

Journal of Health Monitoring · 2018 3(4)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-093
Robert Koch-Institut, Berlin

Claudia Schmidtke, Benjamin Kuntz,
Anne Starker, Thomas Lampert

Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring

Eingereicht: 16.07.2018
Akzeptiert: 25.09.2018
Veröffentlicht: 12.12.2018

Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2

Abstract

Die Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten („U-Untersuchungen“) zählen zu den wichtigsten Präventionsmaßnahmen im Kindesalter. Nach Daten von KiGGS Welle 2 liegen die Teilnahmequoten an den meisten Früherkennungsuntersuchungen 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. Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status und Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund nehmen die Früherkennungsuntersuchungen etwas seltener wahr. Der Vergleich mit den vorausgegangenen KiGGS-Erhebungen zeigt, dass die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen in den letzten zehn Jahren deutlich zugenommen hat. Gleichzeitig haben sich die vormals stark ausgeprägten sozialen Unterschiede verringert.

U-UNTERSUCHUNGEN · FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN · KINDER UND JUGENDLICHE · GESUNDHEITSMONITORING · KIGGS

Einleitung

Die Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten („U-Untersuchungen“) zählen zu den wichtigsten Präventionsmaßnahmen im Kindesalter. Das Ziel des zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung zählenden Früherkennungsprogramms ist es, Entwicklungsstörungen und Krankheiten frühzeitig zu identifizieren und im Bedarfsfall geeignete Maßnahmen zu deren Behandlung einzuleiten [1]. Neben einer gründlichen Untersuchung der allgemeinen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes werden bei jedem Termin altersentsprechende Schwerpunkte gesetzt, wie zum Beispiel die Überprüfung des Hörvermögens und der Sehfähigkeit. Darüber hinaus erfolgt primärpräventive

Beratung, beispielsweise zum Impfschutz, zur Ernährung und zur Unfallverhütung [2].

Während die U1 und U2 in den meisten Fällen in der Geburtsklinik stattfinden, werden die darauffolgenden Untersuchungstermine in der Regel in einer niedergelassenen Arztpraxis für Kinder- und Jugendmedizin oder in einer Hausarztpraxis durchgeführt. Im Folgenden gilt das Interesse den Untersuchungen U1 bis U9, die sich auf das Kindesalter beziehen und bis ins sechste Lebensjahr erstrecken. Darüber hinaus gibt es mit der U10 (7.–8. Lebensjahr) und U11 (9.–10. Lebensjahr) zwei weitere Früherkennungsuntersuchungen, die das Grundschulalter betreffen, sowie mit der J1 (12.–14. Lebensjahr) und J2 (16.–17. Lebensjahr) zwei Jugendgesundheits-

KiGGS Welle 2

Zweite Folgerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Lebensbedingungen, Schutz- und Risikofaktoren und gesundheitliche Versorgung der in Deutschland lebenden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit der Möglichkeit von Trend- und Längsschnittanalysen

Studiendesign: Kombinierte Querschnitt- und Kohortenstudie

Querschnitt in KiGGS Welle 2

Alter: 0–17 Jahre

Grundgesamtheit: Kinder und Jugendliche mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – Einladung zufällig ausgewählter Kinder und Jugendlicher aus den 167 Städten und Gemeinden der KiGGS-Basiserhebung

Stichprobenumfang: 15.023 Teilnehmende

KiGGS-Kohorte in KiGGS Welle 2

Alter: 10–31 Jahre

Stichprobengewinnung: Erneute Einladung aller wiederbefragungsbereiten Teilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung

Stichprobenumfang: 10.853 Teilnehmende

KiGGS-Erhebungswellen:

- ▶ KiGGS-Basiserhebung (2003–2006)
Untersuchungs- und Befragungssurvey
- ▶ KiGGS Welle 1 (2009–2012)
Befragungssurvey
- ▶ KiGGS Welle 2 (2014–2017)
Untersuchungs- und Befragungssurvey

Mehr Informationen unter
www.kiggs-studie.de

untersuchungen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Kosten für die U₁₀, U₁₁ und J₂ nicht von allen Krankenkassen erstattet werden.

Die Befunde der U-Untersuchungen werden von den Ärztinnen und Ärzten im Kinder-Untersuchungsheft („Gelbes Heft“) dokumentiert, das den Eltern nach der Geburt von der Entbindungsstation oder der Hebamme ausgehändigt wird. Außerdem befindet sich im Heft eine heraustrennbare Karte, auf der die Durchführung der U₂ bis U₉ mit Datum, Stempel und Unterschrift der Praxis bestätigt wird. Für die einzelnen U-Untersuchungen gelten bestimmte Zeiträume, in denen sie in Anspruch genommen werden können, wobei geringfügige Überschreitungen toleriert werden (Tabelle 1). Die Untersuchungszeiträume sind auch bei Frühgeborenen einzuhalten. Die Frühgeburtlichkeit wird bei der Beurteilung der Ergebnisse berücksichtigt.

Im Folgenden werden auf Basis von Daten der zweiten Folgerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2, 2014–2017) aktuelle Zahlen zur Teilnahme an den U-Untersuchungen (U₁–U₉) berichtet. Bei der Einordnung der Ergebnisse wird unter Bezug auf die früheren Erhebungen der KiGGS-Studie auch darauf eingegangen, wie sich die Teilnahmequoten in den letzten zehn Jahren entwickelt haben.

Indikator

Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) ist Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. KiGGS beinhaltet wiederholt durchgeführte, für Deutschland

repräsentative Querschnitterhebungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren (KiGGS-Querschnitt). Die KiGGS-Basiserhebung in den Jahren 2003 bis 2006 und KiGGS Welle 2 in den Jahren 2014 bis 2017 fanden als kombinierter Untersuchungs- und Befragungssurvey statt. KiGGS Welle 1 wurde in den Jahren 2009 bis 2012 als telefonische Befragung durchgeführt. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von KiGGS findet sich in den Beiträgen [Neue Daten für Taten. Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet](#) in Ausgabe S3/2017 sowie [Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Teilnehmendengewinnung, Response und Repräsentativität](#) in Ausgabe 1/2018 des Journal of Health Monitoring [4, 5].

In KiGGS Welle 2 wurde die Teilnahme am Früherkennungsprogramm in einem von den Eltern schriftlich auszufüllenden Fragebogen mit der Frage erfasst: „Welche Früherkennungsuntersuchungen haben Sie für Ihr Kind in Anspruch genommen?“ Erhoben wurden dabei Angaben zu allen U-Untersuchungen, also auch zur U₁₀ und U₁₁, die im Folgenden aber nicht berücksichtigt werden. Da im Ausland geborene Kinder insbesondere an den ersten U-Untersuchungen häufig nicht teilnehmen konnten, werden zudem lediglich in Deutschland geborene Kinder in die Analysen einbezogen. Kinder, die zum Zeitpunkt der Befragung jünger als die obere zeitliche Toleranzgrenze für die jeweilige U-Untersuchung waren und damit theoretisch noch an der Untersuchung teilnehmen könnten, werden aus methodischen Gründen ebenfalls aus der Analyse ausgeschlossen (vgl. [6]). Neben der Teilnahme an den einzelnen Untersuchungen wird die Inanspruchnahme

Tabelle 1
Zeiträume mit Toleranzgrenzen und Inhalte der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9
 Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss [3]

Die Teilnahmequoten an den meisten U-Untersuchungen liegen bei über 98%, zum Teil sogar über 99%.

Untersuchung	Zeitraum (Toleranzgrenze)	Untersuchungsinhalte
U1	Unmittelbar nach der Geburt	Erkennen von lebensbedrohlichen Komplikationen und sofort behandlungsbedürftigen Erkrankungen und Fehlbildungen, Schwangerschafts-, Geburts- und Familienanamnese, Kontrolle von Atmung, Herzschlag, Hautfarbe, Reifezeichen
U2	3. – 10. Lebenstag (3. – 14. Lebenstag)	Erkennen von angeborenen Erkrankungen und wesentlichen Gesundheitsrisiken, Vermeidung von Komplikationen: Anamnese und eingehende Untersuchung von Organen, Sinnesorganen und Reflexen
U3	4. – 5. Lebenswoche (3. – 8. Lebenswoche)	Prüfung der altersgemäßen Entwicklung der Reflexe, der Motorik, des Gewichts und der Reaktionen, Untersuchung der Organe, Abfrage des Trink-, Verdauungs- und Schlafverhaltens, Untersuchung der Hüftgelenke auf Hüftgelenksdysplasie und -luxation
U4	3. – 4. Lebensmonat (2. – 4,5. Lebensmonat)	Untersuchung der altersgerechten Entwicklung und Beweglichkeit, der Organe, Sinnesorgane, Geschlechtsorgane und der Haut, Untersuchung von Wachstum, Motorik und Nervensystem
U5	6. – 7. Lebensmonat (5. – 8. Lebensmonat)	Untersuchung der altersgerechten Entwicklung und Beweglichkeit, der Organe, Sinnesorgane, Geschlechtsorgane und der Haut, Untersuchung von Wachstum, Motorik und Nervensystem
U6	10. – 12. Lebensmonat (9. – 14. Lebensmonat)	Untersuchung der altersgemäßen Entwicklung, der Organe, Sinnesorgane (insb. der Augen), Kontrolle des Bewegungsapparates, der Motorik, der Sprache und der Interaktion
U7	21. – 24. Lebensmonat (20. – 27. Lebensmonat)	Untersuchung der altersgemäßen Entwicklung, Erkennen von Sehstörungen, Test der sprachlichen Entwicklung, Feinmotorik und Körperbeherrschung
U7a	34. – 36. Lebensmonat (33. – 38. Lebensmonat)	Schwerpunkt auf altersgerechter Sprachentwicklung, frühzeitige Erkennung von Sehstörungen
U8	46. – 48. Lebensmonat (43. – 50. Lebensmonat)	Intensive Prüfung der Entwicklung von Sprache, Aussprache und Verhalten, Untersuchung von Beweglichkeit und Koordinationsfähigkeit, Reflexen, Muskelkraft und Zahnstatus
U9	60. – 64. Lebensmonat (58. – 66. Lebensmonat)	Prüfung der Motorik, des Hör- und Sehvermögens und der Sprachentwicklung, um eventuelle Krankheiten und Fehlentwicklungen vor dem Schuleintritt zu erkennen und entgegenzuwirken

des gesamten Früherkennungsprogramms ab der U3 bis einschließlich der U9 betrachtet. Nicht berücksichtigt wird die U7a, weil diese erst 2008 eingeführt wurde und die Ergebnisse von KiGGS Welle 2 zur Inanspruchnahme der vollständigen Untersuchungsreihe mit

denen der KiGGS-Basiserhebung, die bereits in den Jahren 2003 bis 2006 stattfand, verglichen werden sollen. Wenn darüber hinaus ein weiterer Untersuchungstermin verpasst wurde, gilt die Untersuchungsreihe als nicht vollständig.

97,2% der 7- bis 13-jährigen Kinder haben an der vollständigen Untersuchungsreihe (U3-U9, ohne U7a) teilgenommen.

Die Analysen basieren auf 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. Die Angaben zur Inanspruchnahme der vollständigen Untersuchungsreihe beziehen sich auf den Altersbereich von 7 bis 13 Jahren und stammen von 5.867 Kindern und Jugendlichen (2.893 Mädchen, 2.974 Jungen). Die Ergebnisse werden als Prävalenzen mit 95%-Konfidenzintervallen (95%-KI) stratifiziert nach Geschlecht, sozioökonomischem Status (SES) der Familie und Migrationshintergrund dargestellt. Bei den Prävalenzen handelt es sich um Schätzwerte, deren Präzision mithilfe von Konfidenzintervallen beurteilt werden kann – breite Konfidenzintervalle deuten auf eine größere statistische Unsicherheit der Ergebnisse hin.

Der SES wird in KiGGS anhand von Angaben der Eltern zu ihrer Schulbildung und beruflichen Qualifikation, ihrer beruflichen Stellung sowie zum bedarfsgerichteten Haushaltsnettoeinkommen ermittelt. Ausgehend von einem als Punktscore gebildeten Index, in den die drei Indikatoren gleichgewichtig einbezogen werden, wird eine verteilungsbasierte Abgrenzung von drei Gruppen vorgenommen, nach der 20% der Kinder und Jugendlichen der niedrigen (1. Quintil), 60% der mittleren (2.–4. Quintil) und 20% der hohen Statusgruppe (5. Quintil) zuzuordnen sind [7].

Der Migrationshintergrund wird anhand des Geburtslandes des Kindes beziehungsweise Jugendlichen und seiner Eltern sowie der Staatsangehörigkeit der Eltern gebildet. Ein einseitiger Migrationshintergrund liegt vor, wenn ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist und/

oder die nicht deutsche Staatsangehörigkeit besitzt. Von einem beidseitigen Migrationshintergrund wird ausgegangen, wenn das Kind selbst aus einem anderen Land zugewandert ist und mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder wenn beide Elternteile in einem anderen Land geboren und/oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sind [8].

Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur hinsichtlich regionaler Struktur (Stadt/Land), Alter (in Jahren), Geschlecht, Bundesland (Stand 31.12.2015), deutscher Staatsangehörigkeit (Stand 31.12.2014) sowie Bildung der Eltern korrigiert (Mikrozensus 2013 [9]). Die Berechnung des p-Werts mittels univariabler logistischer Regression für das Vorliegen eines linearen Trends über die drei KiGGS-Erhebungswellen erfolgte darüber hinaus auf der Basis altersstandardisierter Prävalenzen (zum Stand 31.12.2015). Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn der unter Berücksichtigung der Gewichtung und des Surveydesigns berechnete p-Wert kleiner als 0,05 ist.

Ergebnisse und Einordnung

Nach den Daten von KiGGS Welle 2 nehmen inzwischen 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% (Tabelle 2). 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

Tabelle 2
Inanspruchnahme der Früherkennungs-
untersuchungen nach Geschlecht,
sozioökonomischem Status und
Migrationshintergrund
 Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

	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 (99,9–100,0)	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

2008 zusätzlich eingeführten U7a ist die Teilnahme mit 92,6 % geringer.

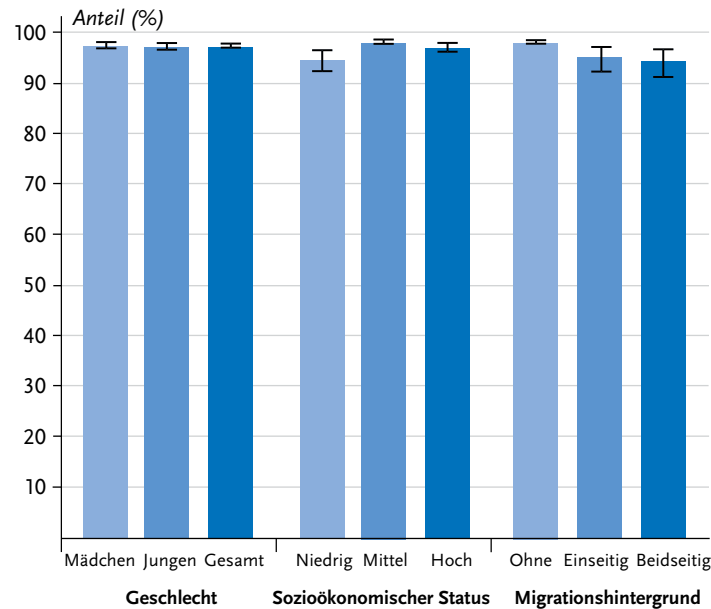
Statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen sind hinsichtlich keiner der U-Untersuchungen festzustellen. Mit Blick auf den SES bestehen signifikante Unterschiede zwischen der niedrigen im Vergleich zur mittleren und hohen Statusgruppe, die sich aber bei den meisten Untersuchungen im Bereich von ein bis zwei Prozentpunkten bewegen. Lediglich bei der U8 und U9 betragen die Unterschiede etwas mehr als

zwei Prozentpunkte. Neben Kindern aus den niedrigen Statusgruppen nehmen auch Kinder mit Migrationshintergrund etwas seltener an den Früherkennungsuntersuchungen teil. Allerdings sind die Unterschiede nur bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund statistisch signifikant.

Wird die vollständige Inanspruchnahme der Untersuchungsreihe (U3–U9, ohne U7a) betrachtet, treten deutlichere, statistisch signifikante Unterschiede nach SES beziehungsweise Migrationshintergrund

Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status und Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund nehmen seltener an den U-Untersuchungen teil.

Abbildung 1
Vollständige Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 (ohne U7a) bei in Deutschland geborenen Kindern von 7 bis 13 Jahren nach Geschlecht, sozioökonomischem Status und Migrationshintergrund (n=2.893 Mädchen, n=2.974 Jungen)
 Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)



zutage (Abbildung 1). Von den 7- bis 13-jährigen Kindern aus Familien mit niedrigem SES haben 94,6 % an allen Untersuchungen teilgenommen, während es von den Gleichaltrigen aus Familien mit mittlerem und hohem SES 98,0 % beziehungsweise 97,0 % sind. Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund haben zu 94,4 % alle Untersuchungen absolviert im Vergleich zu 95,1 % der Kinder mit einseitigem und 98,0 % der Kinder ohne Migrationshintergrund.

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 [6, 10]. 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.

Die steigende Teilnahme an den U-Untersuchungen wird durch die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bestätigt, zu denen das „Gelbe Heft“ beziehungsweise die heraustrennbare Karte mitgebracht werden müssen. Für Brandenburg weisen die Ergebnisse zum Beispiel darauf hin, dass der Anteil der Kinder, die die U₁ bis U₈ vollständig in Anspruch genommen haben, im Zeitraum von 2004 bis 2015 von 71,6 % auf 90,2 % gestiegen ist [11]. Für Nordrhein-Westfalen konnte gezeigt werden, dass die Teilnahme an der U₉ im Zeitraum von 2002 bis 2012 von 82,6 % auf 93,4 % zugenommen hat [12]. In beiden Bundesländern war zudem zu beobachten, dass sich mit dem Anstieg der Teilnahmequoten die sozialen Unterschiede verringert haben.

Die gestiegene Inanspruchnahme bei den Früherkennungsuntersuchungen und auch die Verringerung der sozialen Unterschiede in den Teilnahmequoten können mit verschiedenen Maßnahmen in Verbindung gebracht werden. So wurden seit 2007 in allen Bundesländern Erinnerungs- und Meldewesen eingeführt, wenngleich sich die gesetzlichen Regelungen von Bundesland zu Bundesland unterscheiden [13, 14]. In Brandenburg beispielsweise wurde in Zusammenarbeit mit dem „Bündnis Gesund Aufwachsen“ im Jahr 2008 ein Meldewesen für die U₆ bis U₈ etabliert, das Ärztinnen und Ärzte dazu verpflichtet, die stattgefundenen Untersuchungen einer

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen hat in den letzten zehn Jahren deutlich zugenommen.

dafür eingerichteten Zentralen Stelle zu bestätigen. Auch in Nordrhein-Westfalen wurde ein Meldewesen implementiert, und zwar im Jahr 2008 im Rahmen der „Aktion Gesunde Kindheit“. Gleichzeitig werden Eltern durch Einladungsschreiben an die anstehenden Untersuchungstermine erinnert, wobei sich diese Maßnahme auf die U5 bis U9 beschränkt. Zu verweisen ist daneben auf weitere Maßnahmen, die zu einer Erhöhung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen geführt haben könnten, wie zum Beispiel die Aufklärungskampagne „Ich geh’ zur U! Und du?“, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) konzipiert und in den Jahren 2004 bis 2010 durchgeführt wurde [2]. Durch eine Erweiterung des § 26 des fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) wurden zudem die Krankenkassen dazu verpflichtet, sich stärker für die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen einzusetzen. Viele Krankenkassen honorieren seither die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen ihrer Bonusprogramme [6].

Bei der Einordnung der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die berichteten Prävalenzen auf Selbstangaben der Eltern beruhen. In den letzten Jahren wurde die Bedeutung der U-Untersuchungen in der Öffentlichkeit stärker diskutiert und hervorgehoben. Neben den angesprochenen Maßnahmen zur Förderung der Kindergesundheit hat dazu auch der Stellenwert der U-Untersuchungen im nationalen Gesundheitszieleprozess (gesundheitsziele.de) und im Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) beigetragen. Vor diesem Hintergrund ist nicht auszuschließen, dass ein Teil des starken

Anstiegs der Teilnahmequoten auf sozial erwünschtes Antwortverhalten zurückzuführen ist. Da sie davon ausgehen, dass eine Teilnahme den allgemeinen Erwartungen entspricht, geben einige Eltern möglicherweise fälschlicherweise an, die Untersuchungstermine wahrgenommen zu haben. Dies würde auch erklären, warum die Prävalenzen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen, zu denen das „Gelbe Heft“ mitzubringen ist, etwas niedriger ausfallen.

Letztlich ist auf die oftmals geäußerte Kritik an den U-Untersuchungen zu verweisen. Die Inanspruchnahme und Qualität der Früherkennungsuntersuchungen können nur auf Basis einer korrekten und vollständigen Dokumentation wissenschaftlich untersucht und beurteilt werden. Eine aktuelle Auswertung der in den Gelben Heften dokumentierten Untersuchungsergebnisse, die im Rahmen der LIFE-Child-Studie durchgeführt wurde, verweist zum Beispiel darauf, dass die Angaben nicht vollständig und oftmals unplausibel sind. Besonders häufig wurden Unstimmigkeiten bei den Angaben zu psychosozialen Auffälligkeiten festgestellt [15]. Die Erhöhung der Teilnahmequoten an den U-Untersuchungen sollte deshalb nicht darüber hinwegtäuschen, dass es bezüglich der Erfassung und Dokumentation der Untersuchungsergebnisse sowie deren epidemiologischen Nutzung als Grundlage für Verbesserungen der Qualität der Früherkennungsuntersuchungen nach wie vor erhebliche Herausforderungen bestehen [15, 16].

Korrespondenzadresse

PD Dr. Thomas Lampert
 Robert Koch-Institut
 Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
 General-Pape-Str. 62–66
 12101 Berlin
 E-Mail: LampertT@rki.de

Zitierweise

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): 68–77.
 DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-093

Datenschutz und Ethik

Alle Studien des Robert Koch-Instituts unterliegen der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die KiGGS-Basiserhebung (Nr. 101/2000) sowie KiGGS Welle 1 (Nr. EA2/058/09) und die Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover KiGGS Welle 2 (Nr. 2275-2014) unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und den Studien zugestimmt. Die Teilnahme an den Studien war freiwillig. Die Teilnehmenden beziehungsweise ihre Sorgeberechtigten wurden über die Ziele und Inhalte der Studien sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Förderungshinweis

KiGGS wird finanziert durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Robert Koch-Institut.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Unser Dank richtet sich in erster Linie an alle Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer und deren Eltern. Auch allen Verantwortlichen in den 167 Studienorten möchten wir danken für die zur Verfügung gestellten Räume und die tatkräftige Unterstützung vor Ort.

Die KiGGS Welle 2 hätte nicht realisiert werden können ohne die engagierte Mitarbeit zahlreicher Kolleginnen und Kollegen im Robert Koch-Institut. Wir danken insbesondere den Studienteams für ihre exzellente Arbeit und das außergewöhnliche Engagement während der dreijährigen Datenerhebungsphase.

Literatur

1. Gemeinsamer Bundesausschuss (2018) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) in der Fassung vom 18. Juni 2015, in Kraft getreten am 16. März 2018
https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1537/RL_Kinder_2017-10-19_iK-2018-03-16.pdf (Stand: 25.09.2018)
2. BZgA (2015) Informationen zu den U-Untersuchungen.
<https://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/frueherkennung-u1-u9-und-j1/untersuchungen-u1-bis-u9/>
 (Stand: 25.09.2018)
3. Gemeinsamer Bundesausschuss (2015) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung).
https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2287/2015-06-18_2015-08-20_2016-05-19_2016-07-07_Kinder-L_Neustrukturierung_Neufassung_konsolidiert_BAnz.pdf (Stand: 25.09.2018)

4. Mauz E, Gößwald A, Kamtsiuris P et al. (2017) Neue Daten für Taten. Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet. *Journal of Health Monitoring* 2(S3):2-28.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2806> (Stand: 25.09.2018)

5. Hoffmann R, Lange M, Butschalowsky H et al. (2018) Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Teilnehmendengewinnung, Response und Repräsentativität. *Journal of Health Monitoring* 3(1):82-96.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/3041> (Stand: 25.09.2018)

6. Rattay P, Starker A, Domanska O et al. (2014) Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Ein Vergleich von Basiserhebung und erster Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl* 57(7):878-891.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/1901> (Stand: 25.09.2018)

7. Lampert T, Hoebel J, Kuntz B et al. (2018) Messung des sozio-ökonomischen Status und des subjektiven sozialen Status in KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 3(1):114-133.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/3043> (Stand: 25.09.2018)

8. Frank L, Yesil-Jürgens R, Born S et al. (2018) Maßnahmen zur verbesserten Einbindung und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 3(1):134-151.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/3044> (Stand: 25.09.2018)

9. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2017) Mikrozensus, 2013, eigene Berechnungen.
<http://www.forschungsdatenzentrum.de/bestand/mikrozensus/> (Stand: 20.11.2017)

10. Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P et al. (2007) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) *Bundesgesundheitsbl* 50(5/6):836-850.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/432> (Stand: 25.09.2018)

11. Landesamt für Umwelt Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg (2018) Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen zum Zusammenhang von Sozialstatus und Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern in Brandenburg.
http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/sixcms/list.php?page=gesi_startseite_neu_p (Stand: 16.05.2018)

12. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg) (2016) Landesgesundheitsbericht 2015. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen. MGEPA NRW, Düsseldorf

13. Thaiss H, Klein R, Schumann EC et al. (2010) Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. *Bundesgesundheitsbl* 53(10):1029-1047

14. Schmidtke C, Kuntz B, Lampert T (2018) Kinder und Jugendliche: Soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen. In: Pundt J (Hrsg) *Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit*. APOLLON University Press, Bremen

15. Weithase A, Vogel M, Kiep H et al. (2017) Qualität und Inanspruchnahme von Kindervorsorgeuntersuchungen in Deutschland. *Dtsch med Wochenschr* 142(08):e42-e50

16. Hock S, Berchner Y, Blankenstein O et al. (2013) Zum aktuellen Stand der Kindervorsorgeprogramme. *Gesundheitswesen* 75(03):143-148

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,
Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel,
Dr. Livia Ryl, Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling,
Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit