

**Tragende Gründe  
des Gemeinsamen Bundesausschusses zum  
Beschluss über eine Änderung der Kinder-Richtlinien:**

**Einrichtung einer Kinderuntersuchung U7a**

Vom 15. Mai 2008

**Inhaltsverzeichnis**

<b>1</b>	<b>Rechtsgrundlagen</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung</b>	<b>2</b>
2.1	Hintergrund und Zielsetzung des Kinder- Früherkennungsprogramms	2
2.2	Internationaler Vergleich	3
2.3	Medizinische Notwendigkeit	4
<b>3</b>	<b>Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Abs. 8a SGB V</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Fazit</b>	<b>6</b>

## 1 Rechtsgrundlagen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt gemäß gesetzlichem Auftrag nach § 92 Abs. 1 SGB V Richtlinien zu Maßnahmen der Früherkennung von Krankheiten und konkretisiert in diesen den gesetzlichen Anspruch gemäß § 26 SGB V für Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden.

Gemäß § 91 Abs. 8a SGB V ist vor Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, welche die Berufsausübung der Ärzte berühren, der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

## 2 Eckpunkte der Entscheidung

### 2.1 Hintergrund und Zielsetzung des Kinder-Früherkennungsprogramms

Das Kinder-Früherkennungsprogramm gehört seit 1971 zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach § 26 SGB V haben "versicherte Kinder... Anspruch auf Untersuchungen .. zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden". Seit seiner Einführung ist das Kinderfrüherkennungsprogramm um zwei weitere Untersuchungstermine und um einzelne Screeninguntersuchungen (z.B. Hüftsonographie, erweitertes Neugeborenen-Screening mittels TMS) erweitert, inhaltlich im Übrigen aber nur geringfügig geändert worden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschloss aus diesem Grund am 23. Februar 2005 eine Komplettüberarbeitung der dem Kinder-Früherkennungsprogramm zugrunde liegenden Kinder-Richtlinien und beauftragte den Unterausschuss Prävention, diese zu überprüfen und aktuellen Erkenntnissen anzupassen.

Die derzeit laufende Überarbeitung durch den Unterausschuss Prävention gliedert sich in drei Bereiche: a) „allgemeine Organisation des Programms“ - hierunter fällt auch die Überarbeitung der Untersuchungsintervalle – b) Standardisierung der klinischen Untersuchung und c) den Bereich „Nutzenbewertungen für spezifische Screeningmaßnahmen“.

Das Kinder-Früherkennungsprogramm besteht aus insgesamt neun ärztlichen Untersuchungen U1 bis U9, von denen die erste unmittelbar nach der Geburt stattfindet. Die Abstände zwischen den Untersuchungen werden dabei mit zunehmendem Alter des Kindes größer. Die ersten sechs Untersuchungen finden im ersten Lebensjahr, die U7 kurz vor dem zweiten, die U8 kurz vor dem vierten und die U9 kurz vor dem fünften Geburtstag statt.

### 2.2 Begründung für eine zusätzliche U 7a

Das Kinderfrüherkennungsprogramm besteht derzeit aus insgesamt neun ärztlichen Untersuchungen. Wie auch international üblich ist die Untersuchungsfrequenz dabei vor allem im 1. Lebensjahr hoch (insgesamt 6 Untersuchungen). Mit zunehmendem

Alter werden die abstände größer (U7 kurz vor 2. Geburtstag, U8 kurz vor 4. Geburtstag und U9 kurz vor dem fünften Geburtstag).

Die Beratungen haben gezeigt, dass bei Kindern im dritten Lebensjahr wichtige Entwicklungsprozesse stattfinden. Um Auffälligkeiten frühzeitig zu entdecken und behandeln zu können wird daher eine zusätzliche Untersuchung zwischen dem 34. und 36. Lebensmonat als sinnvoll erachtet. Dies berücksichtigt auch den expliziten Wunsch des Gesetzgebers den Zeitraum zwischen der U 7 und der U 8, in der keine Kinderfrüherkennungsuntersuchung stattfindet zu verkürzen.

Ziel der U7a ist u. a. die frühzeitige Entdeckung visueller Entwicklungsstörungen (insbesondere Amblyopie) bzw. deren Risikofaktoren.

### 2.3 Internationaler Vergleich

In zahlreichen europäischen Ländern und im angloamerikanischen Raum (USA, Kanada, Neuseeland, Australien) verbinden Kinderuntersuchungen Komponenten des vorsorgenden Gesundheitsschutzes (z.B. Impfstatus) mit Screeningmaßnahmen auf spezifische Zielerkrankungen (z.B. auf definierte Stoffwechselerkrankungen oder auf angeborene Hörstörung). International beinhalten Kinder-Untersuchungsprogramme im Allgemeinen folgende grundlegende Bestandteile:

- standardisierte Anamneseerhebung
- vollständige körperliche Untersuchungen und eine standardisierte Entwicklungsdiagnostik
- Screening-Untersuchungen auf definierte Zielerkrankungen
- Beratungen zur Gesundheitserziehung („anticipatory guidance“)
- Dokumentation

Im Unterschied zu Deutschland und den USA werden einige der o. a. Bestandteile in manchen Ländern durch ausgebildetes nichtärztliches Personal erbracht.

Auch das derzeit in Deutschland bestehende Kinder-Früherkennungsprogramm geht über die Durchführung spezifischer Screening-Tests auf definierte Zielerkrankungen hinaus und beinhaltet auch regelmäßige ärztliche Untersuchungen zur Feststellung des Standes der kindlichen Entwicklung. Durch die Verknüpfung mit Impfterminen erfüllt das Kinder-Untersuchungsprogramm darüber hinaus eine wichtige primärpräventive Aufgabe.

Die derzeit angebotenen U1 bis U9 genießen bei Eltern und Ärzten eine sehr hohe Akzeptanz. Die Teilnahmeraten liegen im ersten Lebensjahr des Kindes bei weit über 90%. Bevölkerungsgruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status zeigen eine insgesamt niedrigere Teilnahmerate, aber auch hier liegt die Teilnahmerate im ersten Lebensjahr bei deutlich über 80%. Ab der U7 am Ende des zweiten Lebensjahres fällt die Teilnahmerate jedoch ab. In einigen Regionen beträgt die Teilnahme bei der U8 und U9 noch 75% respektive 72% (Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 5, Brandenburg 2007). Von den zwischen 1990 und 1999 geborenen Teilnehmern des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS 2007) waren 81% der Kinder bei allen, 16% bei einem Teil und 3% nie bei einer Kinderuntersuchung.

Als ein positiver Effekt im Zusammenhang mit der Einführung der U7a und dem damit erreichten jährlichen Intervall ab dem 1. Geburtstag des Kindes wird von Experten erwartet, dass sich der Rückgang der Teilnahmeraten zwischen der U7 und der U8 reduzieren lässt.

## 2.4 Medizinische Notwendigkeit

Die ersten Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys KIGGS, die 2007 publiziert wurden, zeigen bereits bei Kindern im Vorschulalter, welches nach allgemeiner Auffassung als relativ gesunder Lebensabschnitt angesehen wird, bedeutende gesundheitliche Problemlagen.

So litten beispielsweise unter den unter 2-Jährigen 10,2% der Jungen und 6,7% der Mädchen und unter den 3-6-Jährigen 14,1% der Jungen und 11,5% der Mädchen unter einer atopischen Erkrankung wie Asthma, Heuschnupfen oder atopisches Ekzem und rund 9% der 3-6-Jährigen wurden in diesem Survey als übergewichtig oder adipös klassifiziert (Bundesgesundheitsblatt 2007; 50 (5/6): S. 701-710 und S. 736-743).

Bei 6,9% der 3-6-jährigen Jungen und 3,7% der Mädchen wurden mittels SDQ-Elternfragebogen Verhaltensauffälligkeiten oder emotionale Probleme festgestellt (Bundesgesundheitsblatt 2007; 50 (5/6): S. 784-793). Spezieller Versorgungsbedarf aufgrund von längerfristigen körperlichen gesundheitlichen Einschränkungen, Verhaltens- oder Entwicklungsstörungen bestand bei 11,2% der 3-6-Jährigen und 16,7% der Kinder im Grundschulalter.

Dies gilt auch für Sprachentwicklungsstörungen, die zu den häufigsten Entwicklungsstörungen im Vorschulalter gehören. Die Erkennung einer echten Sprachentwicklungsstörung im Unterschied zu Normvarianten, die keiner weiteren Diagnostik oder Therapie bedürfen, ist - zumal ein allgemein anerkannter Goldstandard fehlt – schwierig. Die Forderung, gerade im Alter von drei Jahren ein besonderes Augenmerk auf die Sprachentwicklung zu legen, leitet sich aus den derzeitigen Erkenntnissen zur kindlichen Sprachentwicklung ab, die den ersten drei Lebensjahren eine besondere Bedeutung beimessen, und aus der pragmatischen Überlegung, eine ggf. erforderliche Therapie rechtzeitig vor Eintritt in die Schule zu ermöglichen.

Risiken für die Entwicklung von Kindern gehen jedoch nicht nur von genau definierbaren Zielkrankheiten aus, sondern von einer Vielzahl von Belastungsfaktoren, deren Auswirkungen sich zunächst oft nur in mehrdeutigen Symptomen manifestieren. Das gilt in besonderem Maße für funktionelle und sozial-emotionale Entwicklungsstörungen sowie körperliche Störungen als Folge falscher Lebensgewohnheiten, die derzeit den größten Anteil der Gesundheitsstörungen im Kindesalter (sog. neue Morbidität) ausmachen. Die jüngst vorgelegten Daten des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys verdeutlichen vor allem auch einen gesteigerten Handlungsbedarf in Hinsicht auf Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen, allergische Erkrankungen sowie chronische Erkrankungen und motorische Störungen, die sich auf Grundlage eines veränderten Lebensstils (sozialer Kontext, Konsumverhalten, Bewegungsmangel, Adipositas) bereits in früher Kindheit entwickeln können. Obwohl es zur Erkennung dieser Störungen und Auffälligkeiten derzeit keine allgemein etablierten spezifischen Screening-Tests gibt, ist ein Eingreifen im Sinne eines vorbeugenden Gesundheitsschutzes zu begrüßen.

Regelmäßige ärztliche Untersuchungen des Kindes bieten hier die Möglichkeit, die Kindesentwicklung zu beurteilen und auf Themen einzugehen, die in der Regel während einer Akutbehandlung nicht angesprochen werden.

Im Sinne eines vorsorgenden Gesundheitsschutzes für möglichst alle Kinder, mit dem Ziel frühzeitig kindliche Gefährdungen durch die unmittelbare Umwelt und durch veränderte Lebensstile erkennen und entsprechend intervenieren zu können, ist eine regelmäßige Untersuchungsfrequenz und eine hohe Teilnahme an den Kinderuntersuchungen notwendig. Die regelmäßige ärztliche Untersuchung allein kann allerdings nicht für einen ausreichenden Kinderschutz Sorge tragen, sie muss vielmehr innerhalb eines Gesamtkonzeptes eingebettet sein, welches ein Netzwerk der Hilfestellung sicherstellt.

Einige Bundesländer haben inzwischen die regelmäßige Teilnahme an den bestehenden Kinderuntersuchungen verpflichtend geregelt, die Mehrheit der Bundesländer plant entsprechende gesetzliche Regelungen in näherer Zukunft. Seitens der Länder und des Bundesministeriums für Gesundheit ist mehrfach insbesondere die Forderung erhoben worden, das bislang bestehende zweijährige Untersuchungsintervall zwischen dem zweiten (U7) und dem vierten (U8) Lebensjahr enger zu fassen.

## 2.5 Weitere Änderungen der Untersuchungszeiträume

Bei der U3 wird der Untersuchungszeitraum von jetzt 4.-6. Lebenswoche auf die 4.-5. Lebenswoche eingengt. Das Hüftsonographie-Screening, welches idealerweise in der 4.-5. Lebenswoche durchgeführt werden sollte (siehe Anlage 5 zu den Kinder-Richtlinien, Abschnitt 3 erster Absatz), findet derzeit bei über 50% der Kinder erst in der 6. Lebenswoche oder später statt (siehe Allhoff P. 2005: „Jahresbericht 2003 – Monitoring des sonographischen Hüftgelenksscreenings“ im Auftrag der KBV und Spik).

Bei der U6 wird die Toleranzgrenze für die Untersuchung von jetzt 9.-13. Lebensmonat erweitert auf 9.-14. Lebensmonat, um die Organisation der von einem Großteil der Bundesländer geplanten und teilweise bereits eingeführten Einladungs- und Erinnerungssysteme zu erleichtern. Dies ist das Ergebnis des Gespräches zwischen Vertretern des UA Prävention und Vertretern der AOLG am 08.01.2008.

Bei der U8 wird der Beginn des Untersuchungszeitraums von jetzt 43. Lebensmonat auf den 46. Lebensmonat verschoben. Erfahrungsgemäß werden die Kinder zur U8 eher zum Ende des Untersuchungszeitraums von jetzt 43.-48. Lebensmonat einbestellt, da die Untersuchungsinhalte der U8 eine gewisse Mitarbeit des Kindes erfordern und die Untersuchung bei 3,5-Jährigen in der Regel nur schwer möglich ist. Außerdem wäre das Intervall zwischen der nun neu eingeführten U7a mit einer Toleranzgrenze bis zum 38. Lebensmonat und einer U8 mit Beginn des Untersuchungszeitraums bereits mit 43. Lebensmonaten sehr eng.

## 2.6 Entbürokratisierung der Dokumentation gemäß § 92 Abs. 4 SGB V

In Anpassung an die geänderten rechtlichen Bestimmungen des § 92 Abs. 4 SGB V in der Fassung des GKV-WSG und den in der Begründung formulierten ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers Verwaltungsaufwand abzubauen, werden die Kinder-Richtlinien gleichzeitig so geändert, dass für die zu jeder U-Untersuchung geforderte Dokumentation auf die bisher vorgeschriebenen Durchschläge, ihre Versendung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung und die dortige Aufbewahrung verzichtet wird. Die Dokumentation als solche bleibt dabei zunächst unverändert, und es wird in den Richtlinien darauf verwiesen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss entsprechend der neuen rechtlichen Vorgaben auch weiterhin Festlegungen zur Evaluation der Früherkennungsuntersuchungen treffen kann.

### **3 Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Abs. 8a SGB V**

Der Unterausschuss Prävention des G-BA hat sich am 16.04.2008 mit der Stellungnahme der BÄK, die insgesamt die Neueinführung der U7a begrüßt, auseinandergesetzt, Änderungsvorschläge geprüft und teilweise integriert.

### **4 Fazit**

Mit der Einführung einer U7a im Alter von drei Jahren trägt der Gemeinsame Bundesausschuss zeitnah Erkenntnissen und Entwicklungen Rechnung, die sich durch die Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen, den strukturellen Vergleich des nationalen mit internationalen Kinderuntersuchungsprogrammen wie auch durch die jüngst publizierten Daten des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys KIGGS ergeben haben. Zusätzlich wird die aktuelle gesellschaftliche Debatte über einen verbesserten Kinderschutz vor Misshandlung und Vernachlässigung aufgegriffen.

Unabhängig von diesen aktuellen Änderungsvorschlägen bleibt die Notwendigkeit bestehen, spezielle zusätzliche Screeninguntersuchungen wie z. B. auf Mucoviscidose, auf Hör- und Sehstörungen, Sprachentwicklungsstörungen oder auch auf Nierenfehlbildungen etc. zunächst auf ihren Nutzen zu evaluieren, bevor über ihren Einsatz im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen entschieden werden kann.

Siegburg, den 15. Mai 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Hess