

### 3.2.4 Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen

**Zwischen Geburt und 15. Lebensjahr werden zehn Untersuchungen bezahlt.** Die Früherkennung von kindlichen Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen ist ein Hauptschwerpunkt der sekundären Prävention und kann bleibende gesundheitliche Beeinträchtigungen vermeiden helfen. Seit dem Jahr 1971 zählt ein Früherkennungsprogramm für das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 26 SGB V). Der Umfang der Untersuchungen und die Untersuchungsintervalle sind durch Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (aktuelle Fassung am 1. 4. 2005 in Kraft getreten) festgelegt.

Das Programm umfasst neun Untersuchungen bei Kindern bis sechs Jahren (U1 bis U9) sowie seit 1. 7. 1997 eine Vorsorgeuntersuchung bei den 11- bis 15-Jährigen (J1). Ergebnisse der Untersuchungen bis zum 6. Lebensjahr werden im Vorsorgeheft dokumentiert, das bei den Eltern verbleibt und zu den jeweils anstehenden Untersuchungsterminen vorgelegt werden soll. Die Zeiträume der Untersuchungen sind auf wichtige Entwicklungsetappen des Kindes abgestimmt. Sofort nach der Geburt findet die U1 statt, die U2 wird bis zum 10. Lebensjahr durchgeführt. Es folgen die Untersuchungen U3 bis U6, die jeweils in dreimonatigen Abständen im ersten Lebensjahr durchgeführt werden. Die U7 ist eine Untersuchung am Ende des zweiten Lebensjahres, die U8 am Ende des vierten Lebensjahres, die U9 wird bei 5-Jährigen vorgenommen. Die Teilnahme an den Untersuchungen ist freiwillig.

**Die Vorsorgefreudigkeit ist hoch, sinkt aber mit zunehmendem Alter des Kindes.** Die Daten zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 werden jährlich durch die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung erfasst und aufbereitet. Da die ersten beiden Früherkennungsuntersuchungen (U1 und U2) vorwiegend stationär durchgeführt werden, liegen keine zuverlässigen Angaben zur Inanspruchnahme vor.

Das Früherkennungsprogramm für Kinder findet eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung. Die Beteiligung an den einzelnen Untersuchungen sinkt jedoch mit zunehmendem Alter der Kinder. Während die Raten der Inanspruchnahme in den ersten beiden Lebensjahren (U3 bis U7) die 90-Prozent-Grenze übersteigen, liegen sie bei späteren Untersuchungen niedriger (siehe Tabelle 3.2.3).

**Tabelle 3.2.3**

Tabelle 3.2.3: Teilnahme an Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Kindesalter nach Untersuchungsstufen in Deutschland. Teilnahmeschätzung für das Jahr 2001.  
Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2002; ZI eigene Erhebung, vorläufiges Ergebnis.

Untersuchung	Zeitpunkt	Inanspruchnahme
1. Lebensjahr		
U3	4 bis 6. Lebenswoche	92,6%
U4	3. bis 4. Lebensmonat	93,2%
U5	6. bis 7. Lebensmonat	93,3%
U6	10. bis 12. Lebensmonat	94,7%
2. Lebensjahr		
U7	21. bis 24. Lebensmonat	91,2%
4. Lebensjahr		
U8	43. bis 48. Lebensmonat	82,6%
5. Lebensjahr		
U9	60. bis 64. Lebensmonat	79,1%

Nach den Ergebnissen einzelner Studien hängt die Teilnahmequote auch von der Sozialschicht ab. So nutzen sozial benachteiligte und ausländische Familien die Untersuchungen deutlich seltener [42 , 43] .

**Die Rate der medizinisch auffälligen Befunde geht seit langem zurück.** Auffällige Befunde bei den Früherkennungsuntersuchungen sind nach Daten für die alten Bundesländer in den letzten 20 Jahren deutlich rückläufig, das heißt, der Anteil der unauffälligen Kinder hat sich erhöht. Dieser Trend könnte allerdings auch durch veränderte Dokumentationsgewohnheiten der Ärztinnen und Ärzte mit bedingt sein, die bloße Verdachtsdiagnosen möglicherweise seltener nennen als früher. Im Jahr 1996 lag der Anteil der Untersuchungen (U3 bis U9) ohne auffälligen Befund bei über 95 Prozent [44] .

Zu den medizinisch bedeutsamen Auffälligkeiten im ersten Lebensjahr zählen vor allem organische Fehlbildungen (beispielsweise des Herzens und der Harnwege), Hüftgelenksfehlstellungen (Dysplasien) sowie zerebral bedingte Bewegungsstörungen.

In den höheren Altersstufen treten Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen in den Vordergrund. Die häufigsten Defizite bei der U9 waren im Jahr 1997 die Sprach- und Sprechstörungen, die sich bei 100 von 10.000 untersuchten Kindern fanden. Danach folgten die funktionellen Entwicklungsstörungen (43,6 Fälle je 10.000 untersuchte Kinder), das Schielen (25,3), die zerebral bedingten Bewegungsstörungen (24,2) und die intellektuelle Minderentwicklung (23,3) [45] . Das Risiko von Sprach- und Entwicklungsstörungen lag bei Jungen um ein Viertel bis ein Drittel höher als bei Mädchen. Seit 1997 werden die U9-Befunde nicht mehr ausgewertet.

► Umfassende Informationen zur **Gesundheit von Kindern und Jugendlichen** finden sich im Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes [46] .

## **Literatur**

- 42 Mersmann H (1998) Gesundheit von Schulanfängern - Auswirkungen sozialer Benachteiligung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Gesundheit von Kindern - Epidemiologische Grundlagen. Band 3, Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Köln, S. 60 bis 78
- 43 Robert Koch-Institut (Hrsg) (2001) Armut bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Themenheft 4 . RKI, Berlin
- 44 Altenhofen L (1998) Das Programm zur Krankheitsfrüherkennung bei Kindern: Inanspruchnahme und Datenlage. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg), S. 24 bis 33
- 45 Bundesministerium für Gesundheit (2001) Daten des Gesundheitswesens. Schriftenreihe des BMG. Band 137. Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
- 46 Robert Koch-Institut (Hrsg) (2004) GBE-Schwerpunktbericht: **Gesundheit von Kindern und Jugendlichen**. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin