 % der Mädchen und 44,7 % der Jungen bei den 14- bis 17-Jährigen.

Tabelle 17: 12-Monats-Prävalenz der ambulanten Inanspruchnahme von Leistungen bei Fachärztinnen und -ärzten für Pädiatrie und Allgemeinmedizin (einschließlich Praktischen Ärztinnen und Ärzten) durch Kinder und Jugendliche nach Geschlecht, Alter, Gemeindegröße und SES (n = 7.298 Mädchen, n = 7.170 Jungen)

	Fachärztinnen und -ärzte für Pädiatrie				Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärztinnen und Ärzte			
	Mädchen		Jungen		Mädchen		Jungen	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt	72,8	(70,8–74,7)	72,7	(70,9–74,4)	25,9	(23,5–28,5)	24,6	(22,2–27,1)
Altersgruppe								
0–2 Jahre	97,1	(94,3–98,6)	96,9	(94,3–98,4)	8,5	(6,0–11,9)	11,9	(8,6–16,1)
3–6 Jahre	93,4	(91,2–95,2)	91,7	(89,3–93,6)	16,5	(13,5–19,9)	14,9	(12,2–18,1)
7–10 Jahre	79,1	(76,2–81,7)	78,8	(75,8–81,5)	20,9	(17,8–24,4)	20,1	(16,9–23,8)
11–13 Jahre	59,9	(56,0–63,7)	61,7	(57,5–65,7)	31,8	(27,8–36,1)	28,4	(24,8–32,3)
14–17 Jahre	39,7	(36,1–43,5)	38,9	(35,2–42,7)	47,4	(44,0–51,0)	44,7	(41,3–48,2)
Gemeindegröße								
Ländlich (< 5.000 Einwohner)	65,3	(60,3–69,9)	65,7	(60,6–70,5)	44,9	(37,9–52,1)	38,3	(32,2–44,8)
Kleinstädtisch (5.000–< 20.000 Einwohner)	68,8	(64,9–72,5)	68,9	(65,6–71,9)	30,0	(26,6–33,7)	31,0	(26,7–35,7)
Mittelstädtisch (20.000–< 100.000 Einwohner)	74,9	(71,9–77,8)	74,5	(72,0–76,9)	19,6	(16,7–22,8)	19,2	(16,2–22,6)
Großstädtisch (≥ 100.000 Einwohner)	78,8	(75,9–81,4)	78,4	(75,4–81,1)	17,4	(14,9–20,2)	16,3	(13,6–19,5)
Sozioökonomischer Status								
Niedrig	70,3	(65,7–74,6)	70,4	(65,8–74,7)	26,2	(22,6–30,2)	23,3	(19,8–27,3)
Mittel	72,1	(69,8–74,3)	72,0	(69,6–74,2)	27,9	(25,0–31,0)	26,7	(23,9–29,8)
Hoch	77,4	(74,5–80,0)	77,9	(75,5–80,1)	19,4	(16,4–22,8)	18,8	(16,0–21,9)

KI = Konfidenzintervall

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die innerhalb der letzten 12 Monate kinder- und jugendärztliche Leistungen in Anspruch genommen haben, hat im Laufe der letzten zehn Jahre deutlich zugenommen (siehe Abbildung 17). Lagen die Angaben in der KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006) bei 61,4 % der Mädchen und 62,1 % der Jungen, betrugen die Anteile in KiGGS Welle 1 (2009 – 2012) bereits 67,9 % der Mädchen und 69,2 % der Jungen. Mit dem weiteren Anstieg in KiGGS Welle 2 auf 72,8 % der Mädchen und 72,7 % der Jungen ergibt sich für beide Geschlechter ein signifikanter linearer Trend über die drei Erhebungszeitpunkte [17].

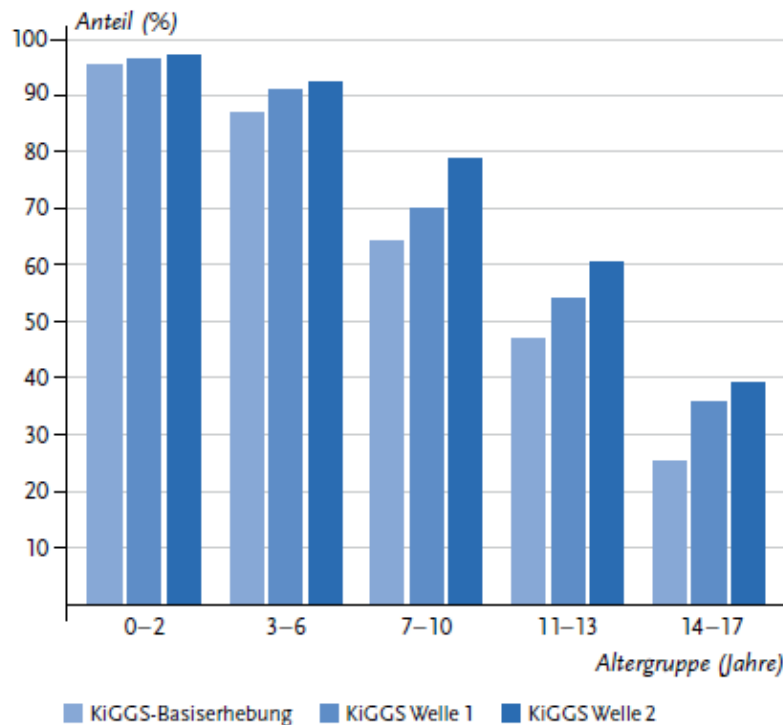


Abbildung 17: 12-Monats-Prävalenz der ambulanten Inanspruchnahme von Leistungen bei Fachärztinnen und -ärzten für Pädiatrie nach Alter im Vergleich der KiGGS-Erhebungswellen (KiGGS-Basiserhebung n = 8.504 Mädchen, n = 8.832 Jungen; KiGGS Welle 1 n = 5.972 Mädchen, n = 6.130 Jungen; KiGGS Welle 2 n = 7.298 Mädchen, n = 7.170 Jungen)

Im Laufe der letzten zehn Jahre ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die innerhalb der letzten 12 Monate allgemeinmedizinische Leistungen in Anspruch genommen haben, signifikant zurückgegangen (siehe Abbildung 18). In der KiGGS-Basiserhebung lag der Anteil bei 35,4 % (Mädchen 35,5 %, Jungen 35,3 %), in KiGGS Welle 1 bei 33,8 % (Mädchen 34,0 %, Jungen 33,6 %) und in KiGGS Welle 2 deutlich niedriger bei 25,2 % (Mädchen 25,9 %, Jungen 24,6 %). Betrachtet man die zeitliche Entwicklung nach Alter, ist dieser Trend bei Mädchen und Jungen ab der Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen signifikant.

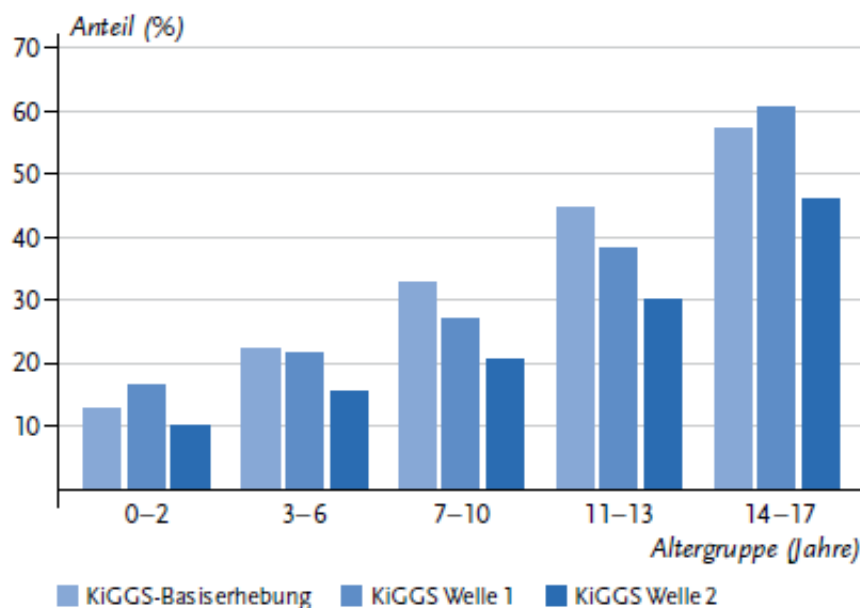


Abbildung 18: 12-Monats-Prävalenz der ambulanten Inanspruchnahme von Leistungen bei Fachärztinnen und -ärzten für Allgemeinmedizin (einschließlich Praktischen Ärztinnen und Ärzten) nach Alter im Vergleich der KiGGS-Erhebungswellen (KiGGS-Basiserhebung $n = 8.505$ Mädchen, $n = 8.832$ Jungen; KiGGS Welle $n = 5.955$ Mädchen, $n = 6.102$ Jungen; KiGGS Welle 2 $n = 7.298$ Mädchen, $n = 7.170$ Jungen)

4.9.2 Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen

Die Analysen basieren auf KiGGS Welle 2-Daten von 13.799 in Deutschland geborenen Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren (6.887 Mädchen, 6.912 Jungen), wobei die Fallzahl je nach betrachteter Untersuchung variiert [16]. Inzwischen nehmen fast alle Kinder an den U-Untersuchungen teil. Bei der U1 und U2, die unmittelbar beziehungsweise einige Tage nach der Geburt stattfinden, beträgt die Teilnahmequote 99,7 % beziehungsweise 99,6 % (siehe Tabelle 18). Im Verlauf der Untersuchungsreihe nimmt die Teilnahme nur geringfügig ab und beträgt auch bei der U8 und U9 noch 98,0 % beziehungsweise 98,1 %. Einzig bei der im Jahr 2008 zusätzlich eingeführten U7a ist die Teilnahme mit 92,6 % geringer. Statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen sind hinsichtlich keiner der U-Untersuchungen festzustellen.

Tabelle 18: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen nach Geschlecht, sozioökonomischem Status und Migrationshintergrund

	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U7a	U8	U9
	% (95 %- KI)	% (95 %- KI)	% (95 %- KI)	% (95 %- KI)	% (95 %- KI)	% (95 %- KI)	% (95 %- KI)	% (95 %- KI)	% (95 %- KI)	% (95 %- KI)
	n=13.799	n=13.776	n=13.756	n=13.659	n=13.396	n=13.060	n=12.571	n=11.481	n=11.348	n=10.166
Gesamt (Jungen und Mädchen)	99,7 (99,4 – 99,8)	99,6 (99,3 – 99,7)	99,5 (99,3 – 99,7)	99,5 (99,2 – 99,6)	99,4 (99,1 – 99,6)	99,3 (99,0 – 99,5)	99,0 (98,8 – 99,2)	92,6 (91,9 – 93,3)	98,0 (97,6 – 98,3)	98,1 (97,6 – 98,4)
Mädchen	99,7 (99,3 – 99,8)	99,6 (99,2 – 99,8)	99,5 (99,1 – 99,7)	99,5 (99,1 – 99,7)	99,4 (99,1 – 99,6)	99,2 (98,7 – 99,4)	98,9 (98,5 – 99,2)	92,6 (91,7 – 93,5)	97,7 (97,1 – 98,2)	98,0 (97,3 – 98,5)
Jungen	99,7 (99,3 – 99,8)	99,6 (99,2 – 99,8)	99,6 (99,3 – 99,8)	99,4 (99,1 – 99,7)	99,4 (99,0 – 99,6)	99,3 (99,0 – 99,6)	99,2 (98,8 – 99,4)	92,7 (91,7 – 93,5)	98,2 (97,7 – 98,7)	98,1 (97,6 – 98,6)
Sozioökonomischer Status										
Niedrig	98,8 (97,6 – 99,4)	98,8 (97,5 – 99,4)	98,6 (97,3 – 99,3)	98,5 (97,2 – 99,2)	98,4 (97,1 – 99,1)	97,8 (96,2 – 98,7)	97,7 (96,3 – 98,6)	91,7 (89,3 – 93,7)	95,8 (93,8 – 97,2)	96,3 (94,3 – 97,6)
Mittel	99,9 (99,7 – 99,9)	99,8 (99,6 – 99,9)	99,8 (99,7 – 99,9)	99,7 (99,4 – 99,9)	99,7 (99,5 – 99,8)	99,6 (99,4 – 99,8)	99,4 (99,2 – 99,5)	92,9 (92,1 – 93,7)	98,5 (98,1 – 98,9)	98,5 (98,1 – 98,8)
Hoch	99,7 (99,4 – 99,9)	99,7 (99,4 – 99,9)	99,7 (99,4 – 99,9)	99,6 (99,3 – 99,8)	99,5 (99,1 – 99,7)	99,4 (99,1 – 99,7)	99,2 (98,6 – 99,5)	92,5 (91,3 – 93,6)	98,3 (97,6 – 98,8)	98,4 (97,7 – 98,9)
Migrationshintergrund										
Ohne	99,9 (99,8 – 99,9)	99,8 (99,7 – 99,9)	99,8 (99,7 – 99,9)	99,8 (99,6 – 99,9)	99,6 (99,4 – 99,8)	99,6 (99,4 – 99,7)	99,3 (99,1 – 99,5)	92,7 (91,8 – 93,4)	98,6 (98,2 – 98,9)	98,5 (98,0 – 98,8)
Einseitig	99,9 (99,9 – 100,00)	99,9 (99,7 – 100,0)	99,8 (99,4 – 99,9)	99,2 (97,9 – 99,7)	99,6 (99,1 – 99,8)	99,5 (98,8 – 99,8)	99,3 (98,6 – 99,7)	93,7 (91,7 – 95,2)	98,0 (96,8 – 98,8)	98,7 (97,8 – 99,2)
Beidseitig	98,1 (96,4 – 99,0)	97,7 (95,8 – 98,8)	97,5 (95,6 – 98,6)	98,0 (96,2 – 99,0)	97,8 (95,9 – 98,8)	97,0 (94,9 – 98,2)	96,9 (95,0 – 98,1)	91,2 (88,5 – 93,2)	94,3 (91,6 – 96,2)	95,2 (92,3 – 97,0)

KI = Konfidenzintervall

Im Vergleich zu den Ergebnissen der KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006) und von KiGGS Welle 1 (2009 – 2012) fällt auf, dass die Teilnahme an den U-Untersuchungen in den letzten zehn Jahren deutlich zugenommen hat. Bei der vollständigen Inanspruchnahme der Untersuchungsreihe ist die Teilnahmequote von 81,6 % in 2003 – 2006 und 82,2 % in 2009 – 2012 auf aktuell 97,2 % gestiegen. Gleichzeitig haben die Unterschiede nach SES und Migrationshintergrund, die nach den Ergebnissen der KiGGS-Basiserhebung und von KiGGS Welle 1 noch sehr stark ausgeprägt waren, deutlich abgenommen.

5 Zusammenfassung

- **Allgemeiner Gesundheitszustand:** 95,7 % der Eltern schätzen den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer 3- bis 17-jährigen Kinder als gut (38,6 %) oder sehr gut (57,1 %) ein. Der allgemeine Gesundheitszustand von 14- bis 17-jährigen Mädchen wird im Vergleich zu Jungen von den Eltern deutlich seltener als sehr gut eingeschätzt (45,3 % versus 52,4 %).
- **Allergien:** Die 12-Monats-Prävalenzen für 0- bis 17-Jährige für die Erkrankungen Heuschnupfen (8,8 %), Neurodermitis (7,0 %) und Asthma bronchiale (3,5 %) zeigen im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung keine wesentlichen Veränderungen und weisen somit auf eine Stabilisierung der Erkrankungshäufigkeiten auf hohem Niveau hin. Aktuell leidet noch mehr als jedes sechste Kind (16,1 %) an mindestens einer dieser drei Erkrankungen.

Die 12-Monats-Prävalenz von ärztlich diagnostizierten Heuschnupfen lag in der KiGGS Welle 2 für 3- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche bei 9,9 % und ist im Vergleich zur Basiserhebung nahezu unverändert geblieben.

Die 12-Monats-Prävalenz von ärztlich diagnostiziertem Asthma bronchiale lag bei 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen bei 4,0 % und hat sich im Vergleich zur Basiserhebung nicht wesentlich verändert.

Der Anteil an Kindern und Jugendlichen in der Altersgruppe der 11- bis 17-Jährigen, die nach einem positiven Allergietest eine spezifische Immuntherapie erhielten, hat sich von 24,3 % (Basiserhebung) auf 30,1 % (KiGGS Welle 2) erhöht.

30 % der Mädchen und 39 % der Jungen ab 3 Jahre waren gegen mindestens eines von acht wichtigen Inhalationsallergenen sensibilisiert (positiver SX1-Test). Diese positive SX1-Sensibilisierung blieb in den folgenden 10 Jahren weiter bestehen. Bei 11 % der Mädchen und 6 % der Jungen war die frühere Sensibilisierung zum Erhebungszeitpunkt der KiGGS Welle 2 nicht mehr nachweisbar. Demgegenüber lag die Übergangswahrscheinlichkeit für eine neu aufgetretene Sensibilisierung bei den Kindern und Jugendlichen mit negativem SX1-Test bei 21 % bzw. 29 % (Unterschied statistisch signifikant).

Im Lebensverlauf haben sich viel mehr SX1-Sensibilisierungen entwickelt als zurückgebildet.

- **Impfpräventable Erkrankungen:** Bei den 3- bis 17-Jährigen zeigte sich für die meisten Impfungen eine gute Durchimpfung für Mädchen und Jungen. Im Vergleich zu Gleichaltrigen vor 10 Jahren sind die Impfquoten angestiegen. Das gilt insbesondere für Impfungen, für die in KiGGS Basis noch starke Defizite bestanden, wie z. B. die Hepatitis-B-Impfung und die 2. Masernimpfung in allen Altersgruppen, die Pertussisimpfung (11- bis 17-Jährige) sowie die Auffrischimpfung gegen Tetanus bei den 7- bis 10-Jährigen. Trotz deutlicher Anstiege liegen auch bei den jüngsten Geburtskohorten die Impfquoten zum Ende des 2. Lebensjahres für alle Impfungen noch weit unter 95% (1. Masern: 88,6%; 2. Masern: 64,4%).

42,0 % der Mädchen im Alter von 11 bis 17 Jahren erhielten mindestens eine HPV-Impfung, 31,4 % berichteten über eine vollständige HPV-Immunisierung. Unter den 14- bis 17-Jährigen

gaben 45,3 % eine abgeschlossene HPV-Immunisierung an. Im Vergleich zu den Werten der fünf Jahre zuvor durchgeführten KiGGS Welle 1 haben sich die HPV-Impfquoten damit kaum verändert.

- **Übergewicht und Adipositas:** Die Häufigkeit von Übergewicht (einschließlich Adipositas) beträgt bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren 15,4 % (Mädchen 15,3 %, Jungen 15,6 %), die Adipositasprävalenz liegt in dieser Altersgruppe bei 5,9 % (Mädchen 5,5 %, Jungen 6,3 %).

Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischen Status sind etwas viermal häufiger von Adipositas betroffen, als Gleichaltrige mit einem hohen sozioökonomischen Status.

Die Übergewichts- und Adipositasprävalenzen sind insgesamt und in allen Altersgruppen unverändert und somit auf einem hohen Niveau stabil geblieben.

Etwa 86 % der Kinder im Alter von 2 bis 6 Jahren ohne Übergewicht oder Adipositas hatten auch als Jugendliche kein Übergewicht bzw. keine Adipositas. Von den übergewichtigen Kinder der Analysestichprobe waren 24 % auch als Jugendliche übergewichtig, 29 % entwickelten eine Adipositas und 47 % erreichten Normalgewicht. Von den Kindern mit Adipositas blieben 65 % adipös, 11 % waren als Jugendliche übergewichtig und 24 % erreichten Normalgewicht.

- **Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigung:** Die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland beträgt für den Zeitraum von 2014 bis 2017 insgesamt 16,9 %. Jungen zeigen mit 19,1 % eine signifikant höhere Prävalenz als Mädchen mit 14,5 %. Dies trifft insbesondere für die Altersgruppen von 3 bis 14 Jahren zu. Von den psychisch unauffälligen Kindern und Jugendlichen bei der KiGGS-Basiserhebung waren zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 1 12 % psychisch auffällig. 88 % blieben unauffällig. Von den Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten wies zum zweiten Erhebungszeitraum nur noch jedes zweite die entsprechenden Symptome auf. Eine sensible Phase für das Entstehen von psychischen Auffälligkeiten bei Jungen ist, deskriptiv betrachtet, die Entwicklung vom Vorschulalter (3 bis 5 Jahre) bis zum Ende der Grundschulzeit (9 bis 11 Jahre) und für Mädchen scheint insbesondere der Übergang vom Grundschulalter (9 bis 11 Jahre) bis zum Ende der Jugendzeit (15 bis 17 Jahre) eine solche darzustellen.

Die ADHS-Prävalenz der 3- bis 17-Jährigen liegt bei 4,4 % (2014-2017). Jungen erhalten immer noch mehr als doppelt so häufig eine ADHS-Diagnose wie Mädchen.

- **Tabakkonsum:** Ein Großteil der 11- bis 17-Jährigen raucht nicht. Etwa 7,2 % der Befragten raucht gelegentlich, wobei von ihnen fast die Hälfte täglich raucht. Zwischen Mädchen und Jungen zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede im Rauchverhalten.

Das durchschnittliche Alter, in dem mit dem Tabakkonsum begonnen wird, liegt bei 15,3 Jahren, wobei Mädchen tendenziell früher mit dem Rauchen anfangen.

Das Rauchverhalten beim Übergang vom Jugend- ins junge Erwachsenenalter bleibt relativ stabil.

- **Alkoholkonsum:** Etwa die Hälfte (51,0 %) der 11- bis 17- Jährigen (Mädchen 51,7 %, Jungen 50,2 %) geben an jemals Alkohol getrunken zu haben. Bei 12,1 % der Befragten ist ein riskanter Alkoholkonsum festzustellen und 7,0 % der Befragten berichten über regelmäßiges Rauschtrinken. Während in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen die Prävalenz für einen riskanten Alkoholkonsum bei Mädchen höher ist als für Jungen (Mädchen 22,7 %, Jungen 18,3 %), zeigt sich beim regelmäßigen Rauschtrinken ein umgekehrtes Verhältnis zwischen den Geschlechtern (Mädchen 9,2 %, Jungen 14,2 %).
- **Unfallverletzungen bei Kindern und Jugendlichen:** In den letzten zwölf Monaten wurden 17,4 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 1 bis 17 Jahren aufgrund einer Unfallverletzung ärztlich behandelt. Der Anteil der Jungen ist dabei mit 19,4 % statistisch signifikant größer als der der Mädchen mit 15,2 %. Mit steigendem Alter nimmt die Verletzungshäufigkeit tendenziell zu. Nur zwischen der Gruppe der 3- bis 6-Jährigen und den Kindern und Jugendlichen ab 11 Jahren zeigt sich allerdings eine statistisch signifikante Differenz. Unterschiede in der Verletzungshäufigkeit in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status der Familien sind ebenfalls gering.
- **Mundgesundheitsverhalten:** Rund 80 % der Kinder und Jugendlichen erfüllt die Empfehlungen zur Zahnputzhäufigkeit sowie zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen. Im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006) haben sich die Zahnputzhäufigkeit und die Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen verbessert.
- **Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen:** 72,8 % der Mädchen und 72,7 % der Jungen haben ambulant pädiatrische und 25,9 % der Mädchen und 24,6 % der Jungen allgemeinmedizinische Leistungen in Anspruch genommen. Im Vergleich mit Daten bisheriger KiGGS-Erhebungen zeigt sich im Trend über etwa zehn Jahre, dass die Inanspruchnahme pädiatrischer Leistungen zu- und allgemeinmedizinischer Leistungen abgenommen hat.
- **Inanspruchnahme Früherkennungsuntersuchungen:** Die Teilnahmequoten an den meisten Früherkennungsuntersuchungen lag bei über 95 %. So haben an der U1 und U2 99,7 % beziehungsweise 99,6 % und an der U8 und U9 98,0 % beziehungsweise 98,1 % der Kinder, die bereits das für die Teilnahme empfohlene Alter erreicht haben, teilgenommen. Der Vergleich mit den vorausgegangenen KiGGS-Erhebungen zeigt, dass die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen in den letzten zehn Jahren deutlich zugenommen hat.

6 Referenzen

1. **Baumgarten F, Klipker K, Göbel K, Janitzka S, Hölling H.** Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(1):60-65.
2. **Göbel K, Baumgarten F, Kuntz B, Hölling H, Schlack R.** ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(3):46-53.
3. **Hoffmann R, Lange M, Butschalowsky H, Houben R, Schmich P, Allen J, et al.** Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Teilnehmendengewinnung, Response und Repräsentativität. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(1):82-96.
4. **Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H.** Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(3):37-45.
5. **Krause L, Kuntz B, Schenk L, Knopf H.** Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(4):3-21.
6. **Kurth BM.** Editorial: Neues von und über KiGGS. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(1):3-7.
7. **Lange M, Hoffmann R, Mauz E, Houben R, Gößwald A, Schaffrath Rosario A, et al.** Längsschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Erhebungsdesign und Fallzahlentwicklung der KiGGS-Kohorte. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(1):97-113.
8. **Mauz E, Kuntz B, Zeiher J, Vogelgesang F, Starker A, Lampert T, et al.** Entwicklung des Rauchverhaltens beim Übergang vom Jugend- ins junge Erwachsenenalter – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(1):66-70.
9. **Poethko-Müller C, Buttmann-Schweiger N, Takla A.** Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV) von Mädchen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(4):86-93.
10. **Poethko-Müller C, Kuhnert R, Gillesberg Lassen S, Siedler A.** Durchimpfung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Aktuelle Daten aus KiGGS Welle 2 und Trends aus der KiGGS-Studie. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2019;62(4):410-421.
11. **Poethko-Müller C, Kuntz B, Lampert T, Neuhauser H.** Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(1):8-15.
12. **Poethko-Müller C, Thamm M, Thamm R.** Heuschnupfen und Asthma bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(1):55-59.
13. **Saß AC, Kuhnert R, Gutsche J.** Unfallverletzungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(3):54-59.
14. **Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, Schaffrath Rosario A.** Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(1):16-23.

15. **Schienkiewitz A, Damerow S, Mauz E, Vogelgesang F, Kuhnert R, Schaffrath Rosario A.** Entwicklung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(1):76-80.
16. **Schmidtke C, Kuntz B, Starker A, Lampert T.** Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(4):68-77.
17. **Seeling S, Prütz F, Gutsche J.** Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(4):57-64.
18. **Thamm R, Poethko-Müller C, Hüther A, Thamm M.** Allergische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(3):3-18.
19. **Thamm R, Poethko-Müller C, Thamm M.** Allergische Sensibilisierungen im Lebensverlauf – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(1):71-75.
20. **Zeher J, Lange C, Starker A, Lampert T, Kuntz B.** Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(2):23-44.
21. **Zeher J, Starker A, Kuntz B.** Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(1):40-46.

Fließtext zum Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung
der Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung
(Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie):
Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach
§ 26 SGB V sowie über eine Neufassung der Richtlinie

vom TT. Monat JJJJ

der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ die Neufassung der Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie) in der Fassung vom 26. Juni 1998 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 159 vom 27. August 1998) zuletzt geändert am 21. Juli 2016 (veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 12.10.2016 B4) beschlossen.

- I. Die Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie wird wie folgt gefasst:

“Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie)

A. Allgemeines und Anspruchsberechtigung

§ 1 Grundlagen

(1) Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern, Kinder und Jugendlichen. Darüber hinaus sind individuelle gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen frühzeitig zu erkennen. Über die hierdurch vermittelte gesundheitliche Gefährdung ist die oder der Jugendliche frühzeitig aufzuklären. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V, die sich altersentsprechend an das Kind, die jugendliche Person oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 26 in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie bestimmt das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen des § 26 SGB V entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur

Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

(2) Die Maßnahmen sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen dadurch abwenden, dass aufgefundene Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert und erforderlichenfalls rechtzeitig behandelt werden können.

(3) Ergeben die Früherkennungsuntersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so soll die Ärztin oder der Arzt dafür Sorge tragen, dass diese Fälle soweit erforderlich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und wenn nötig einer Therapie zugeführt werden.

(4) Bei erkennbaren Zeichen einer Vernachlässigung oder Misshandlung hat die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt unter Berücksichtigung des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz in der jeweils geltenden Fassung die notwendigen Schritte einzuleiten.

(5) Untersuchungen nach dieser Richtlinie dürfen, soweit die Richtlinie nicht etwas anderes bestimmt, nur diejenigen Ärztinnen oder Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen.

B. Früherkennungsuntersuchungen

I. Untersuchungszeitraum

§ 2 Allgemeines zu den Untersuchungen und zum Zeitraum

Die Früherkennungsmaßnahme umfasst eine Untersuchung. Die Untersuchung kann nur in dem angegebenen Zeitraum in Anspruch genommen werden:

Untersuchung	Lebensalter
J1	13 und 14 Jahre

II. Untersuchung

§ 3 J1

(1) Folgende Ziele und Schwerpunkte werden in der J1 gesetzt:

- a) Erkennen von somatischen Erkrankungen (insbesondere Verdacht auf familiäre Hypercholesterinämie, Über- und Untergewicht)
- b) Erkennen von psychischen Auffälligkeiten
- c) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten (z.B. Schulprobleme, Verhalten)
- d) Erkennen von und Beratung zu Gesundheitsrisiken (z. B. digitaler Medienkonsum)

e) Überprüfung des Impfstatus und Impfberatung

(2) Die Untersuchung umfasst die Anamnese, die Beurteilung der psychosozialen Entwicklung, die eingehende körperliche Untersuchung, sowie Beratung.

1. Anamnese

a) Aktuelle Anamnese des Kindes, der jugendlichen Person

- Diagnosen und Auffälligkeiten bei der letzten Früherkennungsuntersuchung bei Kindern nach Abschnitt B der Kinder-Richtlinie: weiterer Verlauf seitdem
- Relevante Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen seit der letzten Früherkennungsuntersuchung
- chronische Erkrankungen (z.B. Allergien)
- aktuelle Medikamente (auch nicht verschreibungspflichtige)

b) Familienanamnese

- besondere familiäre Erkrankungen
- Gab es schwere Herz-Kreislauserkrankungen oder plötzliche Todesfälle bei Familienmitgliedern im Alter von <50 Jahren?
- Ist eine familiäre Hypercholesterinämie bekannt?

c) Sozialanamnese

- besondere Belastungen in der Familie

d) ergänzende Anamnese

GKV-SV/DKG/PatV [keine Checkliste]	KBV: [Nutzung einer Checkliste gemäß Anlage 1a]
Beratungsbedarf zu weiteren Themen, z. B.: - Probleme in der Schule, - Essverhalten und Ernährung, - Schlafstörungen, - Veränderungen durch die [GKV/DKG: Pubertät], [PatV: Geschlechtsreife, Adoleszenz] - erste Regelblutung und Sexualekontakte, - Rauchen, Alkohol- oder Drogenkonsum	Identifizierung des Gesprächsbedarfs der Jugendlichen unter Hinzuziehung der Checkliste gemäß Anlage 1a.

GKV-SV/PatV: [kein Fragebogen]	KBV/DKG: [Nutzung eines Fragebogens gemäß Anlage 1b]
Digitale Mediennutzung (Bildschirmzeit) Einschätzung der digitalen Mediennutzung, pro Tag in Stunden z. B.: – schulisch/privat; – Begrenzung der digitalen Medienzeit	Identifizierung des Gesprächsbedarfs der Jugendlichen unter Hinzuziehung eines Fragebogens gemäß Anlage 1b.
Körperliche Aktivität Einschätzung der körperlichen Aktivität pro Woche in Stunden: – Bewegung im Alltag, z.B. Gestaltung des Schulwegs, Freizeitaktivität – intensive körperliche Aktivität, z.B. im Sportverein	

2. Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung

GKV-SV/KBV/DKG/PatV	UPM/Vorsitz UA MB
unter Einbeziehung des Gesundheitsfragebogens KIDSCREEN-10 Index: Kinder- und Jugendlichenversion gemäß Anlage 1	<i>Keine Vorgabe des Erhebungsinstrumentes für die Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung</i>

3. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße

GKV-SV/KBV/DKG/PatV	UPM/Vorsitz UA MB
und Eintragung in das Somatogramm:	<i>Keine Nutzung des Somatogramms</i>

- Körpergewicht
- Körperlänge
- BMI

b) Haut

- Auffällige Blässe
- Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben und Schnittverletzungen)
- Entzündliche Hautveränderungen

c) Thorax, Lunge, Atemwege

- Auskultation (Atemgeräusch/ Atemfrequenz)
- Thoraxkonfiguration

d) Hals

- Struma

e) Herz, Kreislauf

- Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebergeräusche)

- Blutdruckmessung
- f) Abdomen
 - Inspektion/Palpation:
 - Leber- und Milzvergrößerung
 - Hernien
 - Analregion
 - Pathologische Resistenzen
- g) Genitale und Pubertätsentwicklung
 - Untersuchung der äußeren Geschlechtsmerkmale
 - Feststellung der Tannerstadien B, PH, G
 - Stimmbruch
- h) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Formveränderungen (z.B. Skoliose, Beinachsenfehlstellung, Fußdeformitäten)
 - Bewegungseinschränkung der Hüfte
 - Prüfung der aktiven und passiven Beweglichkeit
 - Muskeltonus
 - Muskeleigenreflexe
- i) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen
 - Kieferanomalien
- j) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Strabismus
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
 - Prüfung der Sehschärfe: re/li mit genormten Sehprobentafeln (Kurz- und Weitsichtigkeit)
 - Farbsinnstörung
- k) Laboruntersuchung:
 - Bei Verdacht auf eine familiäre Hypercholesterinämie erfolgt eine Laboruntersuchung des Low-Density-Lipoprotein- (LDL)
- l) Blutdruckmessung

4. Beratung:

Präventionsorientierte ärztliche Beratung, problemorientiert zu folgenden Themen:

GKV-SV	KBV/DKG/PatV
Informationen zu Präventionsangeboten z. B. der Krankenkassen	
Essverhalten und Ernährung (auf ausreichend Jodzufuhr achten)	
Bewegung und Sport	
Digitaler Medienkonsum	
Risikoverhalten und Unfallverhütung (Verkehr, Sport)	

[keine Aufnahme des Themas]	Symptome vom Diabetes Typ I (Gewichtsabnahme, häufiges Wasserlassen, viel trinken)
UV- Schutz	
Lärmschutz	
Sexualität, Infektionsschutz, Schwangerschaftsverhütung	
Umgang mit Suchtmittel (z. B. Alkohol und Nikotin)	
Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins. Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs- Richtlinie des G-BA überprüfen. HPV- Impfung für Jungen und Mädchen [KBV/DKG Position: Meningokokken-Impfung für Kinder ab 12 Jahre]	

C. Qualitätssichernde Maßnahmen, Dokumentation und Evaluation

§ 4 Qualitätssicherung

Bei der Durchführung der Untersuchung müssen die in der Richtlinie vorgegebenen Standards eingehalten werden.

§ 5 Dokumentation

(1) ¹Die Dokumentation der Untersuchung und Ergebnisse der Jugendgesundheitsuntersuchungen nach dem Abschnitt B erfolgt sowohl in der Patientenakte als auch im Untersuchungsheft für Kinder gemäß der Anlage 1 der Kinder-Richtlinie. ²Als Untersuchungsheft für Kinder gelten im Sinne dieser Richtlinie sowohl das Untersuchungsheft für Kinder gemäß Anlage 1 der Kinder-Richtlinie als auch das elektronische Untersuchungsheft für Kinder gemäß den Festlegungen nach § 355 Absatz 1 SGB V. ³Darüber hinaus wird jeweils die Teilnahme an der Untersuchung (J1) auf der separaten Teilnahmekarte des Untersuchungsheftes für Kinder dokumentiert. ⁴Die Dokumentationen nach den Sätzen 1 und 3 erfolgen jeweils gemeinsam entweder im Untersuchungsheft für Kinder gemäß Anlage 1 der Kinder-Richtlinie oder auf Wunsch der Versicherten im elektronischen Untersuchungsheft für Kinder.

(2) Für die Präventionsempfehlung wird eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt. Die Präventionsempfehlung erfolgt auf dem zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Vordruck gemäß den Inhalten nach Anlage 2.

(3) Der zuständige Unterausschuss des G-BA ist berechtigt, Änderungen [KBV: an der Checkliste (Anlage 1a)] und [KBV/DKG: an dem Fragebogen für die Eltern (Anlage 1b)] vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch die jeweilige Anlage nicht in ihrem wesentlichen Inhalt geändert wird. 1. Kapitel § 10 Absatz 1 Satz 2 der Verfahrensordnung gilt entsprechend.

§ 6 Evaluation

(1) Die Untersuchung nach Abschnitt B wird anhand einer repräsentativen Stichprobe hinsichtlich Qualität und Zielerreichung evaluiert. Der G-BA beauftragt spätestens 5 Jahre nach

Inkrafttreten der Neufassung dieser Richtlinie eine unabhängige wissenschaftliche Institution mit der Evaluation. Der G-BA wird in einem gesonderten Beschluss die Kriterien festlegen, nach denen eine unabhängige wissenschaftliche Institution unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen (Abschnitt B) bewertet.

(2) Ergeben sich (z.B. durch begründete Hinweise aus der Versorgung) weitere Evaluationsfragestellungen, ist zu prüfen, ob eine anlassbezogene Evaluation erfolgen soll. Im Falle der Notwendigkeit einer anlassbezogenen Evaluation beauftragt der G-BA dazu eine unabhängige wissenschaftliche Institution. Der G-BA wird in einem gesonderten Beschluss die Kriterien festlegen, nach denen die anlassbezogene Evaluation durchgeführt wird.

Anlage 1 für die GKV-SV/KBV/DKG/PatV-Position

[hier erfolgt voraussichtlich die Einfügung des KIDSCREEN-10 Index Gesundheitsfragebogen für Kinder und Jugendliche, Kinder- und Jugendlichenversion, 8 bis 18 Jahre, für Deutschland zur Bestimmung der Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung in der deutschen Fassung aus der Publikation „The KIDSCREEN Group Europe. (2006). The KIDSCREEN Questionnaires - Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook. Lengerich: Pabst Science Publishers, S.125-127“]

Dissent

GKV-SV/DKG/PatV: *keine Checkliste*

KBV-Position: Anlage 1a Checkliste

- ☐ Aus meiner Sicht bestehen keine Auffälligkeiten. Ich lasse die Vorsorgeuntersuchung im Rahmen der Routineuntersuchung durchführen und haben dabei keine besonderen Anliegen vorzubringen.

☐ Ich würde gerne bei der Früherkennungsuntersuchung intensiver über folgende Punkte sprechen:

 - ☐ Essverhalten und Ernährung
 - ☐ Schmerzen (z.B. Kopf-, Bauch-, Knochenschmerzen)
 - ☐ Selbstschädigendes Verhalten
 - ☐ Nägelkauen
 - ☐ Nervöse Zuckungen (Tics)
 - ☐ Schlafprobleme (z.B. Ein-, Durchschlafen)
 - ☐ Sprachprobleme (inklusive Stottern und Lispeln)
 - ☐ Schulprobleme/
 - ☐ Angst vor der Schule und/oder Fehltage in der Schule (z.B. Mobbing)
 - ☐ Veränderungen durch die Pubertät
 - ☐ erste Regelblutung und Sexualkontakte
 - ☐ Rauchen/Alkohol/Drogen
 - ☐ Hyperaktivität, Aufmerksamkeits-/Konzentrationsprobleme
 - ☐ Einnässen und/oder Einkoten (Tag und/oder Nacht), Verstopfung

Außerdem möchte ich über folgende Themen sprechen:

[2 Zeilen für Notizen]

Dissent**GKV-SV/PatV: *keinen Fragebogen*****KBV/DKG-Position: Anlage 1b Fragebogen**

Digitale Mediennutzung (Bildschirmzeit)
Wie lange werden Medien durchschnittlich pro Tag in Stunden genutzt?
Schulisch:/Std pro Tag
Privat:.../Std pro Tag
Bestehen Begrenzungen der Mediennutzung:
Die Nutzung der Medien allgemein ist begrenzt: ja/nein
Der Zugang zu Gewaltspielen ist ausgeschlossen: ja/nein
Die Nutzung der sozialen Medien ist begrenzt ja/nein
Körperliche Aktivität
Einschätzung der körperlichen Aktivität pro Woche in Stunden (Bewegung im Alltag, z.B. Gestaltung des Schulwegs, Freizeitaktivität, intensive körperliche Aktivität, z.B. im Sportverein)
Alltagsbewegung:.....Std. pro Woche
Schulsport:.....Std.
Intensive sportliche Tätigkeit im privaten Bereich (Sportverein o.ä.): Std. pro Woche

Anlage 2 Angaben des Vordrucks „Präventionsempfehlung“

Der zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarte Vordruck enthält folgende Angaben:

- Krankenkasse bzw. Kostenträger
- Name, Vorname der oder des Versicherten
- geboren am
- Kostenträgerkennung
- Versichertennummer
- Status
- Betriebsstättennummer
- Arztnummer
- Datum

Von der Ärztin oder dem Arzt auszufüllen:

- Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gemäß § 20 Absatz 5 SGB V aus dem Handlungsfeld

Bewegungsgewohnheiten

Ernährung

Stressmanagement

Suchtmittelkonsum

Sonstiges

- Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.
- Hinweis der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes (z. B. Kontraindikation, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)
- Vertragsarztstempel und Unterschrift“



Stellungnahme zur Neufassung der JGU-RL: Dokumentation

**der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V sowie eine Neufassung der
Richtlinie**

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und angeborene Herzfehler	
29.3.2026 Leipold	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Zu J1: Familienanamnese: Gab es schwere Herz- Kreislaufkrankungen oder plötzliche Todesfälle bei Familienmitgliedern im Alter von <50 Jahren?	Die Frage nach familiären Herz-Kreislaufkrankungen war seit Jahrzehnten ein Bestandteil des Dokumentationsbogens der J1. Sie hat bei der Durchführung kaum Beachtung gefunden. In Deutschland sind weniger als 5% der von familiärer Hypercholesterinämie Betroffenen identifiziert, bevor sie ihren ersten Herzinfarkt oder Schlaganfall erleben. Die Strategie über die Familienanamnese Erkrankte zu identifizieren, bevor eine relevante Arteriosklerose eintritt, hat damit klar versagt. Sollen 50% der frühen Herzinfarkte verhindert und die Lebenserwartung der von FH betroffenen um 20-25 Jahre verlängert werden, ist ein universelles FH-Screening mit einer LDL-Cholesterinbestimmung und anschließender Genetik der konsequente diagnostische Schritt. Dies ist auch in der Neufassung der Leitlinie „Fettstoffwechselstörungen im Kindesalter“, die in den nächsten Wochen publiziert werden wird, so beschlossen worden. Die in diesem Monat publizierte amerikanische „2026ACC/AHA/AACVPR/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Dyslipidemia“ empfiehlt nun ebenfalls ein generelles Screening auf FH für alle Kinder zwischen 9 und 11 Jahren. In Kombination mit einem reversen Kaskadenscreening lassen sich die höchsten Detektionsraten erreichen. Damit kann ein wesentlicher Schritt zur Prävention von Herzinfarkt und Schlaganfall geleistet werden. Dies ist umso mehr nötig, da in Deutschland die höchste kardiale Morbidität und Mortalität in Europa besteht.

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie und angeborene Herzfehler DGPK		
Die Anhörung findet voraussichtlich im II. Quartal 2026 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
Wir nehmen nicht teil.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

Screening zur Identifikation der Familiären Hypercholesterinämie im Kindesalter

1. Ziel des Screenings

Die heterozygote Familiäre Hypercholesterinämie (FH) ist die häufigste monogene Stoffwechselerkrankung. Sie wird autosomal-dominant vererbt und ist mit einem stark erhöhten kardiovaskulären Risiko verknüpft. Das Screening zielt auf eine Identifikation der FH im Kindesalter ab, also im asymptomatischen Frühstadium. Gemäß internationaler Leitlinien ist bereits im Kindesalter mit einer Therapie zur Vermeidung kardiovaskulärer Folgeerkrankungen zu beginnen.[1-4]

2. Epidemiologie

Bei einer geschätzten Prävalenz von 1:250 sind in Deutschland mehr als 300.000 Personen betroffen. Bei weniger als 5% dieser Personen ist eine pathogene Mutation identifiziert bzw. die FH diagnostiziert.[5-7] Damit ist die FH in Deutschland stark unterdiagnostiziert und somit auch untertherapiert. Unbehandelt entwickeln 50 % der männlichen Betroffenen vor dem 50. Lebensjahr und 30 % der Frauen vor dem 60. Lebensjahr eine koronare Herzkrankheit (KHK).[8]

3. Status quo: Screening in Deutschland

Derzeit findet *in praxi* kein Screening für die FH statt. Grundsätzlich bestünde die Möglichkeit für die Entdeckung einer FH im Rahmen der J1-Untersuchung, bei welcher die Familien-Anamnese erhoben und eine Laboranalyse vorgenommen werden kann. Allerdings ist die Diagnosestellung einer FH bei der J1 in Deutschland eine Rarität.[9, 10] So fand sich in den 310 Familien, bei denen im Rahmen der VRONI-Studie eine genetisch-bedingte FH festgestellt wurde, die Diagnose nur bei 7 % der Eltern. Bei den Geschwistern (Kindern) wurde die Diagnose in keinem Fall im Vorfeld der VRONI-Studie gestellt. D.h. in den wenigen Familien, in denen im Vorfeld der VRONI-Studie die Diagnose einer FH gestellt wurde, fand *de facto* kein Kaskadenscreening bei Verwandten 1. Grades statt.

Pilotprojekte zur FH-Screening in Deutschland:

- **FRiDOLIN-Studie (2016-2021, Niedersachsen):** Das Screening unter Leitung des Kinder- und Jugendkrankenhauses Hannover AUF DER BULT erreichte 15.009 Kinder und hat die Diagnose FH bei 80 Kindern genetisch gesichert.[11]
- **VRONI-Studie (seit 2021, Bayern und Norddeutschland):** Untersuchung der Machbarkeit eines systematischen FH-Screenings mit genetischer Diagnostik unter Leitung des Deutschen Herzzentrums München.[11] Das interdisziplinäre Netzwerk aus Kinder- und Jugendärzten, Kinderkardiologen und Lipidologen hat >30.000 Kinder gescreent und 310 Kinder mit FH identifiziert.[12] Durch gezielte Aufklärung und Schulung wurde eine stetig wachsende (>75 %) Therapiequote mit Statinen der genetisch-betroffenen Kinder erreicht. Bei einer parallel zur Studie organisierten online-Befragung von 152 Familien befürworteten 98 % ein FH-Screening inklusive genetischer Testung. Ein reverses Kaskadenscreening (Eltern, Geschwister) erfolgt via genetischer online Beratung und genetischer Testung mittels Speichelprobe.

4. Evidenz zur Therapie

Nutzen der frühzeitigen Behandlung:

- Eine niederländische Langzeitstudie mit 20 Jahren Beobachtungsdauer zeigte, dass FH-Kinder unter Statintherapie ab dem 12. Lebensjahr gegenüber ihren unbehandelten Eltern eine signifikante Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse aufwiesen. Keines der therapierten Kinder erlitt ein kardiovaskuläres Ereignis, während in der Elterngeneration 11 Personen vor dem 40. Lebensjahr an einem Herzinfarkt verstarben.[13]
- Die rechtzeitige Diagnose und Behandlung können bei genetisch-bedingter FH die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität auf das Niveau der Allgemeinbevölkerung senken[3, 14][15]
- Statine sind die erste Wahl zur Therapie in Kombination mit einem gesunden Lebensstil.[16]

5. Leitlinienempfehlungen zur FH-Diagnostik

Auf europäischer Ebene wird ein systematisches Programm zur Früherkennung von FH empfohlen, welches auf die präventive Erkennung und Behandlung im Kindesalter abzielt.[17, 18]

“The only way to improve the unacceptably low diagnostic rates of FH in most of the European population is by introducing FH screening in childhood.”[17]

“Early identification of children with FH in Europe by paediatric universal screening affirms the human right to health.”[17]

“The Prague Declaration is a call to action for national and European/international policymakers and decision-makers, building on a considerable body of quality evidence to date.”[18]

The FH European Community calls for[18]

1. Political leadership and commitment to make FH paediatric screening a reality
2. Investment and a policy framework for raising awareness of FH amongst medical practitioners and the public, to build trust and responsiveness
3. Comprehensive early detection, screening, diagnosis and life course care programmes in every country
4. Specific actions to address the barriers to successful large-scale uptake of screening programmes and subsequent treatment
5. Targeted R&D to address knowledge gaps
6. Building the capacity of health professionals and empowering patients on how to best support individuals and families with FH

In diesem Zusammenhang wurde das pädiatrische FH-Screening 2021 vom Best-Practice-Portal der Europäischen Kommission für öffentliche Gesundheit als eine der besten Vorgehensweisen zur Primärprävention anerkannt.[19]

“Familial hypercholesterolaemia (FH) is under-recognized and under-treated in Europe leading to significantly higher risk for premature heart disease in those affected. As treatment beginning early in life is highly effective in preventing heart disease and cost-effective in these patients, screening for FH is crucial. It has therefore now been recognized by the European Commission Public Health Best Practice Portal as an effective strategy.”[19]

Die **European Society of Cardiology (ESC)** und die **European Atherosclerosis Society (EAS)** empfehlen ein systematisches Screening zur präventiven Erkennung und Therapie von FH im Kindesalter.[4]

„Kinder mit einem Risiko für FH sollten frühzeitig auf erhöhte Cholesterinwerte untersucht werden.“

„Ein universelles Screening kann in Betracht gezogen werden, um eine frühzeitige Diagnose und Therapie zu ermöglichen.“

Die **Internationale Atherosclerosis Society (IAS)** plädiert für ein universelles FH-Screening im Rahmen von Routine-Gesundheitsuntersuchungen. Kombinierte Ansätze (universelles Kinderscreening mit anschließendem Kaskadenscreening) identifizieren >90 % der FH-Patienten.[3]

“Universal screening using age-specific and sex-specific criteria for LDL-cholesterol concentration should be considered initially to detect children and adolescents with FH, after which the diagnosis should be formally confirmed and reverse cascade testing offered to parents, as indicated.”[3]

In Deutschland wurde 2015 eine S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Dyslipidämien im Kindesalter durch die **DGKJ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin)** veröffentlicht.[20] Die Empfehlung für ein FH-Screening zur U9 wird bisher nicht umgesetzt.

„Unabhängig von der Familienanamnese sollte bei jedem Kind oder Jugendlichen einmalig eine Cholesterinbestimmung (Gesamtcholesterin, auch postprandial möglich) im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung (vorzugsweise im Vorschulalter bei der U9) angeboten werden, da durch eine allein an der Familienanamnese orientierte Diagnostik die Mehrzahl der Kinder mit ausgeprägter Hypercholesterinämie nicht erkannt wird.“[20]

„Hyperlipidämien sollen bereits im Kindes- und Jugendalter diagnostiziert und behandelt werden, um das Risiko langfristiger Schäden zu reduzieren.“[20]

6. Wissenschaftliche Evidenz zur Therapie bei Kindern

Früher Beginn der Atherosklerose:

- Kinder mit FH haben bereits in der frühen Kindheit erhöhte LDL-Cholesterinwerte.
- Carotis-Intima-Media-Dicke (cIMT)-Messungen (an der Halsarterie) zeigen bereits bei Kindern frühzeitige vaskuläre Veränderungen.[1, 21, 22]

Wirksamkeit von Statinen:

- Die CHARM-Studie (2004) belegte die Wirksamkeit und Sicherheit von Statinen in der Kindertherapie. Sie senken LDL-C-Werte signifikant und verlangsamen die Progression der Atherosklerose.[23]

- Eine randomisierte, placebokontrollierte Studie zeigte eine 25%ige LDL-C-Reduktion sowie eine messbare Verbesserung der cIMT bereits nach 2 Jahren Statintherapie.[21, 24]
- Langzeitstudien bestätigen, dass frühzeitig behandelte Kinder im Erwachsenenalter ein signifikant reduziertes kardiovaskuläres Risiko aufweisen.[25]
- Dabei ist wichtig, dass das wesentliche Therapieziel nicht eine Absenkung des LDL-Cholesterins auf sehr niedrige Werte (wie bei betroffenen Erwachsenen), sondern in den Normalbereich ist.

Internationale Leitlinienempfehlungen:

- **ESC/EAS Leitlinien [4] und NICE (UK) [26]** empfehlen eine Statintherapie ab 8-10 Jahren bei genetisch bestätigter FH. Ziel ist eine frühzeitige LDL-C-Senkung zur Reduktion des Lebenszeitriskos.

Sicherheitsprofile:

- Langzeituntersuchungen belegen eine gute Verträglichkeit von Statinen bei Kindern.[25, 27] Statintherapie ab 8-10 Jahren bei genetisch bestätigter FH.
- Nebenwirkungen sind selten und mild (z. B. Muskelschmerzen).
- Regelmäßige Überwachung der Leber- und CK-Werte wird empfohlen.

Die Evidenz spricht dafür, dass eine medikamentöse Behandlung bei Kindern mit FH nicht nur sicher, sondern auch notwendig ist, um das Risiko für vorzeitige kardiovaskuläre Ereignisse zu reduzieren. Die Therapie sollte frühzeitig beginnen, idealerweise nach genetischer Diagnostik und Risikoabschätzung.

7. Screening: Die Rationale

Eine rationale Grundlage zur Bewertung eines frühkindlichen FH-Screenings bieten auch heute noch die Kriterien von Wilson und Jungner, wie sie von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert wurden.[28, 29]

- (I) FH ist ein wichtiges Gesundheitsproblem; die FH ist die häufigste angeborene Stoffwechselerkrankung, die kardiovaskulären Folgeerkrankungen der FH gehören zu den führenden Morbiditäts- und Mortalitätsursachen in Deutschland und führen zu hohen gesundheitsökonomischen Kosten.
- (II) Es gibt eine anerkannte etablierte Behandlung für die FH: Statine und andere LDL-C senkende Therapien sind effektiv, sicher und reduzieren die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität. Entscheidend ist ein frühzeitiger Therapiebeginn;[24, 25, 29, 30]
- (III) Eine adäquate Medizinische Infrastruktur zur Diagnostik und Therapie sollte verfügbar sein: Die Diagnose der FH kann aus 200 µl Kapillarblut aus der Fingerbeere im Rahmen der regulären U9 Untersuchung beim Kinderarzt gestellt werden; die weitere Betreuung und Therapie erfolgt durch Kinder- und Jugendärzte, Kinderkardiologen oder in Lipidambulanzen.
- (IV) Es gibt eine erkennbare latente/frühsymptomatische Phase der FH: Die Kindheit ist das latente Stadium der Erkrankung, die LDL-C-Werte sind bereits im Kindesalter signifikant erhöht, aber ist noch keine Atherosklerose manifest;[15] das durchschnittliche Diagnosealter liegt derzeit mit 44 Jahren meist nach dem kardiovaskulären Erstereignis.[30]

- (V) Es gibt einen geeigneten Test/Untersuchung für die FH: Durch die Kombination aus LDL-C Bestimmung (bereits Kapillarblut aus der Fingerbeere ausreichend) mit anschließender genetischer Diagnostik bei Werten über der 95. Perzentile, ergibt sich ein positiv prädiktiver Wert von nahezu 100 %.[31].
- (VI) Der Test für FH ist akzeptabel: Erfahrungen aus der VRONI-Studie belegen die breite Akzeptanz bei Eltern sowie Kinder- und Jugendärzten.
- (VII) Der pathophysiologische Verlauf der FH ist ausreichend verstanden; hierzu sind viele Studien sind verfügbar.[15, 25, 30, 32]
- (VIII) Es gibt eine international einheitliche Richtlinie für ein universelles FH Screening und es herrscht breiter Konsens bezüglich einer frühzeitigen Diagnostik und Therapie.[17, 19, 33, 34]
- (IX) Die Kosten der FH-Detektion sind wirtschaftlich ausgewogen; mehrere Analysen zur Kosteneffektivität der FH-Diagnostik und FH-Betreuung zeigen ihren positiven Wert.[35-38]
- (X) Die Fallerkennung sollte ein kontinuierlicher Prozess sein: Durch das Screening von 5-Jährigen wird die nachrückende Population untersucht und eine präventive Verbesserung der kardiovaskulären Gesundheit der Gesamtbevölkerung erreicht. Zudem ermöglicht die Kombination mit einem Kaskaden-Screening auch die Identifikation älterer betroffener Familienmitglieder.

Durch ein reverses Kaskaden-Screening, d. h. die gezielte Untersuchung von Angehörigen ersten Grades, wird pro identifiziertem Kind mindestens eine weitere erwachsene Person mit familiärer Hypercholesterinämie (FH) diagnostiziert. Die Kombination eines systematischen Screenings mit einem Kaskaden-Screening hat sich als besonders kosteneffizient erwiesen.[35-37, 39] Zudem zeigt eine große Datenerhebung (2011-2022), dass pro Kind im Durchschnitt 3,5 weitere Familienmitglieder identifiziert wurden.[40]

Berechnungen zufolge führt die Implementierung eines FH-Screenings im Rahmen der U9, kombiniert mit einem anschließenden Kaskaden-Screening bei den Eltern betroffener Kinder, innerhalb eines Zeitraums von 19 Jahren nach Einführung zu einer Detektionsrate von 50 % aller genetisch Betroffenen innerhalb einer Population.[41] Für dieses Screening-Verfahren wurde in verschiedenen europäischen Ländern eine kosteneffektive Relation nachgewiesen.[35, 38, 42]

Die Niederlande führten bereits im Jahr 1994 ein nationales FH-Screening-Programm ein. Die Evaluation nach zwei Jahrzehnten ergab, dass durch diese Maßnahme 75 % der Herzinfarkte bei betroffenen FH-Patienten verhindert werden konnten.[15]

Eine umfassende gesundheitsökonomische Analyse in Australien zeigte, dass ein FH-Screening im Alter von 10 Jahren mit anschließender frühzeitiger therapeutischer Intervention zu einem Zugewinn von 7,77 Lebensjahren sowie 7,53 qualitätsadjustierten Lebensjahren (QALYs) pro gescreeente Person führt.[36]

Das FH-Screening weist eine positive Kosten-Nutzen-Relation auf. Die *number needed to screen* (NNS), um einen Todesfall zu verhindern, beträgt für Dyslipidämie 418. In der VRONI-Studie liegt die NNS für FH bei 95. Im Vergleich dazu liegen die entsprechenden Werte für bereits etablierte onkologische Screeninguntersuchungen, die mit erheblich höheren Kosten verbunden sind, um ein Vielfaches höher (z. B. Darmkrebs-Screening: NNS = 3333).

8. IQWiG Rapid-Report vom 19.08.2024:

Das IQWiG bewertet ein Screening auf familiäre Hypercholesterinämie (FH) bei Erwachsenen grundsätzlich positiv. Ebenso wird die Diagnostik mittels Kaskadenscreening bei Kindern aus Familien mit einer bekannten FH sowie die medikamentöse Behandlung betroffener Kinder befürwortet. Die hauptsächliche Kritik des IQWiG am Lipidscreening im Rahmen der U9 besteht darin, dass primär Erwachsene und nicht Kinder auf die häufigste monogenetische Fettstoffwechselerkrankung gescreent werden sollten.

Zentrale Einwände gegen die Einschätzung des IQWiG:

1. **Mangel an primärpräventiven Ansätzen:** Die vorgeschlagene Strategie des IQWiG setzt erst beim jungen Herzinfarktpatienten an. Dies impliziert, dass eine massive Cholesterinerhöhung erst nach einem manifesten kardiovaskulären Ereignis Beachtung findet. Eine effektive Prävention setzt frühzeitig an und sichert somit nicht nur die Gesundheit der Kinder, sondern auch die der Eltern.
2. **Wirtschaftliche Folgekosten:** Herzinfarkte verursachen nicht nur medizinische Kosten, sondern haben auch erhebliche sozioökonomische Auswirkungen. Erwerbsminderungen, geringere Sozialabgaben und eine höhere Belastung der Renten- und Sozialsysteme werden im Kostenmodell des IQWiG nicht ausreichend berücksichtigt. Ein präventives Screening würde langfristig Kosten senken und die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Personen erhalten.
3. **Ineffektivität des vorgeschlagenen Kaskadenscreenings in Deutschland:** Das IQWiG favorisiert das Kaskadenscreening als Diagnostikstrategie. Jedoch zeigt die Praxis, dass dieses Modell in Deutschland nicht effektiv umgesetzt wird. Bereits der aktuelle Fragebogen zur J1-Untersuchung (Alter 12-14 Jahre) enthält gezielte Fragen zur FH-Anamnese, jedoch ohne klinische Konsequenzen. Die Diagnosequote der genetisch bedingten FH liegt in Deutschland unter 5 %, was belegt, dass ein reaktives Screening unzureichend ist.
4. Der IQWiG Rapid-Report stützt sich primär auf Studien aus den Niederlanden, einem Land mit einem seit Jahren systematisch durchgeführten FH-Kaskadenscreening. Hier sind viele betroffene Familien bereits bekannt. Dennoch fordern auch niederländische Wissenschaftler zusätzlich ein FH-Screening bei Kindern, was die Notwendigkeit frühzeitiger Diagnostik unterstreicht.

Argumente für ein FH-Screening

1. **Hohe Teilnahmerate:** Die Teilnahmequote an der U9 liegt bei 98 %, während den Gesundheits-Check-up lediglich rund 40 % der 35-44-Jährigen in Anspruch nehmen. Dies belegt die Erreichbarkeit der Zielgruppe im Kindesalter deutlich besser als im Erwachsenenalter.
2. **Höhere diagnostische Präzision im Kindesalter:** LDL-Cholesterin ist bei Kindern ein besserer prädiktiver Marker für eine FH als bei Erwachsenen. Im Erwachsenenalter ist die Überlappung der Gesamtcholesterinwerte zwischen genetisch Betroffenen und Nichtbetroffenen größer, wodurch ein Screening in dieser Altersgruppe weniger effizient ist. Um die gleiche Anzahl genetisch Betroffener zu identifizieren, müsste eine größere Anzahl Erwachsener sequenziert werden, was die Kosteneffizienz verschlechtert.

3. **Notwendigkeit einer angepassten diagnostischen Schwelle:** Im IQWiG Rapid-Report wird eine diagnostische LDL-Cholesterin-Grenze von 164 mg/dl erwogen. Dies führt jedoch zu einer hohen Anzahl falsch-negativer Befunde, da LDL-Cholesterin-Werte bei Kindern physiologisch niedriger sind als bei Erwachsenen. Um eine adäquate Sensitivität zu gewährleisten, sollte ein niedrigerer Cut-off-Wert von 130-135 mg/dl definiert werden, oberhalb dessen eine genetische Untersuchung erfolgen sollte.

Zusammenfassend zeigt sich, dass ein FH-Screening nicht nur aus präventivmedizinischer, sondern auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive die sinnvollste Strategie darstellt. Die Argumentation des IQWiG vernachlässigt zentrale Aspekte der Primärprävention sowie die sozioökonomischen Folgen eines spät diagnostizierten Krankheitsverlaufs. Angesichts der vorhandenen Evidenz sollte eine systematische FH-Diagnostik im Kindesalter priorisiert werden.

9. Umsetzung:

Das Screening auf Familiäre Hypercholesterinämie wird zweistufig als Kombination von laborchemischer LDL-Cholesterinbestimmung im Serum und einer gezielten DNA-Mutationsanalyse (Paneldiagnostik) aus Kapillarblut durchgeführt. Die Personensorgeberechtigten (z. B. Eltern) des Kindes sind vor der Durchführung des Screenings eingehend und mit Unterstützung eines Informationsblatts, durch die betreuende Ärztin oder den betreuenden Arzt gemäß § 7 GenDG entsprechend den Vorgaben des § 9 GenDG, aufzuklären. Die Aufklärung umfasst insbesondere Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der Untersuchung. Nach der Aufklärung ist eine angemessene Bedenkzeit bis zur Entscheidung über die Einwilligung einzuräumen. Die Einwilligung umfasst alle Bestandteile der Untersuchung und den Umfang der weiterzugebenden personenbezogenen Daten. Die Eltern erklären mit ihrer Einwilligung zum Screening, dass die auf dem Erhebungsbogen einzutragenden personenbezogenen Daten an die Labore übermittelt werden dürfen. Die erhobenen medizinischen Daten sollten in einer zentralen Datenbank (Register) pseudonymisiert erfasst werden. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich oder mündlich, mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der aufklärenden Ärztin oder des aufklärenden Arztes widerrufen werden.

Untersuchungsmethode:

Das Screening auf FH erfolgt in einem ersten Schritt mittels konventioneller Laboruntersuchungsverfahren und bei erhöhten Werten wird eine DNA-Mutationsanalyse auf die Gene LDLR, APOB, PCSK9, LRAP1, ABCG5, ABCG8 angeschlossen. Die erste biochemische Untersuchung umfasst die Bestimmung des LDL-Cholesterins nach standardisierten Verfahren. Die Probe gilt als positiv, wenn das LDL-C ≥ 135 mg/dl beträgt. Ist das LDL-C erhöht, wird aus derselben Probe eine genetische Analyse der oberen genannten Gene mittels Paneldiagnostik durchgeführt. Das Screening auf FH gilt als positiv, wenn eine FH-typische Mutation detektiert wird. In allen anderen Konstellationen gilt das Screening als negativ.

Befundübermittlung

Das Labor teilt dem Einsender das Ergebnis mit:

- a) laborchemisch unauffällig bei LDL < 135 mg/dl
- b) genetisch auffällig bei FH Mutation >>> 2. Blutprobe und Validierung im diagnostischen Kontext (Konfirmationsdiagnostik)

c) laborchemisch auffällig ohne Nachweis einer pathogenen Variante >> Laborkontrolle in 3 Monaten und Abklärung sekundärer Ursachen (z.B. Hypothyreose, Anorexie, Nierenerkrankungen usw.) bei weiterhin erhöhten Werten Überweisung zu Lipidologen/Kinderkardiologen.

Bei positivem Ergebnis (FH-Mutation) informiert der Einsender die Personensorgeberechtigten des Kindes über die Notwendigkeit, ein Lipidzentrum bzw. einen Kinderkardiologen zur Weiterbetreuung und Behandlung zu kontaktieren. Dazu verweist der Einsender die auf FH spezialisierten Einrichtungen und Fachärzte in erreichbarer Nähe.

Ergibt auch die zweite genetische Untersuchung einen auffälligen Befund, ist eine dem Befund angemessene unverzügliche Abklärung und gegebenenfalls Therapieeinleitung zu veranlassen. Nach Vorliegen eines abschließenden Ergebnisses (nach Kontrolle des auffälligen Erstbefundes in einer erneuten Blutprobe) soll eine genetische Beratung durch einen dafür qualifizierten Arzt/qualifizierte Ärztin angeboten werden, außer es liegt ein eindeutig negatives Ergebnis vor.

Negative Screeningbefunde werden dem Einsender schriftlich mitgeteilt. Die Personensorgeberechtigten werden bei Vorliegen eines negativen Befundes vom Einsender informiert.

Fallzahl- und Kostenabschätzung in Zusammenarbeit mit den akkreditierten Laboren des NGS::

LDL-Analysen

Geburtenschnitt letzte 10 Jahre in Deutschland $\approx 758\,000$

Teilnahmerate U9 lt. KiGGS Welle 2 ist 98% $\approx 743\,000$

>>> bei LDL-Bestimmung aus Serum 2 € pro Analyse wären das **1,5 Mio € pro Jahr**

dazu kommen noch Informationsmaterial (Aufklärung), **Materialkosten, Versandkosten, Praxiskosten** (ca. 6,-€ pro Probe) **4,5 Mio.**

Genetik-Analyse

Rate über 135 mg/dl 5% $\approx 60\,000$

>>> bei 200 € pro Analyse wären das **12 Mio € pro Jahr**

Kinder-und Jugendärzte:

Kostensatz zusätzlich zur U9 für Aufklärung, Einverständnis zur genetischen Testung und Ergebnismitteilung 25 €

Therapiekosten

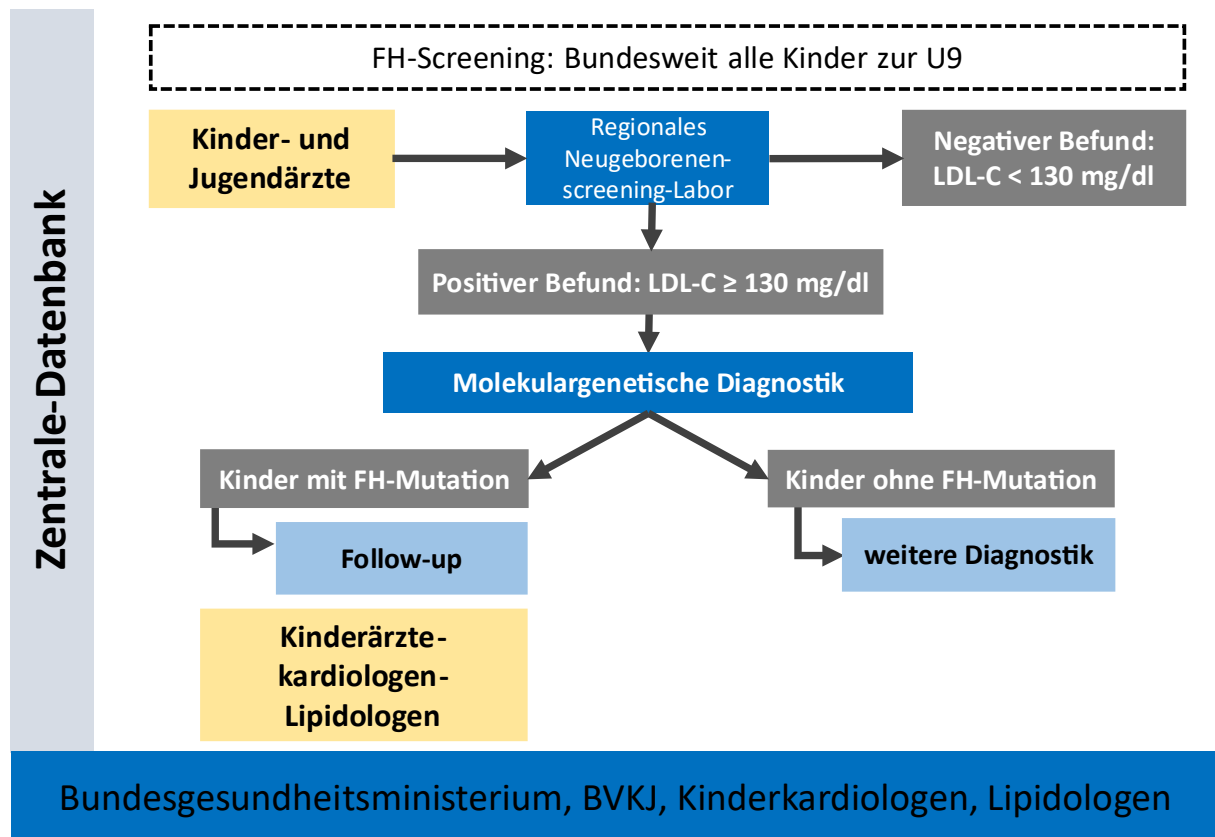
Prävalenz aus Vroni 1:100 und auch in der UK Biobank liegt die Prävalenz bei 1:170, deshalb können wir nicht mit der allg. bekannten Prävalenz von 1:250 rechnen. D.h. bei 1:150 wären das knapp 5.000 Kinder pro Jahr. Bei 100 €/Jahr Therapiekosten wären das ungefähr **500.000 € pro Jahr.**

Die Kostenberechnung sollte aber den vermiedenen Folgekosten durch verhinderte kardiovaskulärer Ereignisse etc. gegenübergestellt werden.

10. Fazit

Die wissenschaftliche Evidenz belegt, dass eine frühzeitige Diagnose und medikamentöse Therapie der FH im Kindesalter notwendig ist, um das Risiko für frühzeitige kardiovaskuläre Erkrankungen zu senken. Trotz bestehender Empfehlungen bleibt die Umsetzung eines systematischen FH-Screenings in Deutschland bislang aus. Die aktuell durchgeführten Screeningprogramme (VRONI und FRiDOLIN) zeigen jedoch, dass ein strukturiertes FH-Screening realisierbar ist, Akzeptanz bei Kindern und Eltern findet und eine erhebliche Verbesserung der Versorgung ermöglicht. Ein universelles FH-Screening sollte daher zur Standardpraxis in Deutschland gehören.

Ablauf:



Referenzen

1. Wiegman, A., et al., *Familial hypercholesterolaemia in children and adolescents: gaining decades of life by optimizing detection and treatment*. Eur Heart J, 2015. **36**(36): p. 2425-37.
2. McGowan, M.P., et al., *Diagnosis and Treatment of Heterozygous Familial Hypercholesterolemia*. J Am Heart Assoc, 2019. **8**(24): p. e013225.
3. Watts, G.F., et al., *International Atherosclerosis Society guidance for implementing best practice in the care of familial hypercholesterolaemia*. Nat Rev Cardiol, 2023. **20**(12): p. 845-869.
4. Mach, F., et al., *2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk*. Eur Heart J, 2020. **41**(1): p. 111-188.
5. Trinder, M., G.A. Francis, and L.R. Brunham, *Association of monogenic vs polygenic hypercholesterolemia with risk of atherosclerotic cardiovascular disease*. JAMA Cardiol, 2020. **5**(4): p. 390-399.
6. Hu, P., et al., *Prevalence of Familial Hypercholesterolemia Among the General Population and Patients With Atherosclerotic Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Circulation, 2020. **141**(22): p. 1742-1759.
7. Beheshti, S.O., et al., *Worldwide Prevalence of Familial Hypercholesterolemia: Meta-Analyses of 11 Million Subjects*. J Am Coll Cardiol, 2020. **75**(20): p. 2553-2566.
8. Marks, D., et al., *A review on the diagnosis, natural history, and treatment of familial hypercholesterolaemia*. Atherosclerosis, 2003. **168**(1): p. 1-14.
9. Eissa, M.A., et al., *Evaluation of AAP guidelines for cholesterol screening in youth: Project HeartBeat!* Am J Prev Med, 2009. **37**(1 Suppl): p. S71-7.
10. Nordestgaard, B.G., et al., *Familial hypercholesterolaemia is underdiagnosed and undertreated in the general population: guidance for clinicians to prevent coronary heart disease: consensus statement of the European Atherosclerosis Society*. Eur Heart J, 2013. **34**(45): p. 3478-90a.
11. Kordonouri, O., et al., *New approach for detection of LDL-hypercholesterolemia in the pediatric population: The Fr1dolin-Trial in Lower Saxony, Germany*. Atherosclerosis, 2019. **280**: p. 85-91.

12. Sanin, V., et al., *Population-based screening in children for early diagnosis and treatment of familial hypercholesterolemia: design of the VRONI study*. Eur J Public Health, 2022. **32**(3): p. 422-428.
13. Lurink, I.K., et al., *20-Year Follow-up of Statins in Children with Familial Hypercholesterolemia*. New England Journal of Medicine, 2019. **381**(16): p. 1547-1556.
14. Ference, B.A., et al., *Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel*. Eur Heart J, 2017. **38**(32): p. 2459-2472.
15. Wiegman, A., et al., *Familial hypercholesterolaemia in children and adolescents: gaining decades of life by optimizing detection and treatment*. Eur Heart J, 2015. **36**(36): p. 2425-37.
16. Mach, F., et al., *2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk*. Eur Heart J, 2020. **41**(1): p. 111-188.
17. Groselj, U., A. Wiegman, and S.S. Gidding, *Screening in children for familial hypercholesterolaemia: start now*. Eur Heart J, 2022. **43**(34): p. 3209-3212.
18. Bedlington, N., et al., *The time is now: Achieving FH paediatric screening across Europe - The Prague Declaration*. GMS Health Innov Technol, 2022. **16**: p. Doc04.
19. Gidding, S.S., et al., *Paediatric familial hypercholesterolaemia screening in Europe: public policy background and recommendations*. Eur J Prev Cardiol, 2022. **29**(18): p. 2301-2311.
20. (APS), A.f.P.S. and i.d.D.G.f.K.u.J. e.V., *S2k-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Hyperlipidämien bei Kindern und Jugendlichen*. 2015.
21. Wiegman, A., et al., *Arterial intima-media thickness in children heterozygous for familial hypercholesterolaemia*. Lancet, 2004. **363**(9406): p. 369-70.
22. Kusters, D.M., et al., *Carotid intima-media thickness in children with familial hypercholesterolemia*. Circ Res, 2014. **114**(2): p. 307-10.
23. Kusters, D.M., et al., *Ten-year follow-up after initiation of statin therapy in children with familial hypercholesterolemia*. Jama, 2014. **312**(10): p. 1055-7.
24. Wiegman, A., et al., *Efficacy and safety of statin therapy in children with familial hypercholesterolemia: a randomized controlled trial*. Jama, 2004. **292**(3): p. 331-7.
25. Lurink, I.K., et al., *20-Year Follow-up of Statins in Children with Familial Hypercholesterolemia*. N Engl J Med, 2019. **381**(16): p. 1547-1556.
26. *National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines, in Familial hypercholesterolaemia: identification and management*. 2019, National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Copyright © NICE 2019.: London.
27. Vuorio, A., et al., *Statins for children with familial hypercholesterolemia*. Cochrane Database Syst Rev, 2019. **2019**(11).
28. Wilson, J.M. and Y.G. Jungner, *[Principles and practice of mass screening for disease]*. Bol Oficina Sanit Panam, 1968. **65**(4): p. 281-393.
29. Andermann, A., et al., *Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years*. Bull World Health Organ, 2008. **86**(4): p. 317-9.
30. *Global perspective of familial hypercholesterolaemia: a cross-sectional study from the EAS Familial Hypercholesterolaemia Studies Collaboration (FHSC)*. Lancet, 2021. **398**(10312): p. 1713-1725.
31. Wald, D.S., J.P. Bestwick, and N.J. Wald, *Child-parent screening for familial hypercholesterolaemia: screening strategy based on a meta-analysis*. Bmj, 2007. **335**(7620): p. 599.
32. Khera, A.V., et al., *Diagnostic Yield and Clinical Utility of Sequencing Familial Hypercholesterolemia Genes in Patients With Severe Hypercholesterolemia*. J Am Coll Cardiol, 2016. **67**(22): p. 2578-89.
33. Sturm, A.C., et al., *Clinical Genetic Testing for Familial Hypercholesterolemia: JACC Scientific Expert Panel*. J Am Coll Cardiol, 2018. **72**(6): p. 662-680.
34. *Familial hypercholesterolaemia in children and adolescents from 48 countries: a cross-sectional study*. Lancet, 2023.
35. McKay, A.J., et al., *Universal screening at age 1-2 years as an adjunct to cascade testing for familial hypercholesterolaemia in the UK: A cost-utility analysis*. Atherosclerosis, 2018. **275**: p. 434-443.

36. Ademi, Z., et al., *Health economic evaluation of screening and treating children with familial hypercholesterolemia early in life: Many happy returns on investment?* *Atherosclerosis*, 2020. **304**: p. 1-8.
37. Kerr, M., et al., *Cost effectiveness of cascade testing for familial hypercholesterolaemia, based on data from familial hypercholesterolaemia services in the UK*. *Eur Heart J*, 2017. **38**(23): p. 1832-1839.
38. Ademi, Z., et al., *Cost-effectiveness and Return on Investment of a Nationwide Case-Finding Program for Familial Hypercholesterolemia in Children in the Netherlands*. *JAMA Pediatr*, 2023. **177**(6): p. 625-632.
39. Ademi, Z., et al., *Cascade screening based on genetic testing is cost-effective: evidence for the implementation of models of care for familial hypercholesterolemia*. *J Clin Lipidol*, 2014. **8**(4): p. 390-400.
40. Lentz, M., et al., *Cascade screening for familial hypercholesterolemia from pediatric index cases diagnosed through universal screening*. *J Clin Lipidol*, 2024. **18**(4): p. e620-e624.
41. Wald, D.S. and A.C. Martin, *Decision to reject screening for familial hypercholesterolaemia is flawed*. *Arch Dis Child*, 2021. **106**(6): p. 525-526.
42. Ademi, Z., et al., *A systematic review of economic evaluations of the detection and treatment of familial hypercholesterolemia*. *Int J Cardiol*, 2013. **167**(6): p. 2391-6.



Stellungnahme zur Neufassung der JGU-RL: Dokumentation

**der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V sowie eine Neufassung der
Richtlinie**

Deutsche Gesellschaft für Allgemein und Familienmedizin	
25.3.2026	
Allgemeine Anmerkung Wir danken für die Möglichkeit der Stellungnahme. Die Aufnahme der J1-Untersuchung in das Gelbe Vorsorgeheft ist zu begrüßen, da damit der bürokratische Aufwand reduziert wird und die Vorsorgeuntersuchung der 13 bis 14 jährigen Jugendlichen in die Systematik der Vorsorgen eingepasst wird.	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Elterninformation Information der Jugendlichen	Es sollte eine getrennte Information für die Eltern und die Jugendlichen geben. Dies geht aus dem Beschlussentwurf nicht eindeutig hervor.
ergänzende Anamnese	Die Verwendung von Checklisten und Fragebögen wie 1, 1a, 1b sind sinnvoll, um Problemfelder zu erkennen und gezielt ansprechen zu können. Strukturiert die Gesprächsführung
Beurteilung der psycho- sozialen Entwicklung	Hier sollte der Gesundheitsfragebogen Anlage 1 zur Strukturierung zugrunde gelegt werden
Präventionsorientierte ärztliche Beratung	Hier sollte der Punkt „Probleme im familiären, sozialen oder schulischen Umfeld“ aufgenommen werden.

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

DEGAM Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin		
Die Anhörung findet voraussichtlich im II. Quartal 2026 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
Wir nehmen nicht teil.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

Stellungnahme zur Neufassung der JGU-RL: Dokumentation

der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V sowie eine Neufassung der
Richtlinie: Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine
Neufassung der Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie, Stand 26.02.2026

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. – DGKJP	
31.03.2026	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Allgemein	Wir begrüßen generell die Einführung der zusätzlichen U Untersuchung und die Spezifizierung zur J 1. Gerade unter dem Aspekt, dass bisherige Untersuchungen zeigen, dass die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren schlechter geworden ist, ist ein verbessertes Screening hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten und Verhaltensproblemen hochgradig notwendig und sinnvoll, auch im Rahmen von U- oder J-Untersuchungen.
§ 3 J1 (2) Beurteilung der psychosozialen Entwicklung	Aus fachlicher Sicht ist dringend zu unterstützen, dass systematisiert und möglichst mit etablierten Instrumenten ein Screening zur Beurteilung der psychosozialen Entwicklung von Kindern stattfindet. Deshalb begrüßen wir sehr, dass der KIDSCREEN-10 als international anerkanntes und in viele Sprachen übersetztes Screeninginstrument zur Lebensqualität und emotionalen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hierfür verwendet werden soll. Es sei vorausschauend darauf hingewiesen, dass im Rahmen der deutschen Gesundheitsforschungszentren Deutsches Zentrum für Psychische Gesundheit und Deutsches Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit an einem einfachen Screening, das open access ist, gearbeitet wird (Minimum-Data-Set Child, MDS-Child). Dieses Verfahren wäre gegebenenfalls nach der entsprechenden Validierung in der Zukunft auch einsetzbar. Generell unterstützen wir, dass möglichst eine hochgradige Systematisierung der Gesprächsinhalte mit Verwendung von evaluierten Kurzinstrumenten sowie klaren Vorgaben auch für die Gesprächsinhalte (Checklisten) vorgenommen wird. Ansonsten sehen wir die Gefahr, dass eine systematische Erhebung nicht stattfindet, was den gesamten Wert der

31.03.2026

	Untersuchungen hinsichtlich der Früherkennung zu psychischen Belastungen wie auch riskantem Verhalten (Mediengebrauch etc.) deutlich schmälern würde. Wichtig erscheint uns, dass durchführende Ärzt:innen die Risikofaktoren für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (z.B. Frühgeburtlichkeit, SES, psychische Erkrankung eines Elternteils etc.) kennen und hier gezielt nach Auffälligkeiten bei den Kindern screenen. Zudem ist die Einordnung der Ergebnisse aus dem Screening von Bedeutung. Hier muss ggfs. auch geschult werden, welche Beratung und Maßnahmen sinnvoll und zielgerichtet sind – auch um eine Überdiagnostik zu vermeiden.
§ 3 J1 (2) 1. d) ergänzende Anamnese Fragen zur Nutzung digitaler Medien sowohl zur Dauer als auch zu Inhalten	Für die sehr wichtige Abfrage der Mediennutzung bei Kindern plädieren wir für genaue Nachfrage nach den Inhalten und den Bildschirmzeiten. Es ist eine Fehlannahme, dass bei Mediennutzung nur die Zeitdauer eine Rolle spielt. Wir wissen, dass es auch um Inhalte geht. Für eine umfassende Einschätzung reicht die Vorlage des GKV-Spitzenverbandes und der Patientenvertretung nicht aus. Es muss systematisch und präziser nachgefragt werden.
§ 3 J1 (2) 3. Eingehende körperliche Untersuchung und Eintragung in das Somatogramm	Warum die Perzentilenkurven entfallen sollen, erschließt sich uns aus medizinischer Sicht nicht. Sie sind sehr wichtige Parameter für die Beurteilung von Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, sowohl zum Beispiel im Verlauf einer Psychostimulanzienbehandlung wie auch bei möglichen neu auftretenden Essstörungen

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. – DGKJP		
Die Anhörung findet voraussichtlich im II. Quartal 2026 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
Wir nehmen nicht teil.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

DGKJ e.V. | Geschäftsstelle | Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss „Methodenbewertung“

Per E-Mail: kinder-rl@g-ba.de

Die Präsidentin
Univ.- Prof. Dr.
Ursula Felderhoff-Müser

Geschäftsstelle
Chausseestr. 128/129
10115 Berlin
Tel. +49 30 3087779-0
Fax: +49 30 3087779-99
info@dgkj.de | www.dgkj.de

Hausadresse:
Universitätsklinikum Essen (AöR)
Zentrum für Kinder- und
Jugendmedizin
Klinik für Kinderheilkunde I
Hufelandstr. 55
45147 Essen
Tel. +49 201 723 2450/2451
Fax: +49 201 723 5727
praesidentin@dgkj.de

Essen, 31.03.2026

Stellungnahmeverfahren zur Änderung der Kinder-Richtlinie: Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung U10 sowie Neufassung der Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung (JGU-RL)

Sehr geehrter Herr Dr. van Teeck, sehr geehrte Frau Dr. Thomas,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken herzlich für die Möglichkeit zu der geplanten Änderung der Kinderrichtlinie mit Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder U10 unter Aktualisierung der Vorsorgeuntersuchung für Jugendliche J1 Stellung zu nehmen. Wir haben den Textentwurf des gemeinsamen Bundesausschusses mit unserer Screeningkommission, unserem zuständigen Vorstandsmitglied sowie gemeinsam mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen und den pädiatrischen Fachgesellschaften im Konvent für fachliche Zusammenarbeit der DGKJ mit Bezug zu dieser Thematik gemeinsam diskutiert und die nachfolgende Stellungnahme erarbeitet. Die teilnehmenden Fachgesellschaften finden Sie im Briefkopf.

Inhaltlich hervorheben wollen wir unsere Einschätzung, dass wir bei den Vorsorgeuntersuchungen in dieser Altersgruppe die **Anamneseerhebung mit Fragebögen bzw. Checklisten** für geeignet und zielführend halten, um insbesondere auch im psychosozialen Bereich und im Themenbereich Mediennutzung die Situation gut und reproduzierbar einschätzen zu können. Hierfür stehen verschiedene Fragebögen zur Verfügung. Aktuell wird am Deutschen Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit ein Minimal-Data-Set erarbeitet und validiert, der möglicherweise zukünftig Verwendung finden kann. Bezüglich der **Perzentilen** empfehlen wir die Verwendung der Daten von Kromeyer-Hauschildt et al. (2001), um eine „Normalisierung“ von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen angesichts der Zunahme der Prävalenz der Adipositas in dieser Altersgruppe zu vermeiden. Bei der Dokumentation des klinischen Untersuchungsbefundes halten wir zudem die explizite Erwähnung einer **orientierenden neurologischen Untersuchung** für höchst relevant. Diese stellt das Kernelement der Vorsorgeuntersuchung und Entwicklungsbeurteilung dar, und sollte grundsätzlich, also nicht nur bei U10 und J1 als Untersuchungselement geführt werden. Derzeit finden sich Teilaspekte

der neurologischen Untersuchung unter „Bewegungsapparat“ - das wird aber der Thematik nicht gerecht.

Bezüglich des Einschlusses eines allgemeinen und anlasslosen Laborscreenings auf **Familiäre Hyperlipidämien** verweisen wir auf die in letzter Abstimmung befindliche S3 Leitlinie zum Thema und die erwarteten Kommentierungen/Sondervoten der pädiatrischen Fachgesellschaften.

Sofern im Rahmen der Anpassung des gelben Heftes auch die Art der Dokumentation neugestaltet werden soll, so empfehlen wir, die einzelnen Datenpunkte anders zu dokumentieren. Wir halten eine tabellarische Liste mit jeweils Feldern für „Nicht unauffällig“, „Auffällig“, „Beschreibung eines auffälligen Befundes“ für geeignet. In der jetzigen Form wird nicht ersichtlich, ob ein Merkmal untersucht worden ist oder nur unauffällig war.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit sehr gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Ursula Felderhoff-Müser



Prof. Dr. Dominik Schneider

Stellungnahme zur Änderung der Kinder-RL: Einführung



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder nach § 26 SGB V und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung gemäß Anlage 1

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische und adolescente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED), der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) und der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie.	
31.03.2026	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Unsere Änderungsvorschläge beziehen sich auf den „Beschlussentwurf“ zur Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie vom 26.2.2026	
Zu § 3 (2) 1. d) Ergänzende Anamnese zur Digitalen Mediennutzung und Körperlichen Aktivität: Hierzu sollen Checklisten/Fragebögen für die Jugendlichen und für die Personensorgeberechtigten (im Allgemeinen die Eltern) verwendet werden.	Bei der Jugendgesundheitsuntersuchung haben sich standardisierte Anamnese-Fragebögen in der Praxis seit vielen Jahren bewährt, insbesondere der Mannheimer Jugendlichen-Fragebogen (MJF) für 12- bis 16-jährige von Esser und Laucht (Esser et al. 2015). Dieser dient zum zeiteffektiven Screening auf zahlreiche somatische und psychosoziale Belastungen und Erkrankungen und liegt leider nur deutschsprachig vor. Da Jugendliche nicht immer ausreichend genau Auskunft über ihre gesundheitliche und psychosoziale Situation Auskunft geben, hat es sich in der Praxis sehr bewährt, parallel eine Bezugsperson (im Allgemeinen ein Elternteil) ebenfalls mit einem standardisierten Fragebogen zu den genannten Themen zu befragen, zum Beispiel mit dem MEF für U10/U11/J1 des BVKJ (basierend auf dem MEF für 6- bis 12-jährige von Esser und Laucht 2015), der auf deutsch, englisch, russisch und türkisch vorliegt. Dadurch wird man zeiteffektiv auf eventuelle Diskrepanzen in der Selbst- und Fremdeinschätzung aufmerksam, die auf Probleme und/oder Beratungsbedarf hinweisen können. Die von der KBV vorgeschlagenen Checklisten (Anlage 1a und 1b im „Fließtext zum Beschlussentwurf“ zur J1 vom 26.2.2026) erscheinen ebenfalls geeignet, wenn sie parallel von den Jugendlichen und den Eltern beantwortet werden. Auf jeden Fall ist ein solches Screening notwen-

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED), der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) und der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie.	
31.03.2026	
	dig und soll überall mit denselben standardisierten Instrumenten durchgeführt werden, um eine Vergleichbarkeit und ggf. sogar wissenschaftliche Auswertbarkeit zu ermöglichen.
Zu § 3 (2) 2.: Die Erhebung der psychosozialen Entwicklung soll mit einem standardisierten Erhebungsinstrument durchgeführt werden.	Immer wieder fragen Eltern, warum Früherkennungsuntersuchungen überall unterschiedlich durchgeführt werden und ob es keinen Standard gibt. Der Standard für die J1 ist die G-BA-Richtlinie für die Jugendgesundheitsuntersuchung. Für die Erhebung der psychosozialen Entwicklung wurde der KIDSCREEN-10 vorgeschlagen. Ebenso könnte man den MJF von Esser und Laucht benutzen; das hätte den Vorteil, dass gleichzeitig viele wichtige somatische Probleme mit abgefragt würden, wozu neben dem KIDSCREEN-10 ein zusätzlicher Fragebogen nach Anlage 1a aus dem Fließtext für die J1 für die Jugendlichen und nach Anlage 7a aus dem Beschlussentwurf für die U10 für die Eltern nötig wird. Wichtig sind auf jeden Fall einheitliche Vorgaben. Wenn man die Auswahl der Erhebungsinstrumente der ausführenden Organisation überlässt, erfolgen die Untersuchungen nicht standardisiert, und die Ergebnisse sind nicht vergleichbar. Vergleichbarkeit muss aber das Ziel eines jeden Screenings sein.
Zu § 3 (2) 3 a): „Körperlänge“ durch „Körperhöhe“ ersetzen Körpergewicht, Körperhöhe und BMI sollen in ein Somatogramm eingetragen werden, wie GKV-SV/KBV/DKG/PatV dies vorsehen.	„Körperlänge“ bezeichnet die im Liegen gemessene Länge, sobald Kinder stehen können, soll die Körperhöhe im Stehen gemessen werden. Zur Beurteilung des Gewichts- und Längenwachstums ist gerade im pubertären Wachstumsschub nicht nur die Über- oder Unterschreitung von Grenzwerten wie P3, P10, P90 oder P97 von Bedeutung, sondern auch ein „Kreuzen“ ausgehend von anderen Perzentilenkurven wie P25, P50 oder P75. Dies ist ohne ein Somatogramm nicht möglich. Dafür sollen für das Körpergewicht und den BMI ältere Daten verwendet werden, wie die Daten von Kromeyer-Hauschildt et al. (2001) oder die Daten aus Welle 1 der KIGGS-Studie, da die Perzentilenkurven aus neueren Erhebungen durch die allgemeine Zunahme der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas nach oben verschoben werden. Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) empfiehlt daher

Kommentiert [Ga1]: Perzentilenkurven?

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED), der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) und der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie.	
31.03.2026	
Bei Übergewicht (BMI >P90): Aufnahme der Abfrage von Adipositas-assoziierten Symptomen einer Hyperandrogenämie wie Akne, Akanthosis nigricans unregelmäßige Menstruation. Aufnahme der Abfrage von Symptomen eines Diabetes mellitus Typ 2 (Polydipsie, Polyurie, Abgeschlagenheit, Krankheitsgefühl).	die Verwendung der Perzentilenkurven von Kromeyer-Hauschildt et al. (2001). Bei Adipositas ist eine frühe Diagnosestellung assoziiert mit einer besseren Prognose (bezüglich des Metabolischen Syndroms, psychischer Probleme, der Fertilität bei Polyzystischem Ovar-Syndrom (Lis et al. 2023, Wechsung et al. 2025). Bei frühzeitiger Sensibilisierung der Betroffenen ist eine Einsparung sekundärer langfristiger Gesundheitskosten zu erwarten. Die Inzidenz des Diabetes mellitus Typ 2 im Jugendalter steigt an, wird aber häufig spät diagnostiziert. Frühzeitige Diagnose und Therapie verbessern die Prognose (Denzer et al. 2025).
Zu § 3 (2) 3. b) - I): Bei den verschiedenen genannten Organsystemen soll je ein Ankreuzfeld für „unauffällig“ und „auffällig“ sowie eine freie Zeile für die Eintragung von Auffälligkeiten eingefügt werden	Die Dokumentation der körperlichen Untersuchung ist unübersichtlich; es bleibt offen, ob Befunde unauffällig waren oder gar nicht untersucht wurden.
Unter b) sollen „Haut und Hautanhangsgebilde“ genannt werden.	Haare und Nägel sind als Hautanhangsgebilde von Bedeutung für den körperlichen Befund.
Einzelne Befunde (wie unter b) „Auffällige Blässe“) sollen weggelassen werden, ebenso Untersuchungsmethoden	Die Nennung einzelner Befunde (wie „Auffällige Blässe“) lässt andere möglicherweise für das Screening relevante Befunde in den Hintergrund treten; eine vollständige Liste relevanter Befunde kann ohnehin nicht erstellt werden.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED), der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) und der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie.	
31.03.2026	
und deren Erklärung (wie unter c) „Thorax, Lunge, Atemwege: Auskultation (Atemgeräusch und Atemfrequenz)“ und unter e) „Herz, Kreislauf: Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebengeräusche). Dies gilt analog für alle weiteren Unterpunkte.	Untersuchungsmethoden (wie „Auskultation“) müssen nicht genannt werden, diese sind für Ärztinnen und Ärzte selbstverständlich. Ebenso selbstverständlich ist, worauf bei der Auskultation von Lunge und Herz geachtet werden muss. auf.
e) Blutdruckmessung: Blutdruck in mmHg angeben	e): Wenn die gemessenen Blutdruckwerte angegeben werden, ist das für nachfolgende Untersucher nachvollziehbar und erlaubt Vergleiche mit neuen Messergebnissen.
f): „Inspektion/Palpation“ und „Analregion“ streichen. g): „Genitale und Pubertätsentwicklung“: „Untersuchung der äußeren Geschlechtsmerkmale“ streichen.	f) und g): Untersuchungsmethoden müssen nicht genannt werden. Die Analregion gehört nicht zum Abdomen. Die Untersuchung der Brust und der Genitoanalregion über die Feststellung der Tanner-Stadien hinaus ist im Alter von 13 und 14 Jahren besonders bei Mädchen - manchmal aber auch bei Jungen - sehr häufig stark schambehäftet. Hier muss man sehr rücksichtsvoll vorgehen und bei verdächtigen Symptomen bei Mädchen auf eine Frauenärztin verweisen. Gleichzeitig muss man sensibel sein, dass extreme Angst vor der Untersuchung im Genitoanalbereich und der weiblichen Brust auch auf seelische Probleme durch Missbrauch hinweisen kann
j): Felder für den ermittelten Visuswert getrennt für rechts und links einfügen, eventuell auch für das Ergebnis des Stereotest (Lang I positiv oder negativ). „Weitsichtigkeit“ und „Farbsinnstörung“ streichen.	j): Wenn die Visuswerte seitengetrennt dokumentiert werden, ist das für nachfolgende Untersucher nachvollziehbar und erlaubt den Vergleich mit neu erhobenen Werten. Zur Beurteilung der binokularen Kooperation ist ein Stereotest sinnvoll; hier ist der Lang-Test I zu bevorzugen, weil er im Vergleich zu anderen Stereotests über die beste Sensitivität und Spezifität verfügt. Ein Screening auf Weitsichtigkeit (Hyperopie) ist bei Jugendlichen mit Sehprobentafeln kaum möglich, da sie die Hyperopie durch Akkommodation ausgleichen können. Sie bekommen eher

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED), der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) und der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie.	
31.03.2026	
	Kopfschmerzen durch anhaltende Anspannung des Ciliarmuskels. Zur Diagnose ist eine Refraktionsbestimmung in Cycloplegie nötig, das ist aber kein Screening-Test. Es gibt keine Evidenz für den Nutzen eines Screenings auf Farbsinnstörungen im Jugendalter.
k): Hier streichen und als „4. Laboruntersuchung“ vor „5: Beratung“ einfügen. Zum Screening auf Familiäre Hypercholesterinämie verweisen wir auf die fast publikationsreife neue „S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Hyperlipidämien bei Kindern und Jugendlichen“ der AWMF (Register-Nr. 27-068), die voraussichtlich bis zur Anhörung öffentlich zugänglich sein wird. Urinuntersuchung auf Protein, Erythrozyten, Ketonkörper und Zucker einfügen.	k): Laboruntersuchungen gehören nicht zur körperlichen Untersuchung. Mit einer Inzidenz von ca. 1:350 ist die Familiäre Hypercholesterinämie die häufigste Stoffwechselstörung, wird aber nur selten früh genug diagnostiziert, um ein Kaskadenscreening in der Verwandtschaft und eine effektive Prävention zu ermöglichen. Die Einführung der Jugendgesundheitsuntersuchung im Jahr 1999 mit einem selektiven Screening, basierend auf der positiven Familienanamnese für vorzeitige kardiovaskuläre Erkrankungen oder Todesfälle, hat nicht zu einer spürbar häufigeren Frühdiagnose und Frühtherapie geführt. Ein generelles Screening wird daher derzeit von zunehmend mehr Experten befürwortet. Dem DGKJ-Vorstand liegt die Leitlinie zur Prüfung/Genehmigung vor; derzeit bestehen in der DGKJ Zweifel, ob alle Kriterien für die Einführung eines generellen Screenings auf Hypercholesterinämie erfüllt sind.“ Eine Urinuntersuchung mit Streifentests auf die genannten Parameter ist ein wenig aufwändiges Screening auf Nierenerkrankungen und Frühstadien eines Diabetes mellitus Typ 1.
Als neuen Absatz k) einfügen: Ohren: Gehörgang und Trommelfell	Mit der Otoskopie ist eine wenig aufwändige Methode zum Screening auf Gehörgangsverlegungen und Trommelfellverletzungen sowie chronische Entzündungen des Mittelohrs in pädiatrischen Praxen etabliert. Die Tonaudiometrie dient zur Früherkennung einer Hochtonschwerhörigkeit, zum Beispiel durch zu

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED), der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) und der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie.	
31.03.2026	
Tonaudiometrie	laute Kopfhörer-Einstellung beim Hören von Musik, was bei Jugendlichen häufig ist. Je länger die Hochtonschwerhörigkeit un-erkannt besteht, desto schlechter ist ihre Prognose.
I): Streichen.	I) Die Blutdruckmessung wird unter e) und I) genannt. Doppelun-gen sollen vermieden werden.
Zu § 3 (2) 4: „Beratung“: Eine Beratung zu den Symp-tomen eines Diabetes melli-tus Typ 1 (Polydipsie, Polyu-rie, Gewichtsverlust) soll er-folgen (wie von KBV/DKG/PatV befürwor-tet). Der Hinweis auf die HPV-Impfung bei Mädchen und Jungen soll entweder entfal-len, oder es soll zusätzlich auf die Meningokokken-ACWY- und die Tdap-IPV-Impfung erfolgen.	Eine Studie in Baden-Württemberg hat gezeigt, dass durch gezielte Aufklärung über die genannten Frühsymptome die Ketoazidose-Rate in etwa halbiert werden kann (Holder und Ehehalt 2019). Im Vergleich verschiedener Altersgruppen im Kindes- und Jugendalter zeigt in der Altersstufe der J1 bei Mädchen die zweithöchste und bei Jungen die höchste Inzidenz für die Erst-manifestation eines Diabetes mellitus (Buchmann et al. 2023). Diese Erstmanifestationen erfolgen bei fast einem Drittel der Betroffenen Kinder und Jugendlichen mit einer Ketoazidose, ob-wohl der Entwicklung einer Ketoazidose gehen im Regelfall typi-sche Symptome (Polyurie, Polydipsie, Gewichtsverlust) voraus-gehen (DDG). Die Diabetesmanifestation mit Ketoazidose ist mit einer schlechteren Langzeitprognose assoziiert, u.a. durch verur-sachte Schäden am Gehirn, die mit kognitiven Störungen ver-bunden sind. Die Vermeidung einer Ketoazidose geht außerdem mit dauerhaft besseren Behandlungs-ergebnissen des Diabetes einher. In der Formulierung „Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen“ sind die für die Altersgruppe 13 und 14 Jahre für Jungen und Mädchen empfohlenen Impfungen gegen HPV, Meningokokken ACWY und Tdap-IPV enthalten. Es macht keinen Sinn, hier die HPV-Impfung herauszuheben. Auch bei der Tdap-IPV-Impfung liegen die Impfquoten in diesem Alter nur bei sehr unbefriedigenden 57% (Rieck et al. 2025), und die Impfungen gegen MenACWY bei Jugendlichen laufen gerade erst an. Zudem wird es auch zukünftig Änderungen der Schutz-impfungs-Richtlinie geben. Daher erscheint es vorteilhaft, hier keine einzelnen Impfungen zu erwähnen.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED), der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) und der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie.	
31.03.2026	
Zu Anlage 1a: Wir plädieren für die Nutzung einer Checkliste, wie die KBV dies befürwortet. Satz 1+2 ändern: „Aus meiner Sicht bestehen keine Probleme. Ich lasse die Vorsorgeuntersuchung als Routine machen und habe dabei keine besonderen Anliegen.“ Satz 3 ändern: „Ich würde gerne folgende Punkte ansprechen:“ Beim Unterpunkt „erste Regelblutung und Sexualkontakte“ das Wort „erste“ weglassen	Wie bei den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen steht auch für die Jugendgesundheitsuntersuchung nur begrenzte Praxiszeit zur Verfügung. Das Screening dient zur Aufdeckung relevanter Problemfelder. Intensivere, also zeitaufwändige Gespräche müssen ggf. bei einem Folgetermin besprochen werden. Hier muss eine Formulierung vermieden werden, die bei den Jugendlichen falsche Erwartungen weckt. Zusätzlich muss ein Elternfragebogen verwendet werden (analog zu Anlage 7a aus dem Fließtext zum Beschlussentwurf für die U10). In der Altersstufe der J1 haben viele Mädchen ihre erste Regelblutung bereits hinter sich, können aber durchaus Probleme mit den weiteren Regelblutungen haben (insbesondere Dysmenorrhoe). Diese werden so mit angesprochen. Über die erste Regelblutung kann man eher bei U10 im Alter von 9 bis 10 Jahren proaktiv beraten.
Zu Anlage 1b: Auch hier plädieren wir für die Nutzung von Fragebögen, wie von KBV/DKG vorgesehen. Je ein Fragebogen für die Jugendlichen und für die Eltern Die Nutzung digitaler Bildschirmmedien soll mit folgenden Fragen erfasst werden: Gibt die/der Jugendliche das Mobiltelefon während der Schulzeit ab?	In vielen Schulen werden die Mobiltelefone und andere private Bildschirmgeräte vor dem Unterricht ab- und danach wieder ausgegeben. In der Schule und bei den Hausaufgaben lässt sich die Nutzungszeit digitaler Bildschirmmedien erfassen. In der Freizeit kann die Nutzungszeit nach unserer Einschätzung im Jugendalter nicht mehr in Stunden erfasst werden, da die Jugendlichen zumindest in der Freizeit praktisch ständig über ihre Mobiltelefone und andere Geräte kommunizieren. Umso wichtiger ist die Beschränkung auf sichere Inhalte und die Abgabe des Mobiltelefons und anderer Bildschirmgeräte während der Nachtruhe, da die Jugendlichen sonst durch Nachrichten aus ihren sozialen Gruppen um die ohnehin in der Altersstufe knappe Schlafzeit gebracht werden können.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED), der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) und der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie.	
31.03.2026	
Wie viele Stunden pro Woche werden digitale Bildschirmmedien in der Schule und bei den Hausaufgaben genutzt? Welche zeitlichen Beschränkungen bestehen in der Freizeit für die Nutzung digitaler Bildschirmmedien? Wie wird der Zugang zu nicht altersgerechten Inhalten (Gewalt, Pornographie etc.) begrenzt? Gibt die/der Jugendliche das Mobiltelefon und andere Geräte nachts ab? Die körperliche Aktivität soll mit folgenden Fragen erfasst werden: Wie hoch ist die Schrittzahl pro Woche? (misst heutzutage jedes Smartphone) Wie viel Stunden Schulsport pro Woche? Wieviel Stunden Freizeit- und Vereinssport pro Woche?	Die Abfragen zur Nutzung digitaler Bildschirmmedien und zur körperlichen Aktivität sollen mit Fragebögen durchgeführt werden, damit Jugendliche und Eltern sich vorab mit den Fragen beschäftigen und sie somit präziser beantworten können. Die Auswertung wird dadurch zeiteffektiv. Diskrepanzen zwischen den Angaben von Eltern und Jugendlichen sind häufig für die Beratung relevant.
Zu § 5 Dokumentation: Für die Dokumentation empfehlen wir eine ausfüllbare Maske für die Praxiscomputer-Systeme, die ausgedruckt und mit einer Dokumenten-	Durch diese Änderung wird eine Reduktion des Dokumentationsaufwands erreicht, da nicht mehr im Praxis-Computer und im Untersuchungsheft getrennt dokumentiert werden muss. Der Kinderuntersuchungsordner muss nicht bei jeder Änderung der Richtlinie geändert werden, sondern es werden immer die aktuellen Versionen der einzelnen Untersuchungen eingeklebt. Der

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED), der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) und der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie.

31.03.2026

hülle in einen Kinder-Untersuchungsordner eingeklebt werden kann. Dieser Ordner ersetzt dann das gelbe Heft.

Ordner erhält von außen das Layout des Kinderuntersuchungshefts, innen die herausnehmbare Teilnahmekarte, die Zeiträume der einzelnen Untersuchungen sowie die jeweiligen Erläuterungen und Fragebögen.

Literatur:

Esser G et al.: Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Thieme (Stuttgart) 2015. DOI: 10.1055/b-003-125857. Print ISBN 9783131260857, Online ISBN 9783131978059

Kromeyer-Hauschildt K et al.: Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschr. Kinderheilk. (2001) 149:807-818

Robert-Koch-Institut (RKI): KIGGS-Basiserhebung, https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Studien-und-Surveillance/Studien/KiGGS/kiggs_start_inhalt.html?nn=16780210#b, Abruf 20.3.2026

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG): <https://adipositas-gesellschaft.de/ueber-adipositas/adipositas-im-kindes-jugendalter/>, Abruf 20.3.2026

Wechsung K, Neumann U, Balint N, Wiegand S. Polycystic Ovary Syndrome - Support and Prevention in Adolescence. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2025;85(9):927-933. Published 2025 Aug 1. doi:10.1055/a-2622-6321

Lis K, Dauben L, Bredahl R, Kraus U, Müssig K, Spörkel O. Prävention nicht übertragbarer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Info Diabetologie. 2023;17(1):26-30. doi:10.1007/s15034-022-4464-3

Denzer, C., Prinz, N., Ovcarov, O. et al. Typ-2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen – Notwendigkeit eines innovativen Versorgungskonzepts. Monatsschrift Kinderheilkd (2025). <https://doi.org/10.1007/s00112-025-02284-9>

Holder M, Ehehalt S: Deutliche Reduktion der diabetischen Ketoazidose bei Manifestation – Ergebnisse der Stuttgarter Ketoazidose Präventionskampagne. Diabetologie und Stoffwechsel 2019; 14(S 01): S27-S28. DOI: 10.1055/s-0039-1688185

Buchmann M, Tuncer O, Auzanneau M, Eckert AJ, Rosenbauer J et al. (2023) Inzidenz, Prävalenz und Versorgung von Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Zeittrends und sozialräumliche Lage. J Health Monit 8(2): 59–81. DOI 10.25646/11385.2

Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG): <https://www.ddg.info/arbeitsgemeinschaften/paediatrische-diabetologie/ketoazidose>, Abruf 20.3.2026

Rieck T et al.: Impfquoten in Deutschland. Epid Bull 2025; 50:3-13 | DOI 10.25646/13589

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)		
Die Anhörung findet voraussichtlich im II. Quartal 2026 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
Wir nehmen nicht teil.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 31.03.2026

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
www.baek.de

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Fon +49 30 400 456-430
Fax +49 30 400 456-455
E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd
Aktenzeichen: 872.010

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

per E-Mail

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und
veranlasste Leistungen
Frau Dr. Sybill Thomas
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V:

- **Änderung der Kinder-Richtlinie (Kinder-RL): Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder nach § 26 SGB V und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung gemäß Anlage 1**
- **Neufassung der Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung (JGU-RL): Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V sowie eine Neufassung der Richtlinie**

Ihr Schreiben vom 03.03.2026

Sehr geehrte Frau Dr. Thomas,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 03.03.2026, in welchem der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur

- **Änderung der Kinder-Richtlinie (Kinder-RL): Einführung einer neuen Früherkennungs-untersuchung für Kinder nach § 26 SGB V und Dokumentation der Jugendgesundheits-untersuchung gemäß Anlage 1**
- **Neufassung der Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung (JGU-RL): Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V sowie eine Neufassung der Richtlinie**

gegeben wird.

Die Bundesärztekammer wird in dieser Angelegenheit von ihrem Stellungnahmerecht keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3



Geschäftsstelle der
Bundesärztekammer
in Berlin

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

per E-Mail: kinder-rl@g-ba.de

Ihr Schreiben vom
3. März 2026

Durchwahl
-142

Datum
26. März 2026

Stellungnahmerecht der Bundeszahnärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses:

Änderung der Kinder-Richtlinie (Kinder-RL): Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder nach § 26 SGB V und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung gemäß Anlage 1

sowie

Neufassung der Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung (JGU-RL): Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V sowie eine Neufassung der Richtlinie

Sehr geehrte Frau Dr. Thomas,

vielen Dank für die durch den Unterausschuss Methodenbewertung übersendeten Unterlagen zu der vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplanten Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder für Kinder nach § 26 SGB V und Dokumentation der Jugenduntersuchung gemäß Anlage 1 sowie Neufassung der JGU-Richtlinie.

Die Bundeszahnärztekammer gibt hierzu keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.



Dipl.-Math. Inna Dabisch, MPH

Referentin Abt. Versorgung und Qualität

BfDI | Postfach 1468 | 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Methodenbewertung

ausschließlich per E-Mail an:
kinder-rl@g-ba.de

Ihr Kontakt:

Herr Oster

Telefon: +492289977998238

E-Mail: BS4@bfdi.bund.de

Aktenz.: BS4-315/072#1599

(bitte immer angeben)

Dok.: 35117/2026

Anlage:

Bonn, 27.03.2026

Änderung der Kinder-Richtlinie (Kinder-RL)

Sehr geehrter Herr Dr. Bernhard van Treeck,
sehr geehrte Frau Dr. Thomas,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Ich sehe in dieser
Angelegenheit von einer Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Oster



Stellungnahme zur Neufassung der JGU-RL: Dokumentation

**der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V sowie eine Neufassung der
Richtlinie**

Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)	
13. März 2026	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<u>Grundsätzliche Würdigung:</u> Die DGSMP begrüßt grundsätzlich die Einführung einer Jugendgesundheitsuntersuchung J1, weil damit endlich der Ausweitung der Altersgrenzen für Untersuchungen im Jugendalter durch Änderung des § 26 SGB V am 25.07.2015 (Präventionsgesetz) Rechnung getragen wird. Gleichzeitig bedauert die DGSMP, dass auch für diese neu eingeführte Früherkennungsuntersuchung keine systematische Nutzenbewertung vorgelegt wird, gerade weil die J1 ja als selektivvertragliche Leistung bereits langjährig im Einsatz ist und daher eine Evaluation möglich gewesen wäre. Aus Sicht der DGSMP ist es dringend erforderlich, dass diese flächendeckend neu eingeführte Leistung ebenfalls evaluiert wird. Dazu sollte ein Absatz ergänzt werden, der mindestens eine Wirksamkeitsevaluation, prinzipiell aber eine Nutzenbewertung, idealerweise durch das IQWiG, vorsieht.	
A § 1 (1) 5. Satz Überarbeitung des Satzes „Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V, die sich altersentsprechend an das Kind, die jugendliche Person oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann.“	Die 2017 eingeführte Präventionsempfehlung hat sich nicht bewährt. Ausweislich des 1. Präventionsberichts der Nationalen Präventionskonferenz 2018 wurden die hier vorgesehenen Formulare bundesweit nur in vereinzelt Fällen eingesetzt, und zudem in weit überwiegender Zahl fehlerhaft, d.h. für andere Leistungen des SGB V (etwa Rehabilitationsleistungen). Insbesondere Präventionsempfehlungen für Kinder und Jugendliche werden nicht ausgesprochen.

Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)	
13. März 2026	
	Es ist daher erforderlich, sich der sachgerechten Umsetzung des gesetzlichen Auftrags zur Einführung von Präventionsempfehlungen in einem eigenständigen Verfahren zu widmen.
B § 3 (1) d ergänzende Anamnese: Die Verwendung einer Checkliste gemäß Anlage 1a wird unterstützt. Allerdings sollte sie nicht ohne Anwesenheit von Personal von Patienten oder Eltern ausgefüllt werden, sondern als Leitfaden für das gemeinsame Gespräch genutzt werden. In der Checkliste gemäß Anhang 7a fehlen zur vollständigeren Abbildung der psychischen Gesundheit gerade auch internalisierende Auffälligkeiten, z.B. Thema Depressive Stimmung/Suizidalität und Thema Ängste als eigenständiges Thema (auch unabhängig von Schulangst, zB soziale Ängste etc.).	
B § 3 (1) d ergänzende Anamnese: Vermeidung des Begriffs der „Pubertät“, ersetzen durch „Geschlechtsreife, Adoleszenz“ (entsprechend PatV)	Der Begriff „Pubertät“ ist diskriminierend, weil damit die Bevölkerungsgruppe der jungen Heranwachsenden pauschal diskreditiert und dieser unter Verweis auf (vermeintliche) hormonelle Prozesse Unmündigkeit unterstellt wird.
B § 3 (1) d ergänzende Anamnese: Auflistung des Beratungsbedarfs im Bereich Mediennutzung und körperliche Aktivität; Keine Verwendung eines Fragebogens gemäß Anlage 1b (entsprechend GKV-SV/ DKG/ PatV) Stattdessen sollten wichtige Hinweise und Spezifizierung der Regulierung von Medien durch Eltern und Kind selbst eingefügt werden, damit die Ärzte dieses Gespräch	Die anamnestische Erhebung sollte überwiegend im direkten Arzt-Patienten-Gespräch ermittelt werden. Checklisten und Fragebogen zur Selbstaussfüllen sind für Patienten/ Jugendliche/ Eltern häufig ermüdend und können die Anamnese erschweren, wenn sie mit sozial erwünschten Antworten ausgefüllt werden, insbesondere Menschen mit hoher sozialer Belastung. Eine Checkliste für Medienkonsum kann jedoch Gesprächsgrundlage für das gemeinsame Gespräch von Arzt und Patient sein.

Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)	
13. März 2026	
maximal informiert führen und gut beraten können. Es braucht klare Hinweise auf mögliche Systeme, Website zur weiteren Info, eine Spezifizierung der Regulierung (durch technische Systeme, durch Zeitmessung und Abschalten etc.), oder Einsatz von helfenden Apps (z.B. Warte-Apps bevor Seiten aufgehen).	Dazu müsste die Checkliste in Bezug auf Medien jedoch deutlich spezifischer und differenzierter sein, siehe Anmerkungen links.
B § 3 (2) Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung Die Vorgabe der Verwendung des KIDSCREEN-10 wird unterstützt. Wir fordern jedoch, dass aufbauend auf einem Fragebogen im Rahmen der Einführung der Früherkennungsuntersuchung im Weiteren die Handlungsableitung basierend auf den Ergebnissen des Fragebogens spezifiziert wird. Dazu sollten bei Implementierung der Früherkennungsuntersuchung über wissenschaftliche Begleitforschung bestimmte Patientenpfade bei bestimmten Auffälligkeitskombinationen als Handlungsempfehlung basierend auf KiDscreen entwickelt werden.	Viele Kinderärzte können in ihrer Handlungssicherheit in Bezug zur psychischen Gesundheit noch gestärkt werden. Es braucht bessere Handlungsanweisungen (z.B. auch stepped care approaches) basierend auf standardisierten Fragebögen.

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

DGSMP		
Die Anhörung findet voraussichtlich im II. Quartal 2026 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil
Wir nehmen nicht teil.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

Wortprotokoll

**einer Anhörung zum Beschlussentwurf des
Gemeinsamen Bundesausschusses
zur Kinder-RL: Einführung einer neuen
Früherkennungsuntersuchung für Kinder nach
§ 26 SGB V und zur JGU-RL: Dokumentation der
Jugendgesundheitsuntersuchung gemäß Anlage 1 der
Kinder-RL sowie Neufassung der JGU-RL**

Vom 28. Mai 2026

Vorsitz	Herr Dr. van Treeck
Beginn:	11:18 Uhr
Ende:	12:02 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie & Angeborene Herzfehler (DGPK)
Herr Dr. Leipold

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- & Familienmedizin (DEGAM)
Frau Dr. Degener
Herr Dr. Giesecking

Deutsche Gesellschaft für Kinder- & Jugendmedizin (DGKJ) mit Unterstützung von der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie & Jugendmedizin (DGSPJ), der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED), der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) sowie der AG Kinder- und Jugendgynäkologie
Herr Dr. Lawrenz

Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)
Herr Dr. Prokisch

Beginn der Anhörung: 11:18 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Wir kommen zum Unterausschuss Methodenbewertung, schön, dass Sie sich für diese Anhörung Zeit genommen haben.

Zum Organisatorischen: Ich werde jetzt zunächst der Reihenfolge nach aufrufen, wer anwesend sein sollte, wer sich gemeldet hat, und dann bitte ich Sie, mit „Ja“ zu bestätigen, wenn Sie anwesend sind.

Es wird von dieser Sitzung ein Wortprotokoll erstellt und auch veröffentlicht. Deswegen ist es wichtig, dass Sie vor jeder Wortmeldung Ihren Namen noch mal sagen, damit klar ist, wer sich gemeldet hat. Wenn Sie gleich in der Diskussion eine Wortmeldung haben, bitte ein X in den Chat setzen. Dadurch wissen wir dann, in welcher Reihenfolge Sie sich gemeldet haben. Nicht die Hand, also X in den Chat. Und wir werden Sie jetzt in der Reihenfolge der Statements aufrufen, wo Sie noch mal die wichtigsten Punkte Ihrer Stellungnahme aufführen können, aber bitte kurz, die werden wir nacheinander abfragen, sodass im Nachgang der Unterausschuss die Möglichkeit hat, Fragen zu stellen.

Ich beginne jetzt mit der Abfrage der Anwesenheit, und zwar der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler, Dr. Georg Leipold. Sind Sie da?

Herr Dr. Leipold (DGPK): Ja.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Guten Morgen! – Die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, Dr. Lisa Degener.

Frau Dr. Degener (DEGAM): Ja, ich bin anwesend. Guten Morgen!

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Guten Morgen! – Und Dr. Carsten Giesecking?

Herr Dr. Giesecking (DEGAM): Ich bin auch anwesend. Auch schönen guten Morgen!

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Guten Morgen! Willkommen! – Und dann für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin mit Unterstützung anderer Fachgesellschaften, deren Aufzählung ich jetzt hier klammere, Dr. Burkhard Lawrenz?

Herr Dr. Lawrenz (DGKI/DGSPJ/DGPAED/GPGE): Ja, hier bin ich. Guten Morgen!

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Guten Morgen! – Und dann noch die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik, Dr. Holger Prokisch.

Herr Dr. Prokisch (GfH): Ich bin auch da, guten Morgen!

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Guten Morgen! – Dann darf ich jetzt zunächst die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler darum bitten, kurz noch mal wesentliche Punkte Ihrer Position darzustellen.

Herr Dr. Leipold (DGPK): Im Wesentlichen geht es bei diesen Vorsorgen für die pädiatrischen Kardiologen darum, das Hypercholesterinämie-Screening einzuführen, um Patienten mit familiärer Hypercholesterinämie frühzeitig zu erfassen und auch therapieren zu können.

Diese Situation, wie sie die letzten Jahrzehnte gewesen ist, wo man bei der J1 nach der familiären Hypercholesterinämie fragt und dann in Abhängigkeit von der Antwort der Eltern eine Blutentnahme macht, hat sich als völlig unzureichend erwiesen für das Problem der

familiären Hypercholesterinämie. Nicht mal 1 % der von dieser häufigsten Stoffwechselerkrankung in Europa Betroffenen werden diagnostiziert, bevor sie ihren ersten Herzinfarkt erleiden. Der tritt relativ früh auf, ab 35, und etwa 20 % der Patienten, die vor dem 40. Lebensjahr einen Herzinfarkt erleiden, haben eine familiäre Hypercholesterinämie. Es ist ein Gesundheitsproblem, das wir bisher nicht genug gefasst haben, und deshalb gehört es sich eigentlich, in den Themenbereich der U10 und der J1 hier ein universelles Screening zu etablieren. – Damit würde ich gerne enden.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Vielen Dank, Herr Kollege! – Jetzt kommt die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, Dr. Lisa Degener oder Dr. Carsten Giesecking. Wer möchte beginnen?

Frau Dr. Degener (DEGAM): Ja, wir begrüßen die Einführung der U10 unbedingt. Wir haben in der hausärztlichen Versorgung von Kindern, in denen auch Vorsorgeuntersuchungen stattfinden, diese große Lücke zwischen der U9, also die Vorsorgeuntersuchung bei fünfjährigen Kindern, und der J1, der 12- bis 14-jährigen Kindern, vermisst, dass wir da noch mal eine Vorsorgeuntersuchung durchführen können, wo genau auf die Erkrankungen abgezielt wird, die jetzt in dem Alter vermehrt auftreten. Das sind ja die sogenannten neuen Morbiditäten wie psychosomatische Erkrankungen, Adipositas, Bewegungsmangel und jetzt vor allen Dingen auch das große Problem Medienkonsum. Und die U10 ist dabei eine ganz hervorragende Möglichkeit, in dem Alter noch mal auch intensive Eltern- und Kindberatung zu betreiben und natürlich auch noch mal den Gesundheitsstatus der Kinder – also auch gerade Veränderungen des Bewegungsapparates spielen in dem Alter eine Rolle, und auch schon in dem Alter Störungen der Pubertätsentwicklung wie die Pubertas praecox früher zu erkennen, bei Skolioseentwicklung früher eingreifen zu können und insgesamt insbesondere die Beratung zu intensivieren, was Bewegung und Ernährung anbetrifft. – Danke.

Herr Dr. Giesecking (DEGAM): Dem ist inhaltlich nichts weiter hinzuzufügen. Mir geht es organisatorisch noch darum, dass wir es sehr begrüßen, dass die J1 dann auch irgendwie ins Gelbe Heft integriert wird und nicht diese lose Zettelsammlung bleibt, die sie bislang noch ist.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Dann kommen wir jetzt zu verschiedenen Gesellschaften, die federführend vertreten werden von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, Dr. Lawrenz.

Herr Dr. Lawrenz (DGKJ/DGSPJ/DGPAED/GPGE): Ja, wir haben ja von der DGKJ den Entwurf für die Einführung der U10 und die Änderung der J1 umfangreich kommentiert, darauf möchte ich jetzt nicht weiter eingehen.

Zur Stellungnahme der pädiatrischen Kardiologen möchte ich aus der Leitlinie zitieren, auch wenn die noch nicht veröffentlicht ist. – Ganz kurz. – Um die wissenschaftliche Grundlage – – Entschuldigung, jetzt bin ich hier falsch. Ich hatte es soeben noch aufgerufen. – Also:

„Der vorliegenden direkten Evidenz ist eine S3-Leitlinie, also eine systematische Literaturrecherche, vorangegangen. Die vorliegende direkte Evidenz ist unzureichend, um Nutzen und Schaden eines populationsweiten Screenings bei Kindern und Jugendlichen auf familiäre Hypercholesterinämie zu bewerten. Die Auswirkungen einer populationsweiten Screening-Kette bei Kindern auf kardiovaskuläre Ereignisse sind nicht evaluiert worden.“

– Hier ist etwas falsch bei mir.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Was sind denn Ihre Forderungen aus dem, was Sie jetzt verlesen wollen, oder Ihre Änderungen oder Ihre konkreten Vorschläge?

Herr Dr. Lawrenz (DGKJ/DGSPJ/DGPAED/GPGE): Wir von der DGKJ haben uns darauf geeinigt, dass wir zunächst weitere Studien brauchen, um den Nutzen und den Schaden eines populationsweiten Screenings auf familiäre Hypercholesterinämie zu bewerten, und erst dann eine Empfehlung oder Nichtempfehlung für ein solches Screening abzugeben.

Ansonsten gibt es zu den umfangreichen Änderungsvorschlägen der DGKJ nichts Neues, das haben Sie alles gelesen. – Danke schön.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön, Dr. Lawrenz. – Dann kommen wir jetzt zur Deutschen Gesellschaft für Humangenetik, Dr. Prokisch.

Herr Dr. Prokisch (GfH): Ja, schönen Dank. Wir freuen uns, dass es diese U10 hoffentlich geben wird und dass wir die Möglichkeit haben, bei der U10 die häufigste genetische Erkrankung zu screenen, die familiäre Hypercholesterinämie.

Wir sehen das gleich mit der Deutschen Gesellschaft der Kinderkardiologen: dass wir hier die einmalige Möglichkeit haben, mit einer Häufigkeit von 1:200, vielleicht sogar noch häufiger, Kinder zu screenen und damit auch die ganzen Familien zu identifizieren, die familiäre Hypercholesterinämie haben und für die es eine Therapie gibt, sowohl für die Kinder als auch für die Eltern.

Es gibt Einigkeit, dass die Therapie identifizierter Kinder durchgeführt werden soll. Die Frage ist, ob dieses Screening gerechtfertigt ist. Und aus Sicht der Humangenetik ist durch einen genetischen Befund, der nach dem erhöhten Cholesterinwert gestellt werden kann, eine eindeutige Diagnose möglich. Und damit ist es möglich, diese Familien zu identifizieren. Und es würde ein großer Verlust bedeuten, wenn man das nicht tun würde.

Daher unsere Empfehlung, dieses Screening von Hypercholesterinämie in der U10 durchzuführen. – Besten Dank.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Dann kommen wir jetzt zu den Fragen des Unterausschusses.

KBV: Guten Morgen! Meine Frage richtet sich vor allen Dingen an Herrn Lawrenz: ob die fremdanamnestiche Elternversion und/oder die eigenanamnestische Kinder- und Jugendlichenversion für die Fragebogeninstrumente zu wählen ist. Vor dem Hintergrund der recht großen Varianz hinsichtlich der Lesekompetenz in diesem Alterssegment haben wir uns dafür entschieden, exklusiv auf die fremdanamnestiche Version zu setzen, wie unserem Vorschlag zu entnehmen ist. Mir ist in den Stellungnahmen nicht ganz klar geworden, ob Sie Ihrerseits jetzt befürworten, dass man exklusiv auf die eigenanamnestische Kinder- und Jugendversion setzen sollte oder ob man dies idealerweise kombiniert mit einer fremdanamnestiche Erhebung, vorzugsweise der Personensorgeberechtigten, oder möglicherweise sogar noch von jemand anderem. Könnten Sie dazu bitte noch mal ausführen?

Herr Dr. Lawrenz (DGKJ/DGSPJ/DGPAED/GPGE): Ja, gern. Wir machen ja schon seit Langem im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte eine U10 und eine J1+. Und wir wenden uns bei der U10 – also das wäre unsere U11, in der Altersgruppe, wo jetzt die U10 vorgesehen ist, an die Eltern mit dem Fragebogen. Und bei der J1, da sind die Kinder ja schon ein bisschen älter bzw. jugendlich, da setzen wir eine ausreichende Lesekompetenz voraus. Und das ist auch in den meisten Fällen der Fall. Da befragen wir Eltern und Jugendliche parallel, und zwar

deswegen, weil wir bei der Befragung der Jugendlichen und Eltern oft erlebt haben, dass es sehr diskrepante Antworten, zum Beispiel bezüglich der Schulleistungen oder anderer Dinge oder des Bewegungs- und Medienverhaltens, gibt. Und das gibt dann natürlich Anlass zu einer differenzierten Nachfrage und Beratung. Bei vielen ist es auch konsistent, was Eltern und Jugendliche antworten. Aber wenn da größere Differenzen sind, dann ist das ein Hinweis, dass es da irgendwo Probleme gibt. Das hat sich bei uns sehr bewährt. Und ich würde sehr dafür plädieren, das in der J1 auch weiter so zu machen, also die Personensorgeberechtigten und den Jugendlichen getrennt mit einem Fragebogen befragen, den kurz auszuwerten und danach die Beratung auszurichten.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Gibt es noch eine Nachfrage?

KBV: Ja, also wenn ich Sie richtig verstehe: bei der J1 unbestritten Fremd- und Eigenanamnese. Und in dieser Nomenklatur U10, respektive der U11 im selektivvertraglichen Bereich, würden Sie dann sagen: exklusiv die Eltern? Oder –

Herr Dr. Lawrenz (DGKJ/DGSPJ/DGPAED/GPGE): Exklusiv die Eltern. Also natürlich reden wir auch mit den Kindern und befragen die auch mündlich, aber einen Fragebogen, der sich direkt an die Kinder richtet in der Altersgruppe 9 bis 10 Jahre, haben wir bislang nicht eingesetzt und halten wir auch nicht für sinnvoll – auch nicht für notwendig.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Die Patientenvertretung hat auch eine Frage.

StS PatB: Vielen Dank, ja, schade, dass Herr Hecken nicht dabei sein kann, wenn wir darüber streiten werden, aber es irritiert uns ja schon so ein bisschen, dass wir im Bereich der Arzneimittel eigentlich seit 16 Jahren dafür kämpfen, und es hat sich auch durchgesetzt, dass die Kinder befragt werden und nicht die Eltern. Weil: Sie haben gerade beschrieben, die Diskrepanz mag ja vielleicht berechtigt sein, aber fänden wir jetzt ein bisschen komisch. Also wir haben ja, wenn wir uns für einen Fragebogen entscheiden wollen/müssen, oder auch nicht, dann hätten wir schon die Idee gehabt, natürlich die Kinder auch zu befragen, weil es bietet sich eigentlich an, weil durchaus gibt es einen Unterschied, weil wir wollen ja genau wissen, wie es den Kindern geht. Deswegen: macht mehr Aufwand, kostet mehr Geld, dann muss es ausgewertet werden. Wir fänden es toll, wenn die Zeit mit den Gesprächen eigentlich an sich begonnen – weil Kinder durchaus auch in dem Alter lesen können sollten, weil sie in der Regel aufs Gymnasium gehen, fänden wir es eigentlich geboten, hier eigentlich den Schwerpunkt auf die Kinder zu setzen. Aber das vielleicht noch mal als Hinweis, weil wir das so ein bisschen – es ist ein Unterausschuss, es geht um klinische Studien, aber da ist genau das nicht akzeptiert, weil genau eigentlich die Kinder das Maß sind. Natürlich, wenn sie vier Jahre alt werden, geht es nicht, aber sobald eine Eigeneinschätzung möglich ist – die Frage ist: Ist der Fragebogen vielleicht zu komplex? Aber das fanden wir noch mal interessant, dass das so völlig anders gehandhabt wird.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Ihre Frage ist: Reicht das? Machen wir nicht nur primär Kinderfragebogen, oder? Wenn wir den Fragebogen machen, das war die Frage dann auch? – Herr Lawrenz.

Herr Dr. Lawrenz (DGKJ/DGSPJ/DGPAED/GPGE): Also wir können auch einen Fragebogen auch im Alter von neun bis zehn Jahren versuchen einzusetzen, aber es ist natürlich nachgewiesen, dass die Lesekompetenz nicht bei allen Kindern so gut ist. Und wir haben bisher auf das Gespräch gesetzt. Natürlich reden wir mit den Kindern, habe ich ja auch gesagt. Die Selbsteinschätzung der Kinder ist da ganz wichtig. Aber – also wir haben es bislang nicht als zielführend empfunden, das per Fragebogen zu machen. Das könnte man, wenn der G-BA sich

so entscheidet, natürlich machen und auch die Erfahrung damit machen. Es ist ein zusätzlicher Aufwand, der honoriert werden muss. Und ich halte es nicht für notwendig, da über die mündliche Befragung hinauszugehen.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Frau Degener, bitte das X nehmen, aber ich habe Sie trotzdem gesehen.

Frau Dr. Degener (DEGAM): Danke schön. Also ich möchte das unterstützen, was Kollege Lawrenz gerade gesagt hat. Wir führen ja auch schon die U10 und die U11 durch – im Rahmen der Selektiv-Verträge dürfen einige Allgemeinmediziner die auch durchführen – und kann das unterstützen: dass das bei uns auch genauso aufgeteilt ist und wir das als für die Praxis sehr sinnvoll erachten. Die Eltern oder die Bezugsperson füllt im Wartezimmer den Fragebogen aus, während die Kinder von der MFA für die Messungen mitgenommen werden - Gewicht, Größe und Blutdruck usw. -, und häufig füllen die Eltern das zusammen mit dem Kind aus, das erzählen sie mir. Aber in der Anamnese steht bei dieser Vorsorgeuntersuchung das Kind im Vordergrund, also da sprechen wir mit dem Kind. Und ich würde auch sagen, da den Fragebogen für die Kinder noch mal einzuführen wäre jetzt redundant aus meiner Sicht.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Ja, also es ist auch mal wichtig mitzukriegen, wie die Versorgung so läuft. Das heißt, Sie arbeiten bereits jetzt schon mit Fragebögen. Sie kennen ja meine Position, die ein bisschen anders ist. Also ich habe schon früher auch mit Fragebögen gearbeitet und weiß natürlich, dass das Vor- und Nachteile hat. Erstens sind die für einen bestimmten Zweck evaluiert und für einen anderen Zweck eben nicht und die Übertragbarkeit ist die Frage. Zum Zweiten helfen die zwar bei der Strukturierung, machen aber auch neue Lücken auf, weil man die Dinge, die nicht drinstehen, ja nicht fragt. Und außerdem sind natürlich nur ausgebildete Ärzte da am Werk, denen ich auch grundsätzlich zutraue, die richtigen Fragen zu stellen. Es steht ja in den Unterlagen, die Ihnen vorliegen. Was würde denn passieren, wenn meine Position sich durchsetzt? Gäbe es überhaupt Probleme mit der Versorgung? Denn Sie arbeiten ja bereits mit Fragebögen. Wer möchte?

Herr Dr. Lawrenz (DGKJ/DGSPJ/DGPAED/GPGE): Frau Degener, ich lasse Ihnen den Vortritt.

Frau Dr. Degener (DEGAM): Ja, es ist beides machbar. Also das ist jetzt kein großes Ding. Aber ich sage nur, wie unsere Erfahrung aus der Praxis ist, und sehe da jetzt, wie gesagt, keine Besorgnis, dass die Kinder zu wenig zu Wort kämen ohne diesen Fragebogen. Aber ich kann auch mit der anderen Lösung leben.

Herr Dr. Lawrenz (DGKJ/DGSPJ/DGPAED/GPGE): Also ich sehe da schon Probleme, wenn wir insbesondere – wenn wir bei der U10, auf den Eltern-Fragebögen, bei der J1 auf die beiden Fragebögen verzichten, denn die geben der Anamnese eine Struktur, die in der hektischen Praxissituation nicht immer ohne die Fragebögen im Gespräch so beibehalten werden kann. Und die gibt einen schnellen Überblick darüber, wo Probleme liegen könnten. Und dann kann man gezielt an der Stelle nachfragen und beraten. Und dass wir damit irgendwelche Lücken lassen mit den Fragebögen, die wir bislang verwenden, das kann ich eigentlich nicht erkennen.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Na, Sie sagen es ja schon, Sie verwenden sie bisher. Aber gut, vielen Dank für die Antwort.

Frau Dr. Degener (DEGAM): Darf ich da noch mal was nachhaken? Entschuldigung.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Klar.

Frau Dr. Degener (DEGAM): Ich hatte tatsächlich jetzt den Ausgangspunkt nicht ganz verstanden. Also es geht darum, gar keine Fragebögen zu verwenden. Da würde ich auch

vehement, vor allen Dingen bei der J1 – – Wissen Sie, wie schwer es ist, mit Jugendlichen ins Gespräch zu kommen? Und da haben wir diesen Fragebogen als Einstieg in ein mögliches Gespräch, was auch nicht selbstverständlich stattfinden wird, unbedingt. Aber genau wie Herr Lawrenz sagt: Wir haben eine Struktur, wir haben schon mal ein paar Sachen abgefragt, wie zum Beispiel - das ist bei uns eine Frage -: Bist du mit deiner Figur, mit deinem Körper zufrieden? – Das ist ein ganz wichtiger Punkt bei den Jugendlichen, die in die Pubertät kommen und entweder zu dünn, zu dick, zu groß, zu klein sind und darüber reden vielleicht, wenn man diese Frage schon mal vorher gestellt hat. Wenn ich sie aber im persönlichen Gespräch das fragen, ist das häufig ein schwieriges Unterfangen. Das kennen Sie vielleicht, wenn Sie selbst pubertierende Kinder haben, wie schwierig es manchmal sein kann, mit denen ins Gespräch zu kommen.

Also den Fragebogen für die J1, daran möchte ich unbedingt festhalten, weil das uns ganz wichtig ist und einen Einstieg in ein Gespräch ermöglicht, der sonst schwieriger ist.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Also ich habe drei Kinder - wir beginnen jetzt Fragen zu beantworten, wo wir eigentlich umgekehrt fragen - und ich weiß, was Sie meinen. Auf der anderen Seite – hier steht ja nicht drin, dass keiner Fragebögen verwenden darf. Also es geht nur darum: Was regeln wir und was regeln wir nicht?

Herr Dr. Lawrenz (DGKJ/DGSPJ/DGPAED/GPGE): Also ich möchte das auch noch mal unterstützen, was Frau Degener sagt. Und zwar wissen die Jugendlichen ja oft gar nicht, was in der J1 auf sie zukommt. Und da kursieren Gerüchte auch unter den Jugendlichen. Und wenn die schon mal vorher einen Fragebogen in die Hand kriegen und kriegen zum Beispiel die Frage da gestellt „Bist du mit deinem Äußeren zufrieden?“, dann fangen die schon mal darüber an nachzudenken, ob das überhaupt ein Thema ist, über das sie mit dem Arzt oder der Ärztin reden wollen. Und wenn man die so in der Praxis mittendrin, wenn die eigentlich auch eher abgeneigt sind, überhaupt zur Vorsorge zu gehen, mit dieser Frage überfällt, dann fehlt denen eine Vorbereitung, eine innerliche Vorbereitung, ob sie antworten wollen oder nicht und was sie sagen wollen und wie viel sie sagen wollen und wie viel sie nicht sagen wollen.

Aber Sie haben natürlich recht, jeder kann in seiner Praxis Fragebögen verwenden. Ich bin nicht dafür - das steht auch in unseren Ausführungen, in der Stellungnahme -, dass jeder macht, was er will, sondern eigentlich – ich werde oft von Eltern angesprochen: Warum wird denn in jeder Praxis die Vorsorgeuntersuchung unterschiedlich durchgeführt? – Ich bin dafür, dass es einen Rahmen gibt, der klarstellt, das ist der Standard und das sollen alle machen, das werden trotzdem nicht alle auf die gleiche Art machen. Aber es muss einen Standard geben – also wenn jeder seine Fragebögen verwendet, die er sich selbst gesucht hat und seine eigenen Fragen verwendet, dann können Sie auch solche Untersuchungsergebnisse weder auswerten noch wissenschaftlich irgendwie nutzen, was ja eigentlich wünschenswert wäre. Und dann findet eben doch in Hamburg eine andere Vorsorgeuntersuchung statt als in München oder in meiner Nachbarpraxis eine andere Vorsorgeuntersuchung als bei mir.

Also ich halte die Fragebögen insbesondere bei der J1, aber auch die Eltern-Fragebögen bei der U10, für absolut notwendig, dass es da eine Vorgabe für einen Standard gibt.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Also Sie wären hier für die Einschränkung der Berufsfreiheit und Setzung einer Norm, obwohl es die Evidenz nicht unbedingt hergibt. Also wenn ich jetzt meine Position noch mal sage – – Die Stabstelle Patientenbeteiligung hat sich jetzt noch mal gemeldet.

StS PatB.: Ja, vielen Dank. Jetzt ist noch mal einiges schon auch gesagt worden. Und trotzdem: Also auch wir aus Patientenvertretungssicht nehmen halt die starke Fokussierung auf Fragebögen auch im Rahmen des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens sehr stark wahr. Auch jetzt wird es noch mal sehr stark betont.

Was ist denn die konkrete Zielsetzung des Fragebogens? Jetzt gerade ging es halt um „Bist du mit deinem Körper zufrieden?“, hier steht es unter dem Aspekt jetzt in den Unterlagen der psychischen Gesundheit. Was ist denn die Zielsetzung, was kein Eltern-Arzt-Gespräch oder auch Kind-Gespräch leisten kann? Können Sie das noch mal mehr auf den Punkt bringen?

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Und meine Frage gern auch noch beantworten. Ich wollte das jetzt nicht einfach so reinwerfen und dann weiterleiten.

Herr Dr. Lawrenz (DGKJ): Ich glaube, ich bin da angesprochen. Ich habe es ja eigentlich eben schon ziemlich klar gesagt: dass dieser Fragebogen oder die Fragebögen überhaupt die Möglichkeit geben, sowohl Kinder, Jugendliche als auch Eltern darauf vorzubereiten, um was es in dem Arztgespräch oder in der Untersuchung geht. Und dass sie sich damit schon mal auseinandersetzen. Und auch damit: Was wird denn hier gefragt? Was wollen die denn hier wissen? Und was will ich denn überhaupt sagen? – Und das spart unheimlich viel Zeit. Und Zeit ist ja sehr kostbar, gerade in den heutigen Zeiten, wo die meisten Praxen, die meisten Hausarzt- sowie Kinder- und Jugendarztpraxen überlaufen und überlastet sind.

Und was die Einschränkung der Berufsfreiheit oder der Freiheit angeht: Also als Vertragsarzt ist man ohnehin massiv eingeschränkt in seiner beruflichen Freiheit. Aber wenn wir schon – – Also ich komme ja aus der Screening-Kommission, ich bin Screening-Fachmann. Und wenn wir ein Screening machen, dann muss klar sein, dass überall auf das Gleiche mit den gleichen Methoden gescreent wird und dass man damit bestimmte Ergebnisse erzielt und dass man damit behandelbare Erkrankungen schneller findet, als wenn man abwartet, bis sich einer wegen Symptomen bei uns meldet. Und nur dann macht ein Screening Sinn.

Und die Fragebögen, die wir verwenden, richten sich sehr stark auf die psychische Gesundheit. Das sind diese Mannheimer Eltern- und Jugendlichen-Fragebögen. Und das ist ein sehr gutes Screening auf sehr viele seelische Probleme, Schulprobleme usw., das auch validiert ist. Und wir verwenden auch Anamnesefragebögen zusätzlich, zum Beispiel bei der Frage nach der Hypercholesterinämie oder dem frühzeitigen kardiovaskulären Ereignis in der Verwandtschaft. Und auch nach Bewegung und Mediennutzung usw. Und fragen Sie mal nach Bewegung und Mediennutzung. Da kommt erst mal das große Nachdenken. Man braucht auch ein bisschen Zeit, um Fragen vernünftig zu beantworten. Und da müssen Sie unheimlich viel Zeit in ein Gespräch investieren, die Sie in der Praxis einfach nicht haben, wenn Sie dem Ganzen nicht eine Struktur geben. Und wenn wir ein vernünftiges Screening machen, müssen wir unsere berufliche Freiheit ein wenig aufgeben und einer Struktur folgen, die von Fachgesellschaften und Fachleuten abgesegnet ist. Das ist beim Neugeborenen-Screening völlig anerkannt, dass da nicht jeder screent, wie er will und auf was er will, sondern dass vorher Experten sagen: Dieses Screening macht Sinn, das muss so gemacht werden, und das Screening macht keinen Sinn, weil der Nutzen nicht klar nachgewiesen ist.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Okay, danke. – Jetzt haben wir noch zwei weitere Wortmeldungen. Erst mal Dr. Giesecking und dann noch mal die Patientenvertretung.

Herr Dr. Giesecking (DEGAM): Ja, ich hatte mich gemeldet, als die konkrete Frage nach dem Sinn der Fragebögen kam. Das ist jetzt im Prinzip von Frau Degener und Herrn Lawrenz schon beantwortet. Aber noch ganz kurz zusammengefasst: Es war ja eben auch das Argument,

wenn ich einen Fragebogen habe, dann habe ich einige Items, die ich abfrage, aber dadurch würden auch einige wegfallen. Ich sehe es trotzdem so, dass eine Grundstrukturierung durch den Fragebogen mir den Einstieg in das Gespräch mit den Eltern oder dann mit den Jugendlichen überhaupt erst mal vereinfacht, das wurde jetzt ja auch alles gesagt, und dass wesentliche Dinge dann eben auch nicht vergessen werden, selbst wenn ich mit einem Fragebogen natürlich nicht 100 % dessen, was ich wissen will, da jetzt über den Fragebogen abfragen kann. Aber ich bin im Thema und habe dann, wenn ich aus der Antwort merke, dass es andere Bereiche gibt, die jetzt so dezidiert vielleicht im Fragebogen nicht auftauchen, aber dann bin ich im Gespräch. Und insofern, denke ich, sollte so ein Fragebogen auch ganz dringend Voraussetzung sein, um eine gewisse Struktur allen Kollegen und Kolleginnen irgendwo vorzugeben.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Das, wie gesagt, soll ja nicht verboten werden, also. – Die Stabstelle Patientenbeteiligung.

StS PatB.: Vielen Dank. Ich würde dann noch mal die Frage aufgreifen, die gerade auch seitens der KBV kam, was die Kinderversion angeht. Wenn Sie jetzt auch argumentieren, ein Fragebogen bereitet vor auf den Termin, auf das Gespräch – und hier wollen wir auch noch mal sehr betonen, dass uns dieses Gespräch sehr wichtig ist, was auch die DEGAM in ihrem Eingangsstatement gesagt hat: Es geht hier um eine intensive Beratung, also wir sind ja hier nicht in einem klassischen Screening, wo man jetzt einen Verdacht schon auf bestimmte Erkrankungen hat, das auch noch mal als Klarstellung.

Aber wie kann man denn vorbereitet auf ein Gespräch dann gehen, wenn dann die Eltern befragt werden? Ist das nicht auch genau das Argument, die Kinder zu fragen?

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Ja, wer möchte antworten?

Herr Dr. Lawrenz (DGKI/DGSPJ/DGPAED/GPGE): Also ich habe es eigentlich schon mehrfach gesagt, aber ich sage es jetzt noch mal: Den Fragebogen für ein neunjähriges Kind halte ich nicht für notwendig, weil ich nicht glaube, dass der Effekt den Aufwand rechtfertigt. Also ich kann es mir nicht vorstellen, aber ich habe es auch noch nicht probiert. Man müsste da eigentlich einen Piloten machen, also eine wissenschaftliche Untersuchung daraus machen, ob das wirklich mehr was bringt. Oder man müsste es in der Praxis ausprobieren. Optimal sind natürlich immer wissenschaftliche Daten, bevor man so etwas einführt, was wieder Geld kostet, also was wieder den Aufwand erhöht und Geld kostet. Ich bin nicht so überzeugt davon, dass das wirklich in dem Alter Sinn macht und notwendig ist. Aber wenn Sie das meinen, dann kann ich nur sagen, das ist eine Forschungsfrage, die muss wissenschaftlich beantwortet werden.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Frau Degener.

Frau Dr. Degener (DEGAM): Ich möchte das noch mal betonen, was eben schon mal gesagt wurde: die Lesekompetenz der Viertklässler. Ich war kürzlich in einem Projekt, da ging es um Hospizarbeit und Palliativmedizin im vierten Schuljahr, und zwar hier in – ich bin im Münsterland im Speckgürtel, keine prekären Verhältnisse, wobei natürlich auch dort Kinder aus schwierigeren oder weniger Bildungshintergrund sitzen. Und ich mache dieses Projekt seit zehn Jahren und es war unglaublich, wie schlecht die Schriftsprache und die Lesekompetenz dieser Kinder war. Da ging es eben darum, dass sie Fragen stellen sollten, die sollten sie vorher aufschreiben und konnten sie ihre eigene Schrift nicht mehr lesen. Also das ist das eine.

Und das andere ist das, was ich eben schon gesagt habe: Was für die Jugendlichen stimmt, stimmt ja umgekehrt für die Neunjährigen eben nicht. Mit denen kommen wir noch gut ins

Gespräch. Die sind wirklich noch kindlich neugierig. Die fragen, die antworten auf die Fragen, das ist bei Jugendlichen wirklich eine andere Geschichte. Das sollte man auch noch mal bedenken. Und solange wir nicht wirklich validierte – es war ja das KIDSCREEN, glaube ich, empfohlen oder die Idee, das KIDSCREEN da zu nehmen als Fragebogen, aber ich sehe da tatsächlich in der Praxis auch eher mehr Aufwand, weniger Gewinn. Und das Gespräch mit den Neunjährigen ist deutlich einfacher zu führen als mit den Jugendlichen. Da würde ich mich auf den Fragebogen nicht verlassen.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Die Patientenvertretung hat noch eine Nachfrage.

StS PatB.: Ja, dann aufgegriffen zu dem, was Sie jetzt gesagt haben: Man kann das ja auch dann differenziert sehen. Also braucht man eigentlich bei der jetzt neu beratenden U10 gar keinen Fragebogen und fokussiert sich mit dem Fragebogen nur auf die J1.

Herr Dr. Lawrenz (DGKJ/DGSPJ/DGPAED/GPGE): Nein, das sehe ich ganz anders. Der Elternfragebogen ist bei der U10 außerordentlich wertvoll. Für das Screening: Was die Eltern über den seelischen und gesundheitlichen Status ihres Kindes denken und empfinden, ist das ein sehr wertvolles Instrument, das wir seit Jahren nutzen, mit positiven Erfahrungen. Und das möchte ich nicht aus der Hand geben.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Müssen Sie ja auch nicht. – Jetzt hat sich die KBV gemeldet.

KBV: Vielen Dank. – Ich habe noch mal eine andere Frage. In den vorliegenden Beschlussentwürfen war ja auch noch ein weiterer Dissens enthalten, oder unterschiedliche Auffassungen im Bereich der U10, zu der Frage, ob eine Blutdruckmessung hier zum Einsatz kommen soll oder nicht.

Können Sie aus Ihren Erfahrungswerten noch mal den Stellenwert einer Blutdruckuntersuchung in dieser Altersgruppe beschreiben? – Danke.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Wer möchte?

Herr Dr. Lawrenz (DGKJ/DGSPJ/DGPAED/GPGE): An wen richtet sich die Frage jetzt?

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): An den, der will. Möchten Sie, Herr Lawrenz?

Herr Dr. Lawrenz (DGKJ/DGSPJ/DGPAED/GPGE): Bluthochdruck wird ja häufiger, auch im Kindes- und Jugendalter – es gibt ein einfaches Screening auf Bluthochdruck, das ist die Blutdruckmessung, und die erfordert wenig Aufwand, das kann die MFA machen. Und wenn auffällige Werte sind, muss sich natürlich weitere Diagnostik anschließen, zunächst mal weitere Blutdruckmessungen und eventuell eine 24-Stunden-Blutdruckmessung. Da haben wir Instrumente in der Hand, die funktionieren, die uns die Frühdiagnose einer arteriellen Hypertonie bzw. den Ausschluss einer solchen ermöglichen, und dann muss behandelt werden. Also das ist ein Klassiker für Screening.

Einen erhöhten Blutdruck merkt man nicht, wenn man ihn nicht misst. Auch der Erwachsenen-Hypertoniker hat keine Beschwerden, wenn er einen hohen Blutdruck hat. Den können Sie nur durch Blutdruckmessungen erfassen. Die können falsch-positiv sein. Die können auch mal falsch-negativ sein wie jede Screening-Methode. Aber sicher ist die Falsch-Positiven-Rate höher, aber wir haben etablierte diagnostische Instrumente, um das festzustellen oder auszuschließen. Und dann haben wir eine Behandlungsindikation, die zumindest nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft Folgeschäden an den Gefäßen zu vermeiden in der Lage ist.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Jetzt hat sich die Patientenvertretung gemeldet.

StS PatB.: Ja, Entschuldigung, ich komme damit noch mal ein bisschen zurück auf die Fragebogen-Frage. Und ich wollte das einfach noch mal kurz auf Frau Degener zurückspiegeln, dass mir der Punkt komplett einleuchtet, dass der Fragebogen ein wichtiger Punkt ist zur Gesprächseinleitung. Also dieser Punkt leuchtet mir komplett ein. Aber der Punkt von Ihnen, Herr Lawrenz, dass wir das auch als einheitliches Merkmal brauchen, der leuchtet mir nicht ein, auch weil der Fragebogen das, glaube ich, nicht hergibt, einheitliche Maßstäbe zu machen.

Und vor allem: Sie haben ja auch richtigerweise gesagt, wann wir screenen, nämlich eben beispielsweise beim Neugeborenen-Screening, wo wir uns das ganz genau überlegen, welchen Nutzen und Schäden dann in der Folge sind. Aber genau solches Wissen haben wir bei dem Fragebogen in keiner Weise.

Also Zustimmung zu Frau Degener, die eben sagt, wir brauchen einen guten Gesprächsansatz, das ist einleuchtend. Aber Ihren Punkt mit der Einheitlichkeit und dem eindeutigen Screening, der geht eher ins Gegenteil, weil genau das ja der Fragebogen nicht hergibt. Und da kann ich auch keine Fragen ableiten, auch was Sie dazu weiter gesagt haben, sozusagen in der Perspektive, den wissenschaftlich auszuwerten. Das ist nach meinem Eindruck überhaupt nicht gegeben durch den Fragebogen, dass er irgendwie eine Grundlage für eine wissenschaftliche Ermittlung gibt.

Und die Strukturierung, die Sie auch eingebracht hatten, Herr Giesecking, die erfolgt ja über die Richtlinie. Und die Richtlinie strukturiert den Ablauf, der vergleichbar sein soll zwischen Hamburg, München, Berlin und einem kleinen Ort, aber nicht der Fragebogen. Also ich glaube, ihm wird irgendwie eine falsche Bedeutung beigemessen, was sich im Übrigen auch spiegelt in den Stellungnahmen, wo auch gesagt wird, eigentlich sozusagen Berufsfreiheit, verschiedene Möglichkeiten von Fragebogen, aber die konkrete Auswirkung vielleicht überschätzt wird.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Und Ihre konkrete Frage ist dann an der Stelle?

StS PatB.: Ob Sie das auch so sehen.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Es wäre sinnvoller, sich dem Vorschlag des Unparteiischen anzuschließen, hier keine Norm zu setzen und die Freiheit zu lassen.

Herr Dr. Lawrenz (DGKJ/DGSPJ/DGPAED/GPGE): Darf ich darauf antworten?

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Wir haben noch zwei weitere Redner, aber gerne, ja.

Herr Dr. Lawrenz (DGKJ/DGSPJ/DGPAED/GPGE): Also die Mannheimer Eltern- und Jugendlichenfragebögen sind wissenschaftlich validiert und ausgewertet und die könnte man auch zu wissenschaftlichen Auswertungen nutzen. Das war ja auch früher bei den Vorsorgeuntersuchungen mal geplant. Da gab es mal diese Durchschläge im Gelben Heft, die dann von der KV gesammelt wurden und dann doch nie ausgewertet wurden.

Und grundsätzlich wäre es natürlich schon gut, wenn unsere Vorsorgeuntersuchungen so strukturiert und validiert wären, dass man die Ergebnisse auch auswerten könnte. Das ist leider nicht der Fall. Das ist eigentlich eher „eminenzbasierte“ Medizin, also die Kinder- und Jugendvorsorgen grundsätzlich. Da gibt es nur wenige Elemente, die auch wissenschaftlich fundiert und basiert sind, die evidenzbasiert sind. Und die Mannheimer Fragebögen gehören zu diesen Elementen. Ich würde das als wünschenswert empfinden. Aber ich möchte gerne

rückfragen: Was ist denn der Nachteil aus Ihrer Sicht der Patientenvertreter von solchen Fragebögen? Was für Schaden können die denn anrichten?

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Ja, genau diese Richtung der Frage ist nicht vorgesehen. Ich weiß, ich habe das zu lange laufen lassen, sodass sich das anbietet, aber wir machen es nur umgekehrt. – Wir haben jetzt noch zwei Wortmeldungen von Dr. Leipold und von Dr. Giesecking, die ich jetzt gern nacheinander erst mal sprechen lassen würde, weil sie sich ja vermutlich auf vorherige Fragen beziehen.

Herr Dr. Leipold (DGPK): Aus kardiologischer Sicht geht es noch mal um die Frage der Blutdruckmessung. Es sind weniger als 5 % der arteriellen Hypertoniker im Jugendalter diagnostiziert. Es gibt eine wunderbare Arbeit aus der Schweiz, die zeigt, dass 40% dieser Patienten adipös sind und die übrigen 60 % eigentlich eine familiäre Hypertonie haben. Und ich wollte einfach nur mal damit unterstützen, wie dringend notwendig es ist, dass die Blutdruckmessung Bestandteil sowohl der U10 als auch der J1 ist. Nicht mal 5 % der arteriellen Hypertoniker in Deutschland im Jugendalter sind diagnostiziert.

Herr Dr. Giesecking (DEGAM): Wenn ich jetzt dran bin: Ich wollte mich dem im Prinzip anschließen, es geht ja um die Sinnhaftigkeit oder Notwendigkeit der Blutdruckmessung, das ist so ein kleiner Aufwand und nicht invasiv im Gegensatz zu irgendwelchen Cholesterin- oder genetischen Untersuchungen, oder wie auch immer, dass ich auch denke „unbedingt“, das ist ein kleiner Teil, der da aber dringend vorhanden sein sollte.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke, Herr Dr. Giesecking. – Jetzt hat sich die Patientenvertretung noch mal gemeldet und danach die GKV.

StS PatB.: Genau, wir hätten noch mal eine Frage. Sie hatten ja vorhin diesen Fragebogen erwähnt, wo Sie nach dem Körperempfinden, so habe ich es, glaube ich, gesehen – können Sie noch was sagen, was das für ein Fragebogen ist? Das wäre eine Frage.

Und dann vielleicht noch mal die Frage nach dem Schaden natürlich. Also unseres Erachtens ist der Mannheimer Elternfragebogen klassischerweise eigentlich in klinischen Studien zur Diagnostik von psychischen Erkrankungen genutzt worden. Da kann man natürlich schon sehen, ob das nicht vielleicht irgendwie eine Über-/Unter-/Fehlversorgung macht, weil das eigentlich einen anderen Zweck hatte nach unserer Perspektive. Aber vielleicht könnten Sie was zu dem Fragebogen sagen, weil den hatten wir nicht. Und vielleicht deswegen auch noch mal das dann – Perspektive für den KIDSCREEN eigentlich auch besser finden, weil der einfach auch positiv konnotiert ist. Ja, der Mannheimer ist sehr negativ konnotiert. Die Frage mit dem „Quälen der Katzen“ ist ja Gott sei Dank nicht mehr drin, den fand ich immer schon schräg.

Ja, und es ist ja auch die Frage, wie in so einem Setting eigentlich die Wahrheit bewertet wird. Sie sagten gerade, Kinder und Jugendliche haben unterschiedliche Auffassungen, aber es ist wahrscheinlich immanent und das Alter. Deswegen ist für uns eigentlich so ein bisschen der – wir verstehen schon, dass die Strukturierung da sinnvoll sein kann. Nur: Was wir jetzt hören, ist auch, dass die Strukturierung ja absolut unterschiedlich ist. Die einen nehmen den Fragebogen, die anderen den Fragebogen. Vielleicht können Sie mal was sagen zu diesem Fragebogen mit dem Körperbild. Den haben wir nämlich nicht auf dem Schirm gehabt bis jetzt.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Ich weiß nicht, ob wir die nächste Frage gleich anschließen können, oder haben Sie was völlig anderes?

GKV-SV: Was zur Blutdruckmessung noch.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Vielleicht stellen Sie sie gleich hinterher. Vielleicht kann man das in einem – –

GKV-SV: Ich hätte eine Frage zur Blutdruckmessung. Wir haben ja nicht zugestimmt, dass das aufgenommen werden soll, weil uns ist bekannt, dass hier die Werte in dem Alter noch sehr schwankend sind, also dass es nicht sehr exakt zu bestimmen ist.

Die Zweite ist: Was ist das Vorgehen, wenn man auffällige Werte hat?

Und die dritte ist, was auch in dem US Preventive Services Task Force Review ist: dass es für dieses Alter noch keine Therapieindikation oder Therapie gibt, was man machen sollte. Das wäre so meine Frage.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Gut, wer möchte? – Frau Degener, möchten Sie darauf antworten?

Frau Dr. Degener (DEGAM): Noch mal zur Frage des Blutdruckmessens, da kann ich nur sagen: Also es gibt ja Perzentilen für die kindlichen Blutdruckwerte, an denen wir uns orientieren. Die sind in dem Grünen Heft, sagen wir immer, vom BVKJ auch enthalten, und die liegen eigentlich auch den Praxen vor, die sich mit der Blutdruckmessung bei Kindern befassen. Wir messen übrigens auch schon bei den anderen Vorsorgen oder U9 und U8 den Blutdruck. Also das wundert mich, dass das bei der U10 infrage gestellt wird.

Und natürlich würden wir bei auffälligen Blutdruckwerten, wiederholt gemessenen auffälligen Blutdruckwerten, eine weitere Diagnostik einleiten. Und tatsächlich würde ich jetzt sagen, ich schicke dann die Kinder zum Kinderkardiologen, der dann auch mit darüber entscheidet, wann eine Therapie - medikamentöse und welche Therapie - dann eingeleitet wird. Das gehört dann in die gebietsärztliche Fachbehandlung. Aber das zu screenen, das ist doch kein Aufwand und kann doch nicht schaden und kann doch nur von Vorteil sein.

Die andere Geschichte noch mal zum Fragebogen: Da sprechen Sie, glaube ich, das an, was ich eben gesagt habe, mit dem Körperbild. Wir haben vom Hausärzteverband damals einen eigenen Fragebogen entwickelt, weil wir den Mannheimer Fragebogen nicht verwenden durften. Darauf gibt es ein Patentrecht oder eine Lizenz. Den durften wir nicht benutzen. Da haben wir einen eigenen entwickelt und diese Frage dann so gestellt. Das kann man sicherlich noch mal irgendwann zur Verfügung stellen, aber wenn es jetzt einen einheitlichen geben soll, wird sicherlich daran gearbeitet werden müssen, welchen man dann nimmt.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Jetzt noch Dr. Leipold.

Herr Dr. Leipold (DGPK): Es geht noch mal um die Frage der Therapieindikation. Wir haben von der KiGGS-Studie auch deutschlandweite Normwerte für die Blutdruckwerte. Und wir haben vonseiten der DGPK eine Leitlinie, die klar umreißt, wer behandelt werden soll und wer nicht und wie auch der Gang der weiteren Diagnostik ist. Also es ist ein strukturierter Versorgungspfad für die Betroffenen vorhanden. Und das Traurige an der Geschichte ist, dass wir zu wenig rechtzeitig entdecken. – Vielen Dank.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Dann sind wir jetzt durch mit der Befragung, wenn es keine weiteren Fragen gibt. Ich danke Ihnen, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Und wir werden das jetzt auswerten. Vielen Dank. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag!

Schluss der Anhörung: 12:02 Uhr