

Zum aktuellen Stand der Kindervorsorgeprogramme

Ergebnisse des ersten bundesweiten Arbeitstreffens 2011 in Frankfurt am Main

Status Quo of Children's Preventative Medicine Programmes

Results of the First German Nationwide Workshop 2011 in Frankfurt am Main

Autoren

S. Hock¹, Y. Berchner², O. Blankenstein³, T. Buschbaum⁴, G. Ellsäßer⁵, M. W. Heuermann⁶, R. Klein⁷, D. Kolbow⁸, F. Metzner⁹, K. Röhlich-Pause¹⁰, H. Thaiss¹¹, P. Untze¹², E. Zimmermann², M. Kieslich¹

Institute

Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet

Schlüsselwörter

- Kindervorsorgeuntersuchung
- Kindesmisshandlung
- Präventionsprogramm
- Deutschland

Key words

- child preventive examination
- battered child
- prevention programme
- Germany

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1331731>
 Online-Publikation: 2013
 Gesundheitswesen
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Simone Hock
 Hessisches Kindervorsorgezentrum
 am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität
 Frankfurt am Main
 Theodor-Stern-Kai 7
 60590 Frankfurt am Main
info@kindervorsorgezentrum.com

Zusammenfassung

Im Rahmen des bundesweiten Arbeitstreffens der Kindervorsorge- und Früherkennungsprojekte am 9. September 2011 in Frankfurt am Main stellten 10 von 13 Bundesländern ihre Strukturen, Umsetzungen und Ergebnisse vor. So gelang erstmals eine Gesamtschau auf alle Programme dieser Art in Deutschland. Die Programme und Daten aus diesen 10 Vorstellungen wurden analysiert und verglichen. Dabei konnten, trotz der vielen Unterschiede in den gesetzlichen Grundlagen und der strukturellen Umsetzung, zwischen den Programmen auch Gemeinsamkeiten in der Umsetzung und in den aufgetretenen Problemen festgestellt werden. Im Kontext der Programme kam es zu deutlich gesteigerten Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen. Detaillierte Evaluationen zur Detektion von Kindeswohlgefährdung und weiteren Effekten, wie Steigerung der Impfquoten, Verbesserung der Kindergesundheit durch gesteigerte Beratung und Fürsorge, liegen bislang nur ansatzweise vor.

Einleitung

Durch die sogenannten U-Untersuchungen (Früherkennungsuntersuchungen für Kinder) erhalten Kinder in Deutschland bereits in den ersten Lebensjahren eine regelmäßige ärztliche Betreuung. In einzelnen Bundesländern werden die Eltern des Kindes durch sogenannte Kindervorsorge- und Früherkennungsprogramme bei der Wahrnehmung dieser Untersuchungen unterstützt, indem sie u.a. zur Teilnahme an den Untersuchungen aufgefordert werden. Im Rahmen eines bundesweiten Arbeitstreffens der Kindervorsorge- und Früherkennungsprojekte trafen sich am 09. September 2011 im Klinikum der J. W. Goethe-Universität in Frankfurt am Main Vertre-

Abstract

10 of the 13 federal states presented their structures, implementation methods and results as part of the nationwide workshop for children's preventative medicine and early recognition projects for Germany on 9th September 2011 in Frankfurt am Main. This was the first time a full overview of all programmes of this kind in Germany has been possible. The programmes and data from these 10 presentations were analysed and compared. Despite the many differences between the legal frameworks and structural implementation, the programmes also displayed similarities in the implementation and in the problems which arise. Significantly improved participation rates for early recognition check-ups have been achieved in the context of the programmes. Previously, only a few detailed evaluations for the detection of risks to children's welfare and other effects such as vaccination rates and improvements in children's health through more advice and care were available.

ter aus 15 Bundesländern, um sich über die Erfahrungen bei der Umsetzung dieser Programme auszutauschen. Neben Statusschilderungen und Vergleichen der einzelnen Programme wurden insbesondere rechtliche Grundlagen und Erfahrungen in der Umsetzung sowie Auswirkungen diskutiert. Das Treffen beinhaltete zugleich die Gründung eines Kindervorsorgeforums, welches zwischen den Bundesländern zukünftig einen regelmäßigen Wissens- und Informationsaustausch ermöglichen soll.

Im Sinne des Föderalismus der Bundesländer haben sich die einzelnen Programme autonom entwickelt. Bisher haben 13 der 16 deutschen Bundesländer Kindervorsorge- und Früherkennungsprogramme eingeführt. In Sachsen-Anhalt, Ba-

Tab. 1 Gesetzliche Grundlagen.

Bundesland	Gesetzliche Regelung	Umsetzungsbeginn	Zuständige Institution	Geburten pro Jahr [1]
Berlin	„Berliner Gesetz zum Schutz und Wohl des Kindes“ (17.12.2009)	31.12.2009	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin	33 075
Brandenburg	„Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz“	Juni 2008	Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg	18 279
Bremen	„Gesetz zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Kindesvernachlässigung“ – Kindeswohlgesetz (30.04.2007)	Dezember 2007	Gesundheitsamt Bremen	5 388
Hamburg	„Gesetz zur Neustrukturierung und Optimierung der gesundheitlichen Vorsorge im Vorschulalter“ (15.12.2011)	14.10.2010	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg	17 125
Hessen	„Kindergesundheitsschutzgesetz“ (14.12.2007)	01.01.2008	Hessisches Sozialministerium	51 479
Niedersachsen	„Niedersächsisches Gesetz über das Einladungs- und Meldewesen für Früherkennungsuntersuchungen von Kindern“ (05.11.2009)	01.04.2010	Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie	61 280
Nordrhein-Westfalen	„Heilberufsgesetz NRW“ „Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen“	24.07.2010	Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen	143 097
Rheinland-Pfalz	„Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit“ (21.03.2008)	01.04.2008	Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz	31 081
Saarland	„Gesetz zum Schutz der Kinder vor Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung“ (07.02.2007)	01.04.2007	Ministerium für Arbeit, Familie, Prävention, Soziales und Sport des Saarlandes	7 088
Schleswig-Holstein	„Gesundheitsdienstgesetz Schleswig-Holstein“ (§7a vom 13.12.2007) „Gesetz zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein“ (21.11.2007)	01.04.2008	Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein jetzt: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung	21 331

den-Württemberg und Bayern, den 3 nicht beteiligten Bundesländern, werden zwar die Eltern auf die Wichtigkeit der U-Untersuchungen hingewiesen, es erfolgt aber keine zentrale Erfassung, ob diese auch wirklich durchgeführt werden.

Im Folgenden möchten wir einen Überblick über die Programme in den einzelnen Bundesländern geben, mit besonderem Blick auf gesetzliche Grundlagen und Strukturen der durchführenden Stellen, Art und Weisen der Umsetzung, Teilnahmequoten und Meldungen an Gesundheits- sowie Jugendämter und auf vorhandene Probleme und Lösungsversuche.

Methodik

Vertreter aus 10 Bundesländern stellten während des Arbeitstreffens ihre Arbeit vor. In erster Linie wurde dabei auf die Umsetzung und die Ergebnisse nach Einführung des Programms eingegangen. Die Kerndaten der Vorträge wurden in einer vergleichbaren Datenerfassung zusammengestellt. Unterschiede bzgl. der Zuständigkeiten, Umsetzungen sowie Teilnahmequoten und versendete Schreiben, ferner Probleme und Herausforderungen der einzelnen Konzepte wurden anschließend gegenübergestellt.

Ergebnisse

Gesetzliche Grundlagen und Struktur der durchführenden Stelle

Als erstes Bundesland hat das Saarland im Jahr 2007 die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen gesetzlich geregelt. Das Programm wurde dort durch das damals zuständige Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales am Universitätsklinikum des Saarlandes angesiedelt und untersteht heute dem Ministerium für Arbeit, Familie, Prävention, Soziales und Sport. Die

übrigen Länder haben ihre Programme nicht alle auf die gleiche Weise organisiert (vgl. [Tab. 1](#): Gesetzliche Grundlagen). Sie unterstehen den Gesundheits- oder Sozialministerien, sind entweder direkt in diesen bzw. den zuständigen Landesämtern oder an einem Universitätsklinikum angesiedelt und nutzen dort zum Teil die vorhandene Infrastruktur wie Call-Center oder den IT-Service.

Auch die personelle Zusammensetzung der zuständigen Institutionen variiert von Land zu Land mit einer Spannweite von 0,75 in Hamburg bis zu 12,5 Stellen in Niedersachsen. Hinzu kommen zum Beispiel im Saarland, Hamburg und in Berlin noch zusätzliche Stellen in allen Gesundheits- bzw. Jugendämtern des Landes (vgl. [Tab. 2](#): Struktur der durchführenden Stellen).

Art und Weise der Umsetzung

In den einzelnen Bundesländern werden die Kinder zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen aufgefordert. Als Basis der Untersuchungen dienen die Kinder-Richtlinien [2] des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. In diesen Richtlinien werden neben den Hinweisen zu den Früherkennungsuntersuchungen auch die Zeiträume definiert, in denen diese durchgeführt werden sollten (regulärer Untersuchungszeitraum) und in denen die Krankenkassen für die Untersuchungskosten (Vor- und Nachtoleranz) aufkommen. Zu welchen der 11 Früherkennungsuntersuchungen (U1–J1) aufgefordert wird, ist nicht einheitlich geregelt. Während im Saarland die Aufforderung zur Teilnahme an 8 Untersuchungen erfolgt, liegt die Zahl in Hamburg, das noch in einem Modellversuch steckt, bei derzeit 2 Untersuchungen (vgl. [Tab. 3](#): Einladungen und Erinnerungen).

Die Aufforderung erfolgt in allen Bundesländern in Form einer Erinnerung, die meistens nach Ablauf des regulären Untersuchungszeitraumes versandt wird. In 9 Bundesländern wird zusätzlich, vorwiegend zu Beginn der Vortoleranz, zu der anstehenden

Tab. 2 Struktur der durchführenden Stellen.

Bundesland	Durchführende Stelle	Personelle Zusammensetzung
Berlin	zentrale Stelle und Vertrauensstelle an der Charité-Universitätsmedizin Berlin	Kindervorsorgezentrum: 3,25 Stellen und 0,5 Leitung Gesundheitsämter: 12 Stellen (BPos) Jugendämter: 12 Stellen (BPos)
Brandenburg	zentrale Stelle im Öffentlichen Gesundheitsdienst: Abteilung Gesundheit im Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz	zentrale Stelle: 2,5 Stellen und IT-Administration Gesundheitsämter: je 1 verantwortliche/r Mitarbeiter/in
Bremen	einladende Stelle Gesundheitsamt Bremen	keine Angaben
Hamburg	zentrale Stelle im Landesamt für soziale Dienste in Neumünster	zentrale Stelle: 0,75 Stelle und Vertretung Gesundheitsämter: min. 16 Stellen Jugendämter: min. 14 Stellen Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz: 2–4 Stellen Callcenter: 6–8 Stellen
Hessen	Bereich Kindervorsorgeuntersuchungen im Hessisches Kindervorsorgezentrum am Universitätsklinikum in Frankfurt am Main	Kindervorsorgeuntersuchungen: 8,25 Stellen und 1 Leitung
Niedersachsen	Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie	Gesamt: 12,5 Stellen
Nordrhein-Westfalen	zentrale Stelle gesunde Kindheit beim Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen	zentrale Stelle: 1 Leitung, 0,6 Stellen Datenverarbeitung, 3 Stellen Teambüro und 8,7 Stellen Datenabgleich/Hotline
Rheinland-Pfalz	zentrale Stelle beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung beim Amt für soziale Angelegenheiten Trier und Zentrum für Kindervorsorge an der Universität Homburg	zentrale Stelle: 0,75 Stelle Zentrum für Kindervorsorge: 3 Stellen
Saarland	Zentrum für Kindervorsorge an der Kinderklinik des Universitätsklinikums des Saarlandes	Zentrum für Kindervorsorge: 2 Stellen Gesundheitsämter: je 0,5 Kinderarztstelle
Schleswig-Holstein	zentrale Stelle im Landesamt für soziale Dienste in Neumünster „Landesfamilienbüro“	keine Angaben

Tab. 3 Einladungen und Erinnerungen.

Bundesländer	Einladung	Erinnerung
Berlin	U4–U9	U4–U9
Brandenburg	U6–J1 zum Beginn der Vortoleranz	U6, U7 und U8 2 Monate vor Ende der Nachtoleranz
Bremen	U4–U9 2 Wochen vor Beginn des regulären Untersuchungszeitraums	U5–U9 2 Wochen nach Ende des regulären Untersuchungszeitraums
Hamburg	U6 und U7	U6 und U7
Hessen	U4–U9 ein Monat vor Beginn des regulären Untersuchungszeitraums	U4 und U5 zum Ende des regulären Untersuchungszeitraums U6–U9 ein Monat nach Ende des regulären Untersuchungszeitraums
Niedersachsen	U5–U8 zum Beginn der Vortoleranz	U5–U8 eine Woche nach Ende des regulären Untersuchungszeitraums
Nordrhein-Westfalen	–	„erinnernde Einladung“ U5 2 Wochen vor Ende der Nachtoleranz U6–U9 10 Tage nach Ende der Nachtoleranz
Rheinland-Pfalz	U4 zum Beginn der Vortoleranz U5–U9 eine Woche vor Beginn der Vortoleranz	U4 und U5 unmittelbar nach Ende des regulären Untersuchungszeitraums U6–U9 innerhalb der ersten 10 Tage nach Ende des regulären Untersuchungszeitraums
Saarland	U3–U9	1. Erinnerung U3–U9 eine Woche nach Ende des regulären Untersuchungszeitraums 2. Erinnerung U3–U9 3 Wochen nach Ende des regulären Untersuchungszeitraums
Schleswig-Holstein	U4–U9	U4–U9

henden Früherkennungsuntersuchung eingeladen, um die Terminfindung der Eltern mit der Arztpraxis zu erleichtern. Wenn die Untersuchung nicht durchgeführt wird, dann wird je nach Bundesland das zuständige Gesundheits- oder Jugendamt

über das Versäumnis der Untersuchung informiert (vgl. Tab. 4: Weitere Instanz Gesundheits- und Jugendamt). Die Gesundheits- und Jugendämter haben nach eigenem Ermessen die Aufgabe, diesem Sachverhalt nachzugehen. Zumeist erfolgt die In-

Tab. 4 Weitere Instanz Gesundheits- und Jugendamt.

Bundesländer	Gesundheitsamt	Jugendamt
Berlin	U4–U9	U4–U9 nur im Verdachtsfall nach Hausbesuch
Brandenburg	U6, U7 und U8 ein Monat vor Ende der Nachtoleranz	–
Bremen	Tracking durch Kinder- und Jugendgesundheitsdienst U6–U9 5 Wochen nach Ende des regulären Untersuchungszeitraums	U6–U9 nach erfolgloser Intervention durch das Gesundheitsamt
Hamburg	U6 und U7 nachdem das Jugendamt kein Vorliegen einer „aktuellen Hilfe zur Erziehung“ feststellt	U6 und U7
Hessen	–	U4–U9 10 Tage nach Ende der Nachtoleranz
Niedersachsen	–	U5–U8 21 Tage nach Ende der Nachtoleranz
Nordrhein-Westfalen	–	U5 6 Wochen nach „Einladung“ U6–U9 3 Wochen nach „Einladung“
Rheinland-Pfalz	U4 wenige Wochen nach Ende der Nachtoleranz U5–U9 wenige Wochen vor Ende der Nachtoleranz	U4–U9 nach erfolgloser Intervention durch das Gesundheitsamt
Saarland	U3–U9 5 Wochen nach Ende des regulären Untersuchungszeitraums	U3–U9 nach Bearbeitung durch das Gesundheitsamt
Schleswig-Holstein	U4–U9	U4–U9 überwiegend nach Bearbeitung durch das Gesundheitsamt

Tab. 5 Ergebnisse zur Umsetzung und Teilnahmequoten.

Bundesländer	Durchgeführte Untersuchungen	Versandte Einladungen	Versandte Erinnerungen	Meldungen ans Gesundheitsamt	Meldungen ans Jugendamt
Berlin	–	54 600	–	19 200 (35,2%)	9 (0,016%)
Brandenburg	U6: 97% U7: 94% U8: 93%	58 000 (U6, U7, U8) 1 164 000 (insgesamt)	29 000 (50%)	16 100 (27,8%)	–
Bremen	95%	–	–	–	–
Hamburg	–	–	–	–	–
Hessen	350 500 (98%)	357 000	78 200 (22%)	–	17 800 (5,0%)
Niedersachsen	–	–	–	–	–
Nordrhein-Westfalen	–	–	16%	–	9,9%
Rheinland-Pfalz (Daten 2009)	98%	258 000 (U4–J1)	70 000 (U4–U9)	26 435 (U4–U9)	1 600 (U4–U9)
Saarland	57 000 (U3 und U4: 97%–98% U5–U9: 99%)	–	–	–	–
Schleswig-Holstein	145 700	162 500	50 900 (31%)	16 800 (10,3%)	–

Alle Werte entsprechen, wenn nicht anders ausgewiesen, den zum Zeitpunkt des Arbeitstreffens aktuellen Erhebungsdaten und wurden, wenn der Erhebungszeitraum bekannt war, zur besseren Vergleichbarkeit auf Zahlen pro Jahr aufbereitet und auf Hunderter gerundet.

formation nach Ablauf der Nachtoleranz. In einigen wenigen Bundesländern wird vor dem Ablauf benachrichtigt, um das Nachholen der Untersuchung noch innerhalb der Nachtoleranz zu ermöglichen.

Ergebnisse zur Umsetzung und Teilnahmequoten

Im Jahr 2000 nahmen in der Bundesrepublik 90–95% aller Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen der ersten 2 Lebensjahre (U3–U7) teil. Die Untersuchungen U8 und U9 wurden dagegen von lediglich 83 bzw. 79% wahrgenommen [3]. Bei den Schuleingangsuntersuchungen im Jahr 2009 konnten bereits Verbesserungen der Teilnahmequoten (z. B. U8 auf 91,5%) registriert werden [4]. Alle Bundesländer berichteten von einem Anstieg der Teilnahmequoten bei allen Untersuchungen auf über

90–97% (vgl. Tab. 5: Ergebnisse zur Umsetzung und Teilnahmequoten). Die Bundesländer Saarland und Hessen konnten sogar eine Teilnahmequote von 98% aufweisen.

In Schleswig-Holstein mussten 2010 rund 10% nicht durchgeführter Früherkennungsuntersuchungen an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet werden; seither sinkt diese Quote leicht. In Berlin lag dieser Wert sogar bei über 35%. Wenn auch nach Intervention des Gesundheitsamtes keine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt wird oder wenn ein Verdacht auf Kindeswohlgefährdung vorliegt, erfolgt eine Meldung an die Jugendämter. Der Anteil an diesen Meldungen liegt bei den so vorgehenden Bundesländern aufgrund der Intervention durch das Gesundheitsamt, die die Aufgaben einer Clearingstelle wahrnehmen, bei unter einem Prozent. Bei den Bundesländern, die das Jugendamt

direkt informieren, liegt der Anteil an Meldungen z. B. für Nordrhein-Westfalen bei knapp 10% und für Hessen bei 5%. Aufgrund der Meldungen der Kindervorsorge- und Früherkennungsprogramme entdecken die Gesundheits- und Jugendämter neben Fällen von Kindeswohlgefährdung, auch eine große Zahl von Fällen, bei denen Beratungen und einleitende Maßnahmen zur Förderung des nicht unmittelbar bedrohten, aber verbesserungsbedürftigen Kindeswohles initiiert werden konnten. Verlässliche Daten zu dem Anteil an bestätigten Kindeswohlgefährdungen liegen aufgrund fehlender Evaluationen kaum vor. Zitierbar sind hessische Daten: im Zeitraum 01.07.2008–30.06.2009 „ergaben sich aufgrund berechtigter Meldungen des HKVZ [Hessisches Kindervorsorgezentrum, Anm. Verfasser] insgesamt 6 Fälle, in denen durch das überprüfende Jugendamt eine Kindeswohlgefährdung bestätigt wurde und die dem Jugendamt zuvor nicht bekannt waren und die Schutz- oder Kontrollmaßnahmen des Jugendamtes erforderten“ [5].

Probleme und Lösungsversuche

Die Umsetzung der Programme berührt 4 Schnittstellen:

- ▶ Zunächst benötigt man aktuelle Daten von Kindern, um die Einladungen und Erinnerungen zu den Früherkennungsuntersuchungen zustellen zu können. Viele Bundesländer bedienen sich dafür der Schnittstelle Meldeamt, um, entsprechend der Vorgaben des Datenschutzes, die aktuellen Meldedaten nutzen zu können.
- ▶ Die Eltern bilden eine weitere Schnittstelle. Sie müssen erhaltene Briefe und auch die Früherkennungsuntersuchungen ernst nehmen und mit ihrem Kind den behandelnden Arzt aufsuchen.
- ▶ Die dritte Schnittstelle, der Arzt, zumeist ein Kinder- und Jugendarzt, füllt die Bestätigung der Untersuchung vollständig aus und informiert die zentral erfassende Stelle.
- ▶ Die vierte Schnittstelle ist das Gesundheits- und/oder Jugendamt, das über nicht durchgeführte Untersuchungen informiert wird.

Bei dem Arbeitstreffen nannten viele Bundesländer ähnliche Probleme, auf die sie bei der Zusammenarbeit mit den Schnittstellen treffen. Die am häufigsten genannten, werden in der folgenden Liste, sortiert nach der Häufigkeit ihres Auftretens, aufgeführt:

1. Fehlende oder verspätet eingehende Untersuchungsbestätigungen.
2. Vergabe von Arztterminen am Ende oder nach der Nachtoleranz.
3. Schlechte Qualität der Meldedaten (unvollständig, veraltet, doppelt).
4. Non-Compliance durch Ärzte und Eltern.
5. Familien mit doppeltem Wohnsitz (Wohnsitz in mehreren Bundesländern oder im Ausland).
6. Unkenntnis der Eltern über die gesetzliche Regelung.

Folgen dieser Probleme sind Meldungen an die Gesundheits- oder Jugendämter, bei denen eine Untersuchung eigentlich durchgeführt, aber nicht bescheinigt wurde, was wiederum zu Akzeptanzproblemen des Verfahrens insgesamt führt. Um diesen Akzeptanzverlust zu verhindern, wurden in den Bundesländern verschiedene Maßnahmen zur Schnittstellenoptimierung entwickelt und zum Teil umgesetzt:

1. Anpassung der Versandzeiträume der Schreiben an die Bedürfnisse der Eltern, damit diese direkt nach Erhalt des Schreibens einen Termin im regulären Untersuchungszeitraum mit der Arztpraxis vereinbaren können.

2. Verbesserung der (maschinellen) Lesbarkeit der Bescheinigungen.
3. Digitale Übertragung von Arztbescheinigungen.
4. Kooperation mit den Meldeämtern/Verbesserung der Melde-datenqualität und der Übertragungsgeschwindigkeit.
5. Kommunikation mit den beteiligten Arztpraxen.
6. Einbindung von Ärzten aus benachbarten Bundesländern.
7. Verbesserung der Aufklärung und Einbindung der Eltern.
8. Zeitlich optimierter Versand und digitale Übertragung der Meldungen an die Gesundheits- und Jugendämter zwecks Berücksichtigung der Übermittlungszeiträume zwischen Arzt und zentraler Stelle.

Diskussion



Die Programme der einzelnen Bundesländer weisen viele Gemeinsamkeiten, u. a. die Einführung des Einladungsverfahrens, die Ansiedlung der Strukturen an Universitätskliniken, Landesämtern und obersten Gesundheitsbehörden und die Berücksichtigung der Übermittlungszeiträume beim Versand der Meldungen an Gesundheits- und Jugendämter, aber auch viele Unterschiede vor allem bzgl. der gesetzlichen Grundlagen und strukturellen Umsetzung auf.

Alle Programme erreichten eine deutliche Steigerung der Teilnahmequoten. Daraus ergeben sich – auch das ist ein Fazit des Arbeitstreffens – folgende positive Effekte:

Erstens erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Ärzte Anhaltspunkte für konkrete Kindeswohlgefährdungen früher identifizieren und entsprechende Maßnahmen einleiten können, wenn die Kinder engmaschig vorgestellt werden und die Eltern mit ihren Kindern keine Untersuchung verpassen. Zweitens ist davon auszugehen, dass neben der Identifizierung konkreter Fälle von Kindeswohlgefährdungen die Früherkennungsuntersuchung zur Gesundheitsfürsorge der Kinder beiträgt [6]. So ist beispielsweise die Impfquote bei Kindern in Hessen in den letzten Jahren für alle Impfungen gestiegen [7–9]. Ferner erhalten die beteiligten Institutionen die Möglichkeit, im direkten Elternkontakt – und somit niedrigschwellig – beratend tätig werden zu können und Hilfsangebote zu vermitteln.

Es fehlt bisher an Evaluationen, die die direkten Untersuchungsergebnisse der Ärzte bzw. der beteiligten Institutionen bzgl. identifizierter Kindeswohlgefährdungen und eingeleiteter Maßnahmen bewerten. Entsprechende Evaluationen sind eine wichtige Voraussetzung für die zukünftige Weiterentwicklung solcher Kindervorsorge- und Früherkennungsprogramme.

Nachdem mit diesem Arbeitstreffen eine Gesamtschau von 13 zentralen Programmen in Deutschland möglich war, beschlossenen die Teilnehmer, diesen Erfahrungsaustausch verstetigen zu wollen. Sie gründeten ein Forum „Kindervorsorge“ und richteten ein erneutes Arbeitstreffen am 30.11.12 in Frankfurt am Main aus.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Institute

¹ Hessisches Kindervorsorgezentrum, Frankfurt am Main

² Gesundheitsamt Bremen, Bremen

³ Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin

⁴ Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Hildesheim

⁵ Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg, Potsdam

- ⁶ Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
- ⁷ Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz des Saarlandes, Saarbrücken
- ⁸ Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, Berlin
- ⁹ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg
- ¹⁰ Zweigstelle des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung beim Amt für soziale Angelegenheiten Trier, Zentrale Stelle LKindSchuG, Trier
- ¹¹ Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein, Kiel
- ¹² Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg, Potsdam

Literatur

- 1 *Statistische Ämter des Bundes und der Länder*. Gebiet und Bevölkerung – Geborene und Gestorbene. 2011; In: http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab3.asp (11.09.2012)
- 2 G-BA. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres. In: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-506/RL_Kinder_2010-12-16.pdf (13.11.2011)
- 3 *Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI)*. Teilnahme an Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Kindesalter nach Untersuchungsstufen in Deutschland im Jahr 2000. Berlin 2003. In: <http://www.kindergesundheit-info.de/fuer-eltern/gesundheitsrisikenvb/frueherkennung-und-vorsorge-im-kindesalter/statistik-teilnahme-am-frueherkennungsprogramm-fuer-kinder> (13.11.2011)
- 4 *Stich P.H.H.L. et al.* Determinanten des Teilnahmeverhaltens bei Kindervorsorgeuntersuchungen (U1–U8): Eine gesundheitswissenschaftliche Analyse zur Gesundheitsversorgung im Kindesalter. Springer Medizin Verlag 2009; 4: 265–271
- 5 *Hessischer Landkreistag/Hessischer Städtetag*. Hessisches Kindergesundheitsschutz-Gesetz: Evaluation durch die Jugendämter. JAmT 2010; 03: 115–117
- 6 *Thaiss H. et al.* Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz: Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren. Bundesgesundheitsblatt 2010; 53: 1029–1047
- 7 *Reiter S.* Impfquoten bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 2008. Robert Koch Institut Hrsg. Epidemiologisches Bulletin 2010; 16: 137–140
- 8 *Reiter S.* Impfquoten bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 2009. Robert Koch Institut Hrsg. Epidemiologisches Bulletin 2011; 16: 125–129
- 9 *Reiter S.* Impfquoten bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 2010. Robert Koch Institut Hrsg. Epidemiologisches Bulletin 2012; 16: 135–139