



# **Machbarkeitsstudie Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen**

## **Abschlussbericht**

### **Projektleitung**

Prof. Dr. Birgit Babitsch, MPH  
Universität Osnabrück  
Fachgebiet New Public Health  
FB 8 - Humanwissenschaften  
Albrechtstr. 28  
49076 Osnabrück

### **Mitarbeiter/-innen**

Dr. Claudia Berger  
Nina Gossen  
Frauke Röwekamp  
Thomas Rohde

### **Datum**

30. April 2013

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	V
Danksagung.....	VI
1. Zusammenfassung.....	1
2. Einleitung.....	5
2.1 Projektrahmen.....	6
2.2 Zielsetzung der Machbarkeitsstudie.....	6
2.3 Methodische Vorgehensweise.....	8
2.4 Struktureller Rahmen der Durchführung der Machbarkeitsstudie.....	9
3. Bestandsaufnahme: Methodische Vorgehensweise und Ergebnisse.....	11
3.1 Gesundheitsprobleme im Grundschulalter (2./3. Klasse).....	12
3.2 Gesundheitsbezogene Untersuchungen im Grundschulalter.....	15
3.2.1 Schuleingangsuntersuchungen.....	16
3.2.2 Früherkennungsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter (U-Untersuchungen).....	16
3.2.3 Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe.....	18
3.2.4 Untersuchungen in der Grundschule.....	20
3.2.4.1 Untersuchungen in Grundschulen – Brandenburg.....	21
3.2.4.2 Untersuchungen in Grundschulen – Mecklenburg-Vorpommern.....	23
3.2.4.3 Untersuchungen in Grundschulen – Freistaat Sachsen.....	26
3.2.4.4 Untersuchungen in Grundschulen – Sachsen-Anhalt.....	28

3.2.4.5 Untersuchungen in Grundschulen – Freistaat Thüringen .....	30
3.2.5 Gesundheitliche Untersuchungen in Schulen im internationalen Kontext.....	32
3.2.6 Zusammenfassung.....	36
4. Bewertung einer Gesundheitsuntersuchung aus der Sicht unterschiedlicher Akteure (Expertengespräche) .....	40
4.1 Bestehendes Angebot von Untersuchungen in Grundschulen .....	42
4.2 Bewertung eines Angebotes von Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen und Erwartungen.....	43
4.3 Akteure für die Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen.....	44
4.4 Zeitpunkt und Untersuchungsschwerpunkte für die Untersuchung.....	45
4.5 Nutzung der Daten einer Gesundheitsuntersuchung .....	46
4.6 Zusammenspiel der Gesundheitsuntersuchung mit Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention.....	47
5. Konzeptueller Rahmen für die Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen in der modellhaften Erprobung.....	48
5.1 Einbettung der Gesundheitsuntersuchung in das Gesamtsystem .....	50
5.2 Inhalte der in der Schule vor Ort durchgeführten Untersuchung (Untersuchungskatalog) .....	51
5.3 Modelle der Durchführung von Gesundheitsuntersuchung .....	52
5.4 Datenmanagement und Datenschutz .....	53
5.5 Konsequenzen für Prävention und Gesundheitsförderung .....	53
6. Abschließende Bewertung und Empfehlungen.....	56
7. Literaturverzeichnis.....	59
8. Anhang.....	I

A. Fragenkatalog nach Hauptthemenbereichen .....	II
B. Methodische Vorgehensweise bei der systematischen Recherche zu Untersuchungen in Grundschulen .....	V
C. Suchbegriffe für die systematische Literaturrecherche zu Screeningprogrammen in Europa und Screeningverfahren.....	VI
D. Schwerpunkte der Untersuchung (Untersuchungskatalog).....	VIII

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Methodische Vorgehensweise der Machbarkeitsstudie .....	9
Abbildung 2: Einordnung einer Gesundheitsuntersuchung in das Gesamtsystem .....	50

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Themenbereiche und der dazugehörigen Fragestellungen .....	7
Tabelle 2: Mitglieder des Beirates.....	10
Tabelle 3: Recherchestrategie für die Bestandsaufnahme der Ist-Situation .....	11
Tabelle 4: Prävalenzen 6- bis 10-Jähriger bei den im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) erfassten Krankheiten und Störungen .....	13
Tabelle 5: Rahmenbedingungen für die Untersuchungen in brandenburgischen Schulen .....	22
Tabelle 6: Rahmenbedingungen für die Untersuchungen in mecklenburg-vorpommerischen Schulen .....	24
Tabelle 7: Rahmenbedingungen für die Untersuchungen in sächsischen Schulen.....	27
Tabelle 8: Rahmenbedingungen für die Untersuchungen in sachsen-anhaltischen Schulen .....	29
Tabelle 9: Rahmenbedingungen für die Untersuchungen in thüringischen Schulen.....	31
Tabelle 10: Vorhandene Strukturmodelle.....	37
Tabelle 11: Elemente der Präventionskette für Kinder und Jugendliche.....	55

## Danksagung

Die Machbarkeitsstudie hätte ohne die fachliche Unterstützung und die große Bereitschaft vieler Experten und Expertinnen nicht erstellt werden können. Für die Begleitung, die hilfreichen Informationen und die wertvollen Expertengespräche möchten wir uns bei den Experten und Expertinnen herzlich bedanken. Über die nachstehend genannten Personen hinaus, trugen noch weitere Experten und Expertinnen zu dem in der Studie zusammengestellten Wissen bei.

Thomas Altgeld  
 Jörg Bauer  
 Dr. Andrea Barth  
 Katja Becker  
 Dr. Birgit Berg  
 Hans-Peter Besnoch  
 Birte Bittner  
 Dr. Brigitte Borrmann  
 Regine Bresler  
 Dr. Matthias Brockstedt  
 Dr. Brigitte Brunner-Strepp  
 Ingrid Carl  
 Johannes Clausen  
 Marion Dörfler  
 Heike Eicher  
 Gerd Eisentraut  
 Dr. Gabriele Ellsäßer  
 Daniel Flemming  
 Dr. Helga Frey  
 Franz Gigout  
 Rainer Grahlen  
 Dr. Beate Grossmann  
 Heike Hagenhoff-Beuse  
 Norman Heise  
 Dr. Eike Hennig  
 Dr. Simone Herrlich  
 Sabine Hoffmann-Stuernagel  
 Susanne Hofmann  
 Sabine Hohagen  
 Olaf Hollunder  
 Prof. Dr. Ursula Hertha Hübner  
 Ralf Iwohn  
 Dr. Elke Jäger-Roman  
 Dr. Klaus Jahn  
 Oliver Janiczek  
 Dr. Ingeborg Kirchhoff  
 Dr. Renate Klein  
 Stephan Koesling  
 Martina Kolbe  
 Bernhard Kuntz  
 Eberhard Kwiatkowski

Dr. Bettina Langenbruch  
 Jürgen Langer  
 Dagmar Lettner  
 Prof. Dr. Markus Lungen  
 Rudolf Merod  
 Sinja Münzberg-Jesche  
 Dr. Uta Nennstiel-Ratzel  
 Dr. Pantelis Petrakakis  
 Gerrit Petrich  
 Bernd Pilgermann  
 Reiner Pilz  
 Beate Proll  
 Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer  
 Dr. Jutta Reichelt  
 Martina Richter  
 Matthias Rose  
 Christine Roß-Daum  
 Kathrin Schaff  
 Prof. Dr. Norbert Schmacke  
 Tania-Aletta Schmidt  
 Karin Schreiner-Kürten  
 Jörn Schröder-Printzen  
 Ulrike Schwenter  
 Gaby Sinter  
 Dr. Ute Teichert-Barthel  
 Dr. Heidrun Thaiss  
 Dr. med. Ulrike Thieme  
 Dr. Andrea Thumeyer  
 Dr. Gabriele Trost-Brinkhues  
 Petra Untze  
 Marion Vogl  
 Dr. Gisbert Voigt  
 Dr. Gabriele Windus  
 Dr. Ulrich Widders  
 Dr. Jürgen Wuthe  
 Eberhard Zimmermann  
 Amt für Lehrerbildung - Servicestelle  
 Schule & Gesundheit  
 Arbeitsgemeinschaft zur Förderung  
 der Jugendzahnpflege in Nordrhein  
 im AOK-Landesverband

Ärztammer Nordrhein  
 Bayerisches Staatsministerium für  
 Unterricht und Kultus | Referat VI.8  
 Die Senatorin für Bildung und Wis-  
 senschaft | Referat 20-6  
 Kultusministerium des Landes Sach-  
 sen-Anhalt | Referat 34  
 Landesarbeitsgemeinschaft Jugend-  
 zahnpflege Rheinland-Pfalz  
 Landesarbeitsgemeinschaft zur  
 Förderung der Jugendzahnpflege in  
 Mecklenburg-Vorpommern  
 Landesinstitut für Lehrerbildung und  
 Schulentwicklung – Abteilung LIP -  
 Gesundheitsförderung  
 Ministerium für Bildung und Kultur  
 des Saarlandes | Referat B4  
 Ministerium für Bildung, Jugend und  
 Sport | Referat 32  
 Ministerium für Bildung, Wissen-  
 schaft und Kultur Mecklenburg-  
 Vorpommern | Referat 221  
 Ministerium für Bildung, Wissen-  
 schaft, Weiterbildung und Kultur |  
 Referat 9416B  
 Ministerium für Kultus, Jugend und  
 Sport Baden Württemberg |  
 Referat 56  
 Ministerium für Schule  
 und Weiterbildung  
 des Landes Nordrhein-Westfalen |  
 Referat 323  
 Niedersächsisches Kultusmini-  
 sterium  
 Senatsverwaltung für Bildung, Ju-  
 gend und Wissenschaft | Landes-  
 programm gute gesunde Schule  
 Thüringer Landesverwaltungsamt |  
 Referat 550  
 Thüringer Ministerium für Soziales,  
 Familie und Gesundheit | Referat 44

## 1. Zusammenfassung

Ziel der Machbarkeitsstudie war es, die Rahmenbedingungen für ein Modellprojekt ‚Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen‘ zu prüfen. Dies schloss die Analyse formaler und fachlicher Rahmenbedingungen ebenso wie die Entwicklung eines Konzeptes für die modellhafte Erprobung ein.

Die Durchführung der Machbarkeitsstudie erfolgte vom 1. Dezember 2012 bis zum 30. April 2013 und nutzte als methodische Zugänge, systematische Literaturrecherchen und Expertengespräche. Des Weiteren wurden zu spezifischen Themen Stellungnahmen in Auftrag gegeben. Unterschiedliche Maßnahmen der Qualitätssicherung wurden durchgeführt; eine Wesentliche war die Einrichtung eines Beirates. Basierend auf den methodisch unterschiedlichen Zugängen wurden als ein wichtiges Ergebnis der Machbarkeitsstudie eine **Bestandsaufnahme („Status quo Analyse“)** zu gesundheitsbezogenen Untersuchungen im Grundschulalter vorgenommen. Dies schloss im Schwerpunkt vorhandene Angebote zu Untersuchungen in Grundschulen ein; Berücksichtigung fanden jedoch auch andere Angebote, wie die Schuleingangsuntersuchung, die U-Untersuchungen in dieser Altersgruppe (U10 und U11) und die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V.

Wesentliche Ergebnisse der Status quo Analyse sind:

1. In Deutschland werden in vier Bundesländern (Freistaat Sachsen, Sachsen-Anhalt, Freistaat Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern) Untersuchungen in Grundschulen flächendeckend durchgeführt, die sich allerdings hinsichtlich des Untersuchungszeitpunktes (2. bis 4. Klasse) und hinsichtlich der Untersuchungsinhalte unterscheiden. Die Untersuchungen in den Grundschulen sind in diesen Bundesländern gesetzlich verankert und verpflichtend; eine hohe Teilnehmerate wird hierdurch erzielt. Zudem kann in einem weiteren Bundesland (Brandenburg) eine Schuluntersuchung nach Bedarf in der 6. Klasse angeboten werden. Dies ist entsprechend gesetzlich geregelt.
2. Als Organisations- und Finanzierungsprinzip ist bei den bestehenden Untersuchungen in Grundschulen die Anbindung an den Öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. eine kommunale Finanzierung vorherrschend. In einem Bundesland (Freistaat Sachsen) können die Untersuchungen mit entsprechendem Nachweis auch durch eine/n niedergelassene/n Arzt/Ärztin erfolgen. Eine alter-



native Organisations- und Finanzierungsstruktur findet sich für die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe (§ 21 SGB V) in Schulen.

Die personelle Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie die ausschließliche kommunale Finanzierung unter den gegebenen Rahmenbedingungen werden als Hürden für eine zukünftige und flächendeckend ausgerichtete Umsetzung gesehen.

3. Die aus den derzeit angebotenen Schuluntersuchungen erzielten Informationen werden individuell und auch in allen Bundesländern zur Gesundheitsberichterstattung genutzt. Die erforderlichen datenschutzrechtlichen Voraussetzungen sind in den einzelnen Bundesländern mit Untersuchungen in Grundschulen gegeben. Durch die Schuleingangsuntersuchungen und z. T. durch die Schuluntersuchungen liegen in allen Bundesländern eine umfangreiche Expertise sowie etablierte Systeme der Datenverwaltung und -nutzung vor.

Die Frage nach der **Akzeptanz einer Gesundheitsuntersuchung** in Grundschulen war ein weiterer und zentraler Aspekt der Machbarkeitsstudie. Das im Wesentlichen auf Expertengespräche basierende Ergebnis weist auf eine hohe Zustimmung für eine Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen hin – auch wenn sich in den Expertenmeinungen durchaus kritische Haltungen diesbezüglich finden. Grundsätzlich ist eine positive Einschätzung gegenüber einer Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen an Voraussetzungen geknüpft, die sich insbesondere auf das inhaltliche Konzept und angemessene Rahmenbedingungen für das Angebot und die Durchführung der Gesundheitsuntersuchung beziehen.

**Konzeptionelle Eckpunkte** für Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen wurden im Rahmen der Machbarkeitsstudie auf der Grundlage der Status quo Analyse, den Expertengesprächen und zu spezifischen Fragestellungen erarbeiteten Stellungnahmen detailliert. Diesen konzeptionellen Eckpunkten liegen Zieldimensionen in Form von Komponenten zugrunde, die im Beirat diskutiert und abgestimmt werden konnten.

Im Einzelnen sollte das inhaltliche Konzept einer Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen folgende konzeptionellen Eckpunkte umfassen:

- a. Die Gesundheitsuntersuchung muss in die Lebenswelt Schule integriert sein, d. h. gemeinsam von Akteuren des Gesundheits- und des Schulsystems getragen und umgesetzt werden. (Kooperativer Ansatz)
- b. Die Gesundheitsuntersuchung sollte allen Kindern angeboten werden. (Kein selektives Angebot)
- c. Die Gesundheitsuntersuchung steht mit ihrer Ausrichtung nicht in Konkurrenz zu anderen Angeboten (wie z. B. den U-Untersuchungen), sondern stellt ein eigenständiges Angebot mit spezifischer Ausrichtung dar. (Komplementärer Ansatz)
- d. Die Gesundheitsuntersuchung muss sowohl die individuelle Gesundheit des zu untersuchenden Kindes als auch für die Gesundheit relevante Lebensweltfaktoren einbeziehen und valide erfassen. (Alle relevanten Faktoren einbeziehen)
- e. Die Gesundheitsuntersuchung sollte die Schwerpunkte auf gesundheitliche Risiken (resp. Ressourcen) für den Schulerfolg legen. Die Ergebnisse sollten individuell, d. h. für das einzelne Kind, und kollektiv, zur Entwicklung der Lebenswelt Schule, genutzt werden. (Nutzen für die Kinder und die Schule)
- f. Die Gesundheitsuntersuchung sollte relevante Informationen von Eltern und auch Lehrern/-innen einbeziehen und den Austausch mit den Eltern und Lehrern/-innen fördern. (Partizipation)
- g. Die Gesundheitsuntersuchung sollte zu Aktivitäten für eine „gesunde Schule“ aktiv beitragen, Impulse geben und die relevanten Akteure einbinden. (Gesundheitsförderung/Prävention und Vernetzung)
- h. Die Daten der Gesundheitsuntersuchung sollten sowohl individuell (Rückinformation an die Eltern) als auch Einzelperson übergreifend aufbereitet und genutzt werden. (Gesundheitsberichterstattung) Ein Zusatznutzen wird darin gesehen, die nach der Schuleingangsuntersuchung durchgeführten Fördermaßnahmen im Längsschnitt zu betrachten. (Evaluation)

Neben inhaltlichen Aspekten für das Konzept einer Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen wurden in der Machbarkeitsstudie wichtige Voraussetzungen für die modellhafte Erprobung erkennbar. Hierzu trugen wesentlich die Expertengespräche und die Beratungen des Beirates bei.

Nachfolgend sind zentrale Bedingungen für eine modellhafte Erprobung aufgeführt:

1. Für die modellhafte Erprobung ist eine Finanzierung sicherzustellen, die den interessierten Modellregionen eine Umsetzung ermöglicht. Zudem sollte eine wissenschaftliche Prozess- und Ergebnisevaluation durchgeführt werden.
2. Bei der modellhaften Erprobung sind die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie unter Berücksichtigung der jeweiligen Vor-Ort-Bedingungen und Erfahrungen umzusetzen. Nur auf dieser Basis können realistische Durchführungsvoraussetzungen (Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der niedergelassenen Ärzte/-innen, Detaillierung des Untersuchungskonzeptes und Fragen der Datenverarbeitung und -nutzung) entwickelt werden.
3. Die modellhafte Erprobung sollte in ausgewählten Regionen stattfinden. Als wichtige Voraussetzungen sind 1. die Bereitschaft der Schulen, an einer solchen modellhaften Erprobung teilzunehmen und 2. die Bereitschaft, sich mit einer weiteren Modellregion über das Untersuchungskonzept und die Durchführung der Gesundheitsuntersuchung abzustimmen und einheitlich umzusetzen.

## 2. Einleitung

Das Kindes- und Jugendalter ist mehrheitlich eine von guter Gesundheit geprägte Lebensphase, die zugleich eine Vielzahl von Entwicklungsaufgaben beinhaltet. Mit den erstmals für Deutschland vorliegenden und repräsentativen Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) werden die Vielfalt in der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit gesundheitlichen Problematiken deutlich (RKI 2008, RKI 2010). Bereits in diesem Lebensalter treten Unterschiede in der Gesundheit nach sozialer Herkunft sowie nach Migrationshintergrund zutage. Insbesondere bei den als neue Morbidität bezeichneten Gesundheitsproblemen und Krankheitsbildern, wie u. a. der Adipositas und dem Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS), werden diese sozial bedingten Unterschiede besonders deutlich. So ist der Anteil der übergewichtigen/adipösen Kinder und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus um ein Dreifaches erhöht im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen mit einem hohen Sozialstatus (Kurth; Schaffrath Rosario 2010).

Der Kinder- und Jugendgesundheit widmen sich unterschiedliche Akteure aus dem Gesundheits- und Schulsystem und bieten eine breite Palette an Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung, bspw. durch die lebensweltbezogenen Ansätze der Gesundheitsförderung, an (KMK 2012). Zudem werden auch sekundärpräventive Angebote mit den Früherkennungsuntersuchungen, den Schuleingangsuntersuchungen und z. T. den Schuluntersuchungen sowie der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe vorgehalten, deren Umsetzung durch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte/-innen bzw. durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst erfolgt. Der Altersschwerpunkt der Früherkennungsuntersuchungen liegt zwischen 0 und 6 Jahren. Zusätzlich bieten inzwischen zahlreiche gesetzliche Krankenkassen ihren Versicherten auf freiwilliger Basis ein oder zwei Früherkennungsuntersuchungen für Kinder im Grundschulalter (U10 und U11) an. Für Kinder nach dem sechsten Lebensjahr, besteht damit jedoch, mit Ausnahme der J1 für 12- bis 14-jährige Kinder, kein flächendeckendes und einheitliches Angebot an allgemeinen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen mehr. Die Altersschwerpunkte der anderen Untersuchungen sind unterschiedlich und schließen Kinder und Jugendliche einzelner Jahrgangsstufen ein. Entsprechend gestaltet sich die diesbezügliche Versorgungslandschaft in Deutschland als heterogen. Nicht jedes Kind hat somit die Möglichkeit, eine weitere Früherkennungs- bzw. Gesundheitsuntersuchung zu erhalten; dies hängt derzeit vom Versicherungsstatus oder vom Wohnort ab. Dem Ergebnis der wissenschaftlichen Expertise

folgend (BMG 2009) wäre ein solches Angebot jedoch geboten, da neben der Abklärung gesundheitlicher Belange auch eine Chance zur Weichenstellung in Richtung Gesundheitsförderung und Prävention gegeben ist (siehe ausführlich BMG (2009)). Im derzeit im Gesetzgebungsverfahren befindlichen Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention wird die Empfehlung der Expertise aufgegriffen und umgesetzt (Deutscher Bundestag 2013, BMG 2013). Geplant ist dabei, das Kinderuntersuchungsprogramm nach § 26 SGB V auf die Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen auszuweiten.

## 2.1 Projektrahmen

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) fördert im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die Machbarkeitsstudie Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen. Die Durchführung der Machbarkeitsstudie flankiert die Umsetzung der Eckpunkte für eine Präventionsstrategie der Gesundheitspolitiker der Regierungskoalition und des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Eckpunkte sehen eine modellhafte Erprobung von Gesundheitsuntersuchungen an Grundschulen vor (BMG 2012b).

Die Ausschreibung der Machbarkeitsstudie erfolgte seitens der BZgA am 30. Oktober 2012 mit Frist zur Angebotseinreichung am 19. November 2012. Die Projektlaufzeit war vom 1. Dezember 2012 bis zum 30. April 2013.

## 2.2 Zielsetzung der Machbarkeitsstudie

Das Ziel der Machbarkeitsstudie ist, „die formalen und fachlichen Rahmenbedingungen für ein (...) Modellprojekt zu untersuchen und auf Grundlage dieser Untersuchungsergebnisse das Konzept für eine Erprobungsphase zu erarbeiten“ (BZgA 2012a). Dementsprechend gliedert sich die Aufgabenstellung der Machbarkeitsstudie in zwei übergeordnete Zielstellungen: Erstens, die Prüfung der Rahmenbedingungen (Ziel 1) und zweitens, die Entwicklung eines Konzeptes für das Modellprojekt (Ziel 2).

Des Weiteren wurden in der Ausschreibung übergeordnete Fragestellungen formuliert, die sich in folgende sechs Hauptthemenbereiche untergliedern lassen und die Grundstruktur der Machbarkeitsstudie darstellen (BZgA 2012a):

1. Durchführbarkeit der Gesundheitsuntersuchung(en) in der 2. und 3. Jahrgangsstufe in Schulen
2. Inhalte der Gesundheitsuntersuchung(en) in Schulen
3. Akzeptanz der Gesundheitsuntersuchung(en) in Schulen
4. Finanzierung der Gesundheitsuntersuchung(en) in Schulen
5. Perspektiven für die Übermittlung medizinischer Befunde der Gesundheitsuntersuchung(en) in Schulen
6. Konsequenzen für Prävention und Gesundheitsförderung.

Diese Themenbereiche sind mit folgenden, in der Machbarkeitsstudie zu beantwortenden Fragen versehen, die übersichtshalber in der nachstehenden Tabelle 1 dargestellt werden (siehe ausführliche Fragenliste, Anhang A).

**Tabelle 1: Übersicht der Themenbereiche und der dazugehörigen Fragestellungen**

Ziel <sup>1</sup>	Themenbereich	Aufgabenstellung/zentrale Fragestellung
1	Durchführbarkeit der Gesundheitsuntersuchung(en) in der 2./3. Jahrgangsstufe in Schulen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Welche Untersuchungen?</li> <li>▪ Durch wen?</li> <li>▪ Abgrenzung ambulanter Bereich?</li> <li>▪ Teilnehmeraten?</li> <li>▪ Bereits vorhandene Untersuchungen?</li> </ul>
1, 2	Inhalte der Gesundheitsuntersuchung(en) in Schulen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auswahl der Erkrankungen/Entwicklungsstörungen?</li> <li>▪ Übertragbarkeit der Untersuchungen in das Schulsetting?</li> <li>▪ Einheitliche Untersuchung (2./3. Klasse)?</li> <li>▪ Impfprophylaxe?</li> </ul>
1	Akzeptanz der Gesundheitsuntersuchung(en) in Schulen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Akzeptanz unterschiedlicher Akteure?</li> </ul>
1, 2	Finanzierung der Gesundheitsuntersuchung(en) in Schulen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Finanzierungsmodelle?</li> </ul>

Ziel <sup>1</sup>	Themenbereich	Aufgabenstellung/zentrale Fragestellung
1, 2	Perspektiven für die Übermittlung medizinischer Befunde der Gesundheitsuntersuchung(en) in Schulen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auswertung der Daten?</li> <li>▪ Datenschutz?</li> <li>▪ Übermittlung der Befunde?</li> <li>▪ Nachverfolgbarkeit?</li> <li>▪</li> </ul>
1, 2	Konsequenzen für Prävention und Gesundheitsförderung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inklusion primärpräventiver Beratungselemente?</li> <li>▪ Einbindung lokaler Akteure?</li> <li>▪ Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der U10?</li> </ul>

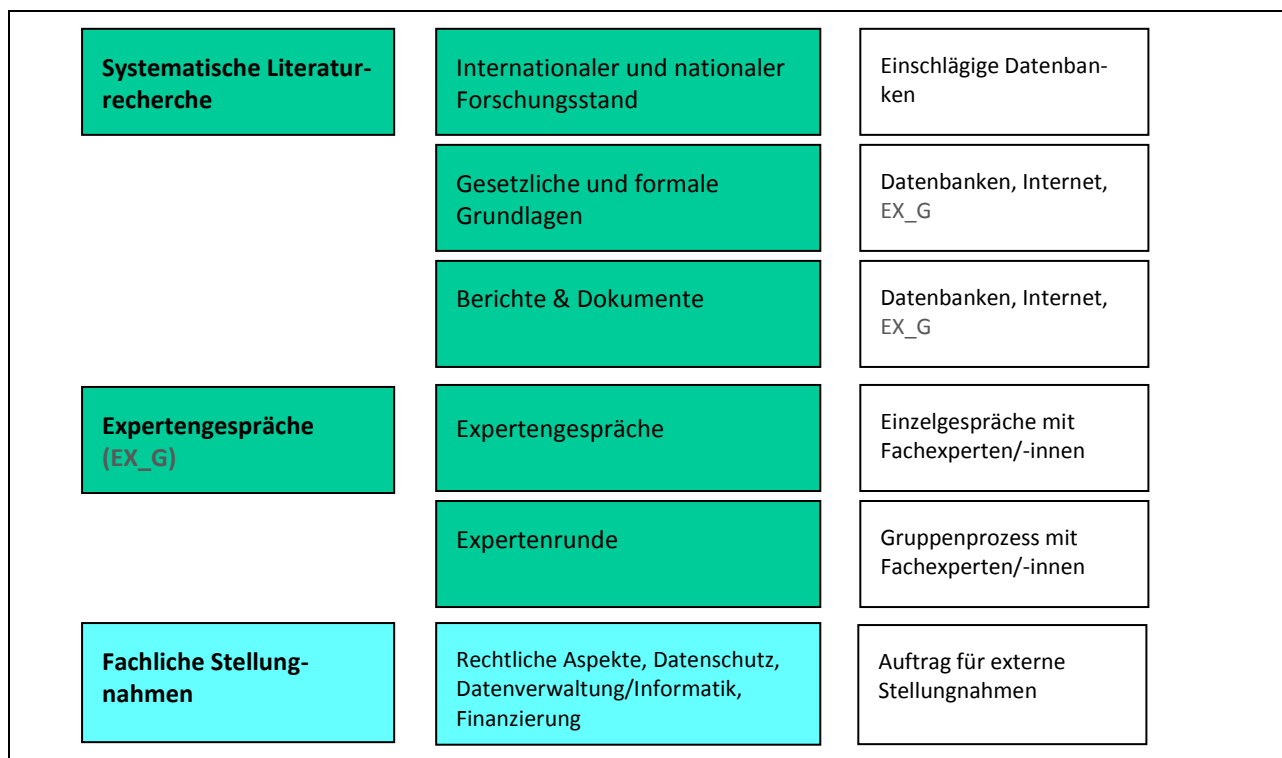
**Legende**

<sup>1</sup> Ziel 1: Prüfung der Rahmenbedingungen; Ziel 2: Entwicklung eines Konzeptes für das Modellprojekt

Quelle: BZgA (2012a)

## 2.3 Methodische Vorgehensweise

Die in der Aufforderung skizzierten Fragestellungen waren umfangreich und der dafür zur Verfügung stehende Zeitrahmen war vergleichsweise kurz. Entsprechend wurde die methodische Vorgehensweise diesen Voraussetzungen angepasst und der Schwerpunkt auf systematische Literaturrecherchen, Expertengespräche sowie Stellungnahmen gelegt. Dies stellte sicher, dass die angedachte Vielfalt der Perspektiven in der Machbarkeitsstudie Gehör finden und integriert werden können, sowie dass in kurzer Zeit auf hohem Fachniveau die in der Aufforderung skizzierten Fragen beantwortet werden können. Die gewählten methodischen Zugänge sind in Abbildung 1 dargestellt. Zur Qualitätssicherung wurde ein Beirat eingerichtet, in welchen zentrale Akteure des Gegenstandsbereiches der Machbarkeitsstudie berufen wurden (siehe Kapitel 2.4).

**Abbildung 1: Methodische Vorgehensweise der Machbarkeitsstudie**


Experten/-innen für die Stellungnahmen waren Herr Prof. Dr. Markus Lungen (Finanzierung) und Frau Prof. Dr. Ursula Hertha Hübner (Datenverwaltung/Informatik) von der Hochschule Osnabrück, Herr Bernd Pilgermann (Datenschutz), behördlicher Datenschutzbeauftragter der Charité - Universitätsmedizin Berlin, und Herr Jörn Schröder-Printzen von der Anwaltskanzlei Schröder-Printzen & Kaufmann & Kollegen.

## 2.4 Struktureller Rahmen der Durchführung der Machbarkeitsstudie

Im Rahmen der Machbarkeitsstudie wird ein regelmäßiger Austausch zwischen der BZgA sowie dem BMG und der Universität Osnabrück durchgeführt, um die jeweils vorliegenden Ergebnisse zu diskutieren. Die Diskussionsergebnisse wurden in die weitere Bearbeitung der Studie eingespeist.

Des Weiteren wurde ein Beirat zur Machbarkeitsstudie eingerichtet, um zentrale Akteure dieses Themenfeldes in den Erstellungsprozess einzubinden. Der Beirat tagte in zwei Sitzungen; die erste Beiratssitzung



fand am 18. Januar 2013 und die zweite Beiratssitzung am 15. März 2013 statt. Darüber hinaus wurden schriftliche Feedback-Schleifen zu einzelnen Themenkomplexen durchgeführt, um sicherzustellen, dass der Beirat über wichtige Projektergebnisse zeitnah informiert war und Rückmeldungen seitens des Beirates in die Machbarkeitsstudie integriert werden konnten.

In Tabelle 2 sind die im Beirat vertretenen Organisationen und die jeweils benannten Vertreter/-innen aufgeführt.

**Tabelle 2: Mitglieder des Beirates**

Organisation	Vertretung durch ...
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)	Dr. Gabriele Trost-Brinkhues
Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)	Dr. Ute Teichert-Barthel
Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (bvpg)	Dr. Beate Grossmann
Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ)	Dr. Elke Jäger-Roman
Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK)	Petra Untze / Dr. Ulrich Widders Dr. Renate Klein
GKV-Spitzenverband	Karin Schreiner-Kürten
Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK)	Beate Proll

Angefragt wurden des Weiteren der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und die Bundesärztekammer. Beide haben eine Beteiligung am Beirat abgesagt. Vertreter/-innen der BZgA und des BMG nahmen als Gäste an den Beiratssitzungen teil.

### 3. Bestandsaufnahme: Methodische Vorgehensweise und Ergebnisse

Als Grundlage für die Machbarkeitsstudie wurde eine umfangreiche Bestandsaufnahme der Ist-Situation durchgeführt. Der Schwerpunkt der Analyse lag auf den nationalen Rahmenbedingungen; zudem wurden auch internationale Erkenntnisse in den Themenfelder Kindergesundheit sowie Früherkennung und Schuluntersuchungen einbezogen. Als Datenquellen flossen sowohl Dokumente als auch wissenschaftlichen Studienergebnissen ein. Zusätzlich wurden Experten/-innen bei der Erstellung einzelner Fachinhalte befragt bzw. um ein Feedback zu bereits fertig gestellten Berichtsteilen gebeten.

In der nachstehenden Tabelle 3 ist die Recherchestrategie für die einzelnen Themenbereiche dargestellt (siehe Anhang B und C).

**Tabelle 3: Recherchestrategie für die Bestandsaufnahme der Ist-Situation**

Themenbereich	Suchstrategie
<b>Rahmenbedingungen</b>	
Gesetzliche Grundlagen	Internetrecherche; gezielte Recherche bei Landesministerien
Gesundheitsberichterstattung	Internetrecherche; gezielte Recherche bei Fachinstitutionen
Schuluntersuchungen in Deutschland	Internetrecherche; gezielte Recherche bei Fachinstitutionen
Schuluntersuchungen in Europa	Internetrecherche; gezielte Recherche bei Fachinstitutionen
<b>Wissenschaftliche Publikationen</b>	
Kinder- und Jugendgesundheit	PubMed
	Internetrecherche; gezielte Recherche bei Fachinstitutionen
Screening/Früherkennung	PubMed
	Internetrecherche; gezielte Recherche bei Fachinstitutionen
Schuluntersuchungen	PubMed
	Internetrecherche; gezielte Recherche bei Fachinstitutionen

Zudem wurden die durch die Auftraggeberin bereitgestellten Berichte, Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern im Alter von 6 bis 10 Jahren (BMG 2009), Schuleingangsuntersuchungen in den Ländern

(Böhme; Reimann 2011) und die systematische Vorab-Recherche (BZgA 2012a), als Grundlage für die Bestandsaufnahme genutzt.

### 3.1 Gesundheitsprobleme im Grundschulalter (2./3. Klasse)

Die Prävalenz chronischer Erkrankungen – krankheitsübergreifend entsprechend des „Children with Special Health Care Needs“ (CSHCN-Screener) – liegt in der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen bei 15,8 %; es zeigt sich beim Vergleich der Altersgruppen eine Zunahme mit dem Alter der Kinder (BMG 2009). Ein gleicher Alterstrend findet sich bei den emotionalen und verhaltensbezogenen Problemen in den letzten sechs Monaten (SDQ-Gesamtproblemwert), mit einem prozentualen Anteil von 8,2 % bei den 6- bis 10-Jährigen; mit deutlich höherer Prävalenz bei den Jungen (10,6 %) im Vergleich zu den Mädchen (5,8 %).

Von den chronischen Einzelerkrankungen fallen die atopischen Erkrankungen bei den 6- bis 10-Jährigen durch eine hohe Prävalenz auf – allerdings ist hier zu beachten, dass es sich hier um Angaben zur Lebenszeitprävalenz, d.h. ob die Erkrankung jemals im Leben aufgetreten ist, handelt: insb. Neurodermitis (14,6 %, Gesamtgruppe), Heuschnupfen (9,7 %, Gesamtgruppe) und Asthma bronchiale (4,4 %, Gesamtgruppe).

Übergewicht und Adipositas sind weitere Krankheitsbilder, die in dieser Altersgruppe sehr häufig vorkommen: betroffen sind 14,4 % bzw. 5,8 % in der Gesamtgruppe der 6- bis 10-Jährigen. Den Prävalenzzahlen in Abhängigkeit von der Altersgruppe kann man entnehmen, dass eine Zunahme der Prävalenz im Zeitraum zwischen dem 6. und dem 7./8. Lebensjahr stattfindet.

Vergleichsweise hohe Prävalenzen finden sich für die psychischen bzw. verhaltensbezogenen Krankheiten wie bspw. ADHS und ‚emotionale Probleme‘; auch hier nimmt die Prävalenz mit zunehmendem Alter zu. Insgesamt hatten 4,7 % der 6- bis 10-Jährigen einen diagnostizierten ADHS und 9,9 % emotionale Probleme mit in beiden Fällen deutlich höheren Prävalenzen bei den Jungen im Vergleich zu den Mädchen.

**Tabelle 4: Prävalenzen 6- bis 10-Jähriger bei den im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) erfassten Krankheiten und Störungen (Angaben in %, gewichtet, BMG 2009)**

Krankheit/Störung <sup>1</sup>	6 bis 10 Jahre		
	J (n=2.643)	M (n=2.511)	G (N=5.154)
CSHCN-Screener <sup>2</sup> : Chronische Krankheiten (EFB)***	20,5	10,9	15,8
Amtlich anerkannte Behinderung (EFB)*	2,2	1,2	1,7
SDQ-Gesamtpunktwert <sup>3</sup> - auffällig (EFB)**	10,6	5,8	8,2
Heuschnupfen, allergische Bindehautentzündung (CAPI)*	11,6	7,8	9,7
Heuschnupfen (EFB)*	13,1	8,9	11,1
Neurodermitis, atop. Ekzem (CAPI)*	14,7	14,6	14,6
Neurodermitis (EFB)*	17,4	18,5	17,9
Allerg. Kontaktekzem (EFB)*	6,2	12,6	9,3
Asthma (CAPI)*	5,3	3,5	4,4
Spastische obstruktive Bronchitis (CAPI)*	17,3	11,8	14,6
Psoriasis (EFB)*	0,6	1,5	1,0
Herzkrankheit (CAPI)*	2,1	2,7	2,4
Blutarmut, Anämie (CAPI)*	2,5	2,5	2,5
Krampfanfall (CAPI)*	4,4	3,7	4,0
Schilddrüsenkrankheit (CAPI)*	0,7	0,9	0,8
Zuckerkrankheit (CAPI)*	0,2	0,1	0,1
Skoliose (CAPI)*	3,3	3,2	3,2
Migräne (CAPI)*	1,4	1,4	1,4
Schwerhörigkeit (CAPI) (n=2.771)*	15,0	13,6	14,3
Dauerhaft schwerhörig (EFB) (n=3.567)*	1,5	1,1	1,3
Brillenträger (MB)	15,8	16,3	16,0
Kurzsichtigkeit – jemals (EFB)*	6,7	8,5	7,6
Weitsichtigkeit – jemals (EFB)*	9,0	9,5	9,3
Hornhautverkrümmung – jemals (EFB)*	6,5	6,3	6,4
Schielen – jemals (EFB)*	4,0	4,4	4,2
Stark untergewichtig (<P3; Kromeyer-Hauschild) (MB)	1,9	1,7	1,8
Übergewicht (>P90 Kromeyer-Hauschild) (MB)	14,9	13,9	14,4
Adipositas (>P97; Kromeyer-Hauschild) (MB)	6,4	5,2	5,8
ADHS (von Arzt/Ärztin oder Psychologe/-in festgestellt) (EFB)*	7,6	1,6	4,7
ADHS-Verdachtsfall (≥ 7, SDQ, EFB)**	7,7	4,5	6,1
Hyperaktivität (EFB) – auffällig (SDQ; EFB)**	13,5	6,0	9,9

Krankheit/Störung <sup>1</sup>	6 bis 10 Jahre		
	J (n=2.643)	M (n=2.511)	G (N=5.154)
Emotionale Probleme – auffällig (SDQ; EFB)**	10,3	9,4	9,9
Verhaltensprobleme - auffällig (SDQ; EFB)**	<b>18,9</b>	<b>11,0</b>	15,1
Peer-Probleme (EFB) – auffällig (SDQ; EFB)**	<b>12,0</b>	<b>8,3</b>	10,2
Prosoziales Verhalten - auffällig (SDQ; EFB)**	<b>3,8</b>	<b>2,1</b>	3,0
Emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme (EFB)*	<b>9,6</b>	<b>3,9</b>	6,8
➔ wenn vorhanden, Problemdauer mind. 12 Monate (EFB, Subgruppe)***	89,3	90,2	89,5
Verzögerte Sprachentwicklung (CAPI) (n=2.771)*	4,6	3,1	3,9
Lungenentzündung (CAPI)*	11,7	10,1	10,9
Mittelohrentzündung (CAPI)*	59,5	54,2	56,9

**Legende**

M = Mädchen, J = Jungen, G= Gesamtgruppe; signifikante Geschlechterunterschiede sind fett markiert.

EFB – Elternfragebogen; CAPI – Ärztliche Befragung zu Erkrankungen; MB - Messbogen

<sup>1</sup> Fallzahlen variieren bei den einzelnen Krankheiten.

<sup>2</sup> Children with Special Health Care Needs-Screener – Bejahung von mindestens einer der 5 Hauptfragen [RKI 2008a]

<sup>3</sup> Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) [RKI 2008]

\* Lebenszeitprävalenz

\*\* 6-Monats-Prävalenz

\*\*\* 12-Monats-Prävalenz

Quelle: BMG (2009)

Im Rahmen der Expertise Früherkennungsuntersuchung wurde in Hinblick auf die Ausweitung der ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen eine Priorisierung der wichtigsten Gesundheitsstörungen und Erkrankungen erarbeitet, die folgende Erkrankungen bzw. Gesundheitsstörungen für Kinder im Alter von 6 bis 10 Jahre als besonders relevant festlegte (alphabetische Ordnung) (BMG 2009): ADHS, Adipositas, allergische Rhinitis, Asthma bronchiale, emotionale Störungen, Hörstörungen, obstruktive Bronchitis, Sehstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten.

Die in der Machbarkeitsstudie durchgeführte Analyse der Untersuchungskataloge der derzeit durchgeführten Untersuchungen in Grundschulen und die Expertenmeinungen unterstützen die in der oben genannten Expertise fokussierten Problembereiche weitestgehend. Neben einer körperlichen Untersuchung sollten durch eine gute Anamnese, die den Einsatz eines Fragebogens an die Eltern umschließt, Aspekte der psycho-sozialen Gesundheit in einer Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen berücksichtigt wer-

den. Mehrheitlich wird empfohlen hierbei den Fokus auf solche gesundheitlichen Risiken zu legen, die eine Relevanz für die schulische Entwicklung haben. Unstrittig ist, dass im Rahmen der Untersuchung in Schulen bereits erprobte und möglichst validierte Screeninginstrumente zum Einsatz kommen sollen. Hierzu stehen unterschiedliche Testverfahren zur Verfügung. Bei einem positiven Screeningbefund sind eine weitere Abklärung und eine entsprechende therapeutische bzw. medizinische Versorgung sicherzustellen.

### 3.2 Gesundheitsbezogene Untersuchungen im Grundschulalter

In der Bundesrepublik Deutschland sind der rechtliche Rahmen und die Aufgaben der ärztlichen Schuluntersuchungen föderal geregelt. In den einzelnen Bundesländern sind die kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen in Grundschulen durch Landesgesetze und ergänzende Rahmenvereinbarungen festgeschrieben. Ziel dieser Bestandsaufnahme war es, den Status quo der in Schulen durchgeführten Untersuchungen in den einzelnen Bundesländern zu erfassen und zu beschreiben. Derzeit werden solche Untersuchungen vornehmlich in den neuen Bundesländern durchgeführt. Um die Fragestellung umfassend beantworten zu können, wurden über die primär in Grundschulen angebotenen Untersuchungen hinaus exemplarisch Schuleingangsuntersuchungen in einzelnen Bundesländern, die U-Untersuchungen in dieser Altersgruppe und die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V analysiert.

Neben systematischen Recherchen (siehe Methodik, Anhang B) wurden auch Expertengespräche geführt, so dass belastbare Aussagen zu Einzelfragestellungen der Machbarkeitsstudie getroffen werden können. Entsprechend dieser werden die Ergebnisse in folgende Bereiche differenziert: gesetzlicher Rahmen, Zielsetzung, Untersuchungsumfang und -methoden, Durchführung der Untersuchung, Teilnahmeraten, Beteiligung der Eltern und Datenerfassung und -auswertung.

Bereits bestehende Untersuchungen in Grundschulen werden in der Machbarkeitsstudie generell als Untersuchungen in Grundschulen bezeichnet, da in den einzelnen Bundesländern (siehe Abschnitt 3.2.4) unterschiedliche Begrifflichkeit verwendet werden. Der Begriff ‚Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen‘ bezeichnet das im Rahmen der Machbarkeitsstudie zu entwickelnde Konzept. Von Untersuchung wird

in diesem Zusammenhang gesprochen, wenn der in der Schule vor Ort durchgeführte Untersuchungsteil als eine Komponente der Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen adressiert wird.

### 3.2.1 Schuleingangsuntersuchungen

In allen Bundesländern finden Schuleingangsuntersuchungen statt, die sich jedoch in Bezug auf das Alter der Kinder, den Durchführungsort und z. T. hinsichtlich des Untersuchungskonzeptes unterscheiden. Die Altersspanne der Schuleingangsuntersuchung reicht von 4,5 Jahren bis 5 Jahre. Die Untersuchung findet in den meisten Bundesländern im Gesundheitsamt, in wenigen Bundesländern auch im Kindergarten statt. Obgleich der Untersuchungskatalog in allen Bundesländern ähnlich ist, zeigen sich sowohl für die Bereiche, die abgefragt bzw. untersucht werden, wie auch für die Assessmentinstrumente, die zur Bewertung der Schulfähigkeit von Kindern eingesetzt werden, Unterschiede. In den meisten Bundesländern wird der Entwicklungsstand der Kinder mit dem Sozialpädiatrischen Screening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS) bzw. durch das S-ENS Screening (Vorversion von SOPESS) erfasst. Auch bei der Beteiligung der Eltern differieren die Bundesländer; z. T. sind die Angaben zur kindlichen Entwicklung durch die Eltern verpflichtend, z. T. werden die Angaben auf freiwilliger Basis erhoben bzw. nicht ermittelt.

Einer stärkeren Vereinheitlichung der Schuleingangsuntersuchung wird mit dem Bielefelder Modell Rechnung getragen. Das Bielefelder Modell ist ein Dokumentationsschema mit konkreten Handlungsanweisungen, welches die Bewertung von Ergebnissen unterstützt und der Qualitätssicherung dient. SOPESS ist in das Bielefelder Modell integriert (LIGA.NRW 2009, Daseking; Petermann; Simon 2011).

### 3.2.2 Früherkennungsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter (U-Untersuchungen)

In Deutschland werden seit 1976 Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt, die sicherstellen sollen, dass Erkrankungen frühzeitig erkannt und die vielfältigen Entwicklungsschritte im Kindes- und Jugendalter gesund bewältigt werden. Bei Bedarf werden durch die niedergelassenen Ärzte/-innen weitere Maßnahmen veranlasst. Der Schwerpunkt der durch die gesetzliche Krankenversicherung finanzierten Früherkennungsuntersuchungen, häufig auch als U-Untersuchungen bezeichnet, liegt im Lebensalter von 0 bis

6 Jahren; eine weitere Untersuchung findet im Alter von 12 bis 14 Jahren (J1) statt (G-BA 2012). Die Inhalte und Zeitpunkte der Untersuchungen legt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Kinder-Richtlinien und in den Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung fest.

Die bestehende Lücke in der Versorgung von Kindern im Alter von 6 bis 12 Jahren wurde vielfach von unterschiedlichen Akteuren kritisiert und war auch Gegenstand einer vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen wissenschaftlichen Expertise (BMG 2009), die sich für eine weitere Früherkennungsuntersuchung in dieser Altersgruppe ausgesprochen hat. Eine entsprechende Ausweitung des Kinderuntersuchungsprogramms auf die Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen ist Inhalt des derzeit im Gesetzgebungsverfahren befindlichen Entwurfs eines Gesetzes zur Förderung der Prävention (Deutscher Bundestag 2013, BMG 2013).

Zugleich bieten inzwischen zahlreiche gesetzliche Krankenkassen meist zwei weitere Früherkennungsuntersuchungen (U10, U11) ihren Versicherten auf freiwilliger Basis an (siehe Übersicht: (BVKJ 2012)). Die U10- und U11-Untersuchungen sind dementsprechend keine Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Für das Angebot dieser U-Untersuchung werden in der Regel Einzelverträge geschlossen, wobei die Vertragspartner in den Einzelverträge variieren. Diese sind meist neben den Krankenkassen je nach Bundesland/Bezirk die zuständige Kassenärztliche Vereinigung und der Berufsverband für Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ). Die Vergütung der U-Untersuchung liegt bei ca. 50 Euro, die unterteilt wird in die Durchführung der U-Untersuchung und die Dokumentation und Auswertung (KV Nordrhein 2013).

Zur Übersicht und Dokumentation erhalten Eltern eines Neugeborenen kurz nach der Geburt ein sog. „gelbes Vorsorgeheft“. Hier werden die Untersuchungsergebnisse der vom Gemeinsamen Bundesausschuss konzipierten U1- bis U9-Untersuchung dokumentiert. Ergänzend hierzu wurde durch den BVKJ ein neues Checkheft („grünes Checkheft“) für die als Zusatzleistungen von vielen Krankenkassen angebotenen Untersuchungen (U10, U11, J2) entwickelt, welches auch vom BVKJ als Basis für die U10- und U11-Untersuchung empfohlen wird. Die J1 wird darüber hinaus auf einem eigenen Dokumentationsbogen festgehalten. Diese drei aufgeführten Dokumentationsgrundlagen bilden den derzeitigen Stand ab (BVKJ 2013). Inzwischen liegt ein alle Früherkennungsuntersuchungen umfassendes Vorsorgeheft vor, das sog. „Erweiterte Vorsorgeheft für Kinder und Jugendliche von U1 bis J2“ des BVKJ. Dieses neue Vorsorgeheft wurde zudem inhaltlich überarbeitet und ergänzt. Nach Angaben des BVKJ wird das erweiterte Vorsorge-



heft jedoch zurzeit nicht flächendeckend gestreut und ist noch nicht im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verhandelt.

### 3.2.3 Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe<sup>1</sup>

Um die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen zu erhalten, zu fördern oder zu verbessern, werden nach § 21 SGB V bundesweit Maßnahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe durchgeführt. Diese Maßnahmen richten sich an Kinder bis zum 12. Lebensjahr. In Einrichtungen, in denen das Kariesrisiko der Kinder überproportional hoch ist, wird die Gruppenprophylaxe bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. Für diese Kariesrisikokinder werden intensivprophylaktische Maßnahmen angeboten.

§ 21 SGB V legt fest, dass die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe vorwiegend in Kindergärten und Schulen durchgeführt und möglichst flächendeckend angeboten werden soll. Der Gesetzgeber verpflichtet die gesetzliche Krankenversicherung, „im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen“ (BMJ 2013) auf gemeinsame und einheitliche Maßnahmen, die folgende Inhalte umfassen: die Untersuchung der Mundhöhle und die Erfassung des Zahnstatus, die Zahnschmelzhärtung durch Fluoride, die Ernährungsberatung und das Erlernen der richtigen Mundhygiene (§ 21 SGB V). Ein wesentlicher Baustein ist die jährlich stattfindende zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung (u. a. Inspektion der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Verweis auf zahnärztliche Behandlung), die ergänzt wird um Impulse zur präventiven Verbesserung der Zahngesundheit, welche mehrmals im Jahr erfolgen können. Zu diesen Impulsen zählen z. B. altersgerechte Programme und Informationsveranstaltungen wie Elternabenden und Besuche von Praxen (DAJ 2011, DAJ 2009). Damit leistet die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe einen gesundheitsfördernden, primär- und sekundärpräventiven Beitrag zur Zahn- und Mundgesundheit der Kinder.

---

<sup>1</sup> Der Text wurde dankenswerter Weise von Frau Bettina Berg, Geschäftsführerin der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ), inhaltlich geprüft und überarbeitet.

Der Gesetzgeber hat darüber hinaus festgelegt, dass der GKV-Spitzenverband bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen über die Inhalte, die Finanzierung, die nicht versichertenbezogene Dokumentation und Kontrolle zu beschließen hat. Die Länder wiederum sind verpflichtet, innerhalb dieses gesetzlich vorgegebenen, auf der Bundesebene abgesteckten Rahmens, eigene Rahmenvereinbarungen auf Landesebene zu treffen, die das Zusammenwirken der im Gesetz genannten Partner für das jeweilige Land regeln.

Die bundesweite Rahmenempfehlung wurde im Juni 1993 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen in Abstimmung mit der Bundeszahnärztekammer, dem Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ)<sup>2</sup> aufgesetzt und unterzeichnet. Neben Vorgaben zu Inhalten, Dokumentation und Evaluation steckt die Rahmenempfehlung vor allem den organisatorischen Rahmen für die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe ab, indem sie die Koordinierungsfunktion der Landesarbeitsgemeinschaften und die Organisation der regional durchzuführenden Maßnahmen in den regionalen Arbeitsgemeinschaften bzw. Kreisarbeitsgemeinschaften näher bestimmt.

Dieses Modell stellt sicher, dass auf jeder Ebene alle gesetzlich vorgesehenen Partner in das gemeinsame Modell eingebunden sind, entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip Entscheidungen zur Gestaltung der Maßnahmen innerhalb des vorgegebenen Rahmens auf der jeweils relevanten Ebene getroffen werden können und die Formen der Zusammenarbeit zwischen den Partnern gemäß den gewachsenen Strukturen in Land und Kommune ausgestaltet werden können. Auf diese Weise ergibt sich ein heterogenes, den regionalen und landesspezifischen Gegebenheiten Rechnung tragendes Bild der Umsetzung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in Deutschland, wobei die Akteure jedoch gemeinsamen Prinzipien und Standards verpflichtet sind.

Wie das Zusammenwirken der beteiligten Partner im Detail ausgestaltet wird und ob darüber hinaus weitere Organisationen – z. B. Landeselternvertretungen, Institutionen der Jugendhilfe, Schulträger etc. –

---

<sup>2</sup> Damals noch: „Deutscher Ausschuß für Jugendzahnpflege e.V.“

eingebunden werden, regeln die Rahmenvereinbarungen auf Landesebene ebenso wie Fragen der Geschäftsführung, der Haushaltsgestaltung, der Personalanbindung an die Partnerorganisationen etc.

Zu den maßgeblichen bundesweit einheitlichen Organisationsprinzipien gehört, dass die Maßnahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe, die durch Prophylaxefachkräfte unterschiedlicher Aus- und Weiterbildung in den Einrichtungen durchgeführt werden, in jeder der derzeit 378 regionalen Arbeitsgemeinschaften unter fachlicher Anleitung und Verantwortung eines/r Zahnarztes/-ärztin erfolgen – sei dies nun ein/e niedergelassene/r oder im Öffentlichen Gesundheitsdienst tätige/r Zahnarzt/-ärztin. Ein weiteres wesentliches Prinzip ist es, dass die Maßnahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe nach außen hin als gemeinsame und neutrale Maßnahmen erkennbar sind.

Die finanziellen Aufwendungen für die durchgeführten Maßnahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe werden nach den gesetzlichen Bestimmungen im Wesentlichen von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen. Im Jahr 2011 wurden 42.115.724 Euro zur Verhütung von Zahnerkrankungen für die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe vonseiten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegeben (BMG 2012a); hinzu kommen die personellen Leistungen der Länder, Städte und Kreise in Form des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie Aufwendungen der anderen beteiligten Organisationen, insbesondere der zahnärztlichen Körperschaften. Alle Landesarbeitsgemeinschaften und regionalen Arbeitsgemeinschaften stellen jährlich einen Haushaltsplan auf, in den die finanziellen und personellen Beiträge aller Beteiligten – einschließlich der Länder, Städte und Kreise – einfließen. Die Partner, die die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe durch finanzielle und/oder personelle Beiträge auf der jeweiligen Ebene sicherstellen, fassen die Beschlüsse über den Umfang des Prophylaxeprogramms und die Umlage der Kosten.

### 3.2.4 Untersuchungen in der Grundschule

Nur in einzelnen Bundesländern, wie Mecklenburg-Vorpommern, Freistaat Sachsen, Sachsen-Anhalt und Freistaat Thüringen, finden noch flächendeckende Untersuchungen in der Grundschule statt. Diese werden in den Landesgesetzen und ergänzenden Rahmenvereinbarungen festgeschrieben. Gesetzlich geregelt ist zudem eine Untersuchung in Grundschulen (6. Jahrgangsstufe) in Brandenburg, die bei Bedarf durchgeführt werden kann. Um den Status quo der Untersuchungen in Grundschulen zu erfassen, wurden

eine systematische Suche nach entsprechenden gesetzlichen Grundlagen der Schuluntersuchungen durchgeführt (siehe Methodik, Anhang B). Die Darstellung bezieht sich im Wesentlichen auf die relevanten gesetzlichen Grundlagen und wurde z. T. durch Angaben der Experten/-innen ergänzt. Auf Untersuchungen bei Jugendlichen in Schulen wird in diesem Abschnitt nicht eingegangen. Übersichtlichkeitshalber erfolgt die Darstellung getrennt für die einzelnen Bundesländer.

### **3.2.4.1 Untersuchungen in Grundschulen – Brandenburg**

Die schulärztlichen Reihenuntersuchungen sind verbindliche Veranstaltungen der Schule und werden von den Gesundheitsämtern im Einvernehmen mit der jeweiligen Schule vor Ort durchgeführt (§ 45 Abs. 1 BbgSchulG, MBS (2012)) (siehe Tabelle 5). Bei Bedarf können die Untersuchungen auch im Gesundheitsamt stattfinden (Bravors 2013a). Vor den Untersuchungen sind die Eltern/Sorgeberechtigten und Schüler/-innen frühzeitig zu informieren. Während der Untersuchung müssen die erforderlichen Auskünfte gegeben werden. Die Ergebnisse der Untersuchung und die Unterlagen können eingesehen und besprochen werden (§ 45 Abs. 2 BbgSchulG, MBS (2012)).

Vor der Einschulung werden alle Kinder verpflichtend untersucht. In der 6. Klasse und in Förderschulen können bedarfsabhängig in einigen Schulen weitere ärztliche Schuluntersuchungen erfolgen (§ 1 Abs.3 KJGDV). Mit Einverständnis der Eltern können hierbei Schutzimpfungen vorgenommen werden (§ 24 Abs. 1 VV-Schulbetrieb - VVSchulB, Bravors (2013a)). In der 10. Klasse wird die Schulabgangsuntersuchung nach dem § 32 des Jugendarbeitsschutzgesetzes durchgeführt (§ 1 Abs.3 KJGDV). Die Reihenuntersuchungen umfassen einen Elternfragebogen und eine medizinische Untersuchung, welche in einem Dokumentationsbogen für die Kinder und Jugendlichen festgehalten wird (§ 3 Abs. 1 KJGDV).

Der Elternfragebogen für die 6. Klasse erhebt allgemeine Gesundheitsstörungen des Kindes in der Schule, die Entwicklung als auch Erkrankungen und Allergien, das Verhalten, Unfälle und Krankenhausaufenthalte, regelmäßige Behandlungen, körperliche Aktivitäten und anderweitige Probleme des Kindes (Bravors 2013a). In der ärztlichen Untersuchung wird nach funktionsdiagnostischen Auffälligkeiten bei der Haut, den Nerven/der Psyche, den Sinnesorganen, den allergischen Erkrankungen, dem Herz/Kreislauf, dem urogenitalen System, dem Stütz- und Bewegungsapparat, dem endokrinen System gesucht sowie organübergreifende Befunde erhoben. Zu einigen Befunderhebungen konnten Testverfahren ermittelt werden

(LUGV Brandenburg 2010). Die Sehleistung wird anhand vom monokularen Visus (Test mit logarithmisch angeordneten Sehzeichen/Buchstaben, z. B. ETDRS-Tafeln), Farbsehen (z. B. Farbtafeln nach Velhagen, Ishihara-Tafeln etc.) und Stereosehen überprüft. Beim Hörtest kommt die Audiometrie zum Einsatz. Der Blutdruck wird mittels Perzentilen für Gelegenheitsblutdruck bezogen auf die Körperlänge nach De Man et al. (1991) erhoben. Übergewicht und Adipositas wird bei den Kindern nach den Referenzwerten von Kromeyer-Hauschild et al. (2001) festgestellt (LUGV Brandenburg 2010).

Bei einem auffälligen Befund wird das Betreuungscontrolling des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes aktiv. Mittels des Controllings soll sichergestellt werden, dass die Kinder ihre notwendigen diagnostischen, therapeutischen und sonstigen Fördermaßnahmen erhalten. Die Eltern werden zuerst über einen akuten Handlungsbedarf informiert und erhalten konkrete Empfehlungen für die Fördermaßnahme/n. Danach wird die Umsetzung dieser Empfehlung nachverfolgt (§ 2 Abs. 1 KJGDV, Bravors (2013a)).

Die Untersuchungsergebnisse können an die Schule übermittelt werden, wenn die Eltern oder der/die volljährige Schüler/-in dem zustimmen. Eine automatische Verarbeitung der medizinischen Befunde ohne diese Einwilligung ist nicht erlaubt (§ 65 Abs. 7 BbgSchulG, MBS (2012)).

**Tabelle 5: Rahmenbedingungen für die Untersuchungen in brandenburgischen Schulen**

Bereiche	Inhalte
Gesetze	§ 6 BbgGDG, § 45 BbgSchulG, §§ 1 - 4 KJGDV, § 24 VV-Schulbetrieb
Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung durch materielle, hygienische und pädagogische Voraussetzungen (§ 24 VV-Schulbetrieb)</li> <li>▪ Prävention und Früherkennung von Krankheiten, Entwicklungsstörungen oder Behinderungen (§ 6 BbgGDG)</li> </ul>
Umfang	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schuleingangsuntersuchung bei allen Kinder (§ 1 KJGDV)</li> <li>▪ Schulreihenuntersuchung in der 6. Klassen (bedarfsabhängig) und in Förderschulen (§ 3 KJGDV)</li> <li>▪ Schulabgangsuntersuchungen in der 10. Klasse (§ 3 KJGDV)</li> </ul>
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frühzeitige Unterrichtung der Sorgeberechtigten (§ 4 KJGDV)</li> <li>▪ Durchführung durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des ÖGD (§ 1 KJGDV)</li> <li>▪ Vor Ort in den Grundschulen, bei Bedarf im Gesundheitsamt (§ 4 KJGDV)</li> <li>▪ Schutzimpfungen sind mit schriftlicher Einverständniserklärung der Eltern möglich (§ 24 VV-Schulbetrieb)</li> <li>▪ Zu verwendende Dokumentationsbögen (§ 3 KJGDV):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ärztlicher Dokumentationsbogen für Kinder und Jugendliche</li> </ul> </li> </ul>

Bereiche	Inhalte
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angaben zur kinderärztlichen Untersuchung ihres Kindes</li> <li>▪ Betreuungscontrolling bei auffälligen Befunden durch Landkreise und kreisfreie Städte (§ 6 BbgGDG)</li> </ul>
Teilnahmeraten	k. A.
Beteiligung der Eltern	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei Einzeluntersuchungen dürfen Sorgeberechtigte anwesend sein (§ 4 KJGDV)</li> <li>▪ Ausfüllen eines Elternfragebogens (§ 3 KJGDV)</li> </ul>
Datenvermittlung/-verarbeitung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anonyme Daten für die Qualitätssicherung und Evaluation der Untersuchungen (§ 3 KJGDV)</li> <li>▪ Regelmäßige Berichte zu gesundheitlichen und sozialen Lage der Kinder durch die oberste Landesgesundheitsbehörde (§ 3 KJGDV)</li> </ul>

BbgGDG = Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz, BbgSchulG = Brandenburgisches Schulgesetz, k. A. = keine Angaben, KJGDV = Kinder- und Jugendgesundheitsdienst-Verordnung, VV-Schulbetrieb = Verwaltungsvorschriften über die Organisation der Schulen in inneren und äußeren Schulangelegenheiten

Quellen: Bravors (2012), Bravors (2013a), Bravors (2013b)

### 3.2.4.2 Untersuchungen in Grundschulen – Mecklenburg-Vorpommern

Die Einschulungsuntersuchungen und die danach folgenden Untersuchungen in der 4. und 8. Klasse werden von den Gesundheitsämtern umgesetzt (siehe Tabelle 6). In den Förderschulen sind jährliche Untersuchungen vorzunehmen (§ 1 Abs. 1, § 3 Abs. 1 SchulGesPfIVO M-V). Zur Vorbereitung versenden die Schulen personenbezogene Daten von Schülern/-innen und Personensorgeberechtigten an die Gesundheitsämter (§ 2 Abs. 1 SchulGesPfIVO M-V). Die Kinder und Jugendlichen sowie die Personensorgeberechtigten sind frühzeitig über den Zeitpunkt, Ort und Zweck der schulärztlichen Untersuchung zu informieren (§ 2 Abs. 4 SchulGesPfIVO M-V). Mindestens ein/e Personensorgeberechtigte/r sollte bei der Einschulungsuntersuchung und bei der Untersuchung zur Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf anwesend sein. Bei den weiteren Untersuchungen ist die Anwesenheit von Personensorgeberechtigten zu gestatten (§ 3 Abs. 1 SchulGesPfIVO M-V, SM M-V (2013)).

Die Untersuchungen sind für die Kinder verpflichtend, dabei werden sie zur aktiven Teilnahme aufgefordert (§ 15 Abs. 2 ÖGDG M-V, § 58 SchulG M-V, (Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern 2012a, Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern 2012b)). Vorgenommen werden klinische Ganzkörperuntersuchungen, grobmotorische Prüfungen, Prüfungen des Seh- und Hörvermögens und Überprüfungen des Impfstatus (§ 4 Abs. 2 SchulGesPfIVO M-V). Zur Bestimmung von Adipositas und Übergewicht wird der

Body-Mass-Index (BMI) nach Perzentilen von Kromeyer-Hauschild et al. (2001) herangezogen (BZgA 2012b).

Wenn der/die Arzt/Ärztin den Zustand des Kindes nicht beurteilen kann, können mit Absprache der Personensorgeberechtigten zusätzliche Untersuchungen von anderen Ärzten/-innen durchgeführt werden (§ 4 Abs. 3 SchulGesPfIVO M-V).

Neben der ärztlichen Untersuchung wird eine Anamnese vorgenommen. Erhoben werden Angaben zu Erkrankungen, Störungen und Beschwerden, Behandlungen, Arzneimittelkonsum sowie sonstige Probleme des Kindes (BZgA 2012b). Diese Angaben sind freiwillig und können auch schriftlich erfolgen (§ 4 Abs. 1 SchulGesPfIVO M-V).

Kinder und Jugendliche sowie die Personensorgeberechtigten sind über drohende oder festgestellte Gesundheits- und Entwicklungsstörungen zu informieren (§ 6 Abs. 5 SchulGesPfIVO M-V). Für jedes Kind wird ein landeseinheitlicher Schulgesundheitsbogen angelegt, der mindestens 10 Jahre nach der letzten Untersuchung beim Gesundheitsamt aufzubewahren ist (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2 SchulGesPfIVO M-V). Personenbezogene Daten der Schüler/-innen dürfen an andere öffentliche Stellen übermittelt werden, wenn sie zur Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe erforderlich sind (§ 70 Abs. 2 SchulGesPfIVO M-V, SM M-V (2013)). Aufgrund des Datenschutzes dürfen die Ergebnisse schulärztlicher oder schulpsychologischer Untersuchungen sowie auch Verhaltensdaten von Schüler/-innen nicht automatisiert verarbeitet werden (§ 70 Abs. 2 SchulGesPfIVO M-V, SM M-V (2013)).

**Tabelle 6: Rahmenbedingungen für die Untersuchungen in mecklenburg-vorpommerischen Schulen**

Bereiche	Inhalte
Gesetze	§§ 1 - 3 SchulGesPfIVO M-V, §§ 15, 15a ÖGDG M-V, § 58 SchulG M-V
Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Früherkennung von Krankheiten und Fehlentwicklungen (§ 15 ÖGDG M-V, § 58 SchulG M-V, § 1 SchulGesPfIVO M-V)</li> <li>▪ Feststellung des Gesundheits- und Entwicklungsstands der Kinder (§ 15 ÖGDG M-V, § 58 SchulG M-V, § 1 SchulGesPfIVO M-V)</li> </ul>
Umfang	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ministerium für Soziales und Gesundheit setzt Art, Umfang und Zeitpunkte der Untersuchungen fest (§ 15 ÖGDG M-V).</li> <li>▪ Einschulungsuntersuchung (§ 3 SchulGesPfIVO M-V)</li> <li>▪ Schulärztliche Untersuchung in der 4. und 8. Klasse (§ 3 SchulGesPfIVO M-V)</li> </ul>
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rechtzeitige Unterrichtung der Eltern/Sorgeberechtigten/volljährigen Schüler/-innen (§ 2 SchulGesPfIVO M-V)</li> </ul>

Bereiche	Inhalte
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Durchführung durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (§ 15 ÖGDG)</li> <li>▪ Verpflichtende Teilnahme an den Untersuchungen mit wissenschaftlich anerkannten Testverfahren (§ 15 ÖGDG M-V, § 58 SchulG M-V)</li> <li>▪ Vor Ort in den Grundschulen (§ 2 SchulGesPfIVO M-V)</li> <li>▪ Freiwillige Eigen- und Familienanamnese (§ 2 SchulGesPfIVO M-V)</li> <li>▪ Untersuchung umfasst:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klinische Ganzkörperuntersuchung, grobneurologische Prüfung, Prüfung des Hör- und Sehvermögen, Überprüfung des Impfstatus (§ 4 SchulGesPfIVO M-V)</li> </ul> </li> <li>▪ Weiterleitung zu zusätzlichen Untersuchungen, falls der/die Arzt/Ärztin diese nicht durchführen kann (§ 4 SchulGesPfIVO M-V)</li> <li>▪ Bei auffälligen Befunden vermitteln die Gesundheitsämter weiter, wie zu Rehabilitations- und Kurmaßnahmen (§ 15 ÖGDG M-V)</li> <li>▪ Weitere Untersuchungen und Beratungen können auf Anforderung des/r Schulleiters/-in erfolgen (§ 3 SchulGesPfIVO M-V)</li> <li>▪ Schutzimpfungen in der Kindertagesstätte und Schule ist möglich (§ 15 ÖGDG M-V)</li> </ul>
Teilnahmeraten	k. A.
Beteiligung der Eltern	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recht auf Anwesenheit bei der Untersuchung besteht (§ 15 ÖGDG M-V, § 3 SchulGesPfIVO M-V)</li> <li>▪ Körperliche Untersuchungen nur mit Einverständnis der Eltern/des/r volljährigen Schülers/-in (§ 58 SchulG M-V)</li> <li>▪ Ergebnisbesprechung ist möglich (§ 58 SchulG M-V), bei drohender/festgestellter Gesundheits- und Entwicklungsstörung besteht eine Unterrichtspflicht (§ 6 SchulGesPfIVO M-V).</li> </ul>
Datenvermittlung/-verarbeitung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schule übermittelt personenbezogene Daten (Schüler/-in, Personensorgeberechtigte) zu den Gesundheitsämtern: Familienname, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, gegenwärtige Anschrift, Name und Anschrift des Personensorgeberechtigten (§ 2 SchulGesPfIVO M-V).</li> <li>▪ Öffentlich-rechtliche Stellen (soweit sie präventive Maßnahmen durchführen) dürfen die Angaben Familienname, Vorname, frühere Namen, Tag und Ort der Geburt und Anschrift der von der einzelnen Maßnahme der Prävention betroffenen Personen erheben und auswerten (§ 15a ÖGDG M-V).</li> <li>▪ Schulgesundheitsbogen und jugendzahnärztlicher Befundbogen sind 10 Jahre aufzubewahren (§ 6 SchulGesPfIVO M-V).</li> </ul>

k. A. = keine Angaben, ÖGDG M-V = Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst, SchulG M-V = Schulgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern, SchulGesPfIVO M-V = Schulgesundheitspflege-Verordnung.

Quellen: Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern (2012a), Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern (2012b), SM M-V (2013)



### 3.2.4.3 Untersuchungen in Grundschulen – Freistaat Sachsen

Für die gesundheitliche Untersuchung und Betreuung im Rahmen der Schulgesundheitspflege sind die Gesundheitsämter/der Kinder- und Jugendärztliche Dienst (KJÄD) zuständig (siehe Tabelle 7) (§ 11 Abs. 1 SächsGDG, REVOSax (2013a); § 2 Abs. 1 SchulGesPfIVO, REVOSax (2013b)). Vom Gesundheitsamt werden Schulaufnahmeuntersuchungen, weitere Untersuchungen in der 2. oder 3. Klasse und in der 6. Klasse, zusätzliche Untersuchungen in Förderschulen in der 4. und 8. Klasse, schulzahnärztliche Untersuchungen und Beratungen durchgeführt. Die Teilnahme ist verpflichtend. Falls ein Kind bzw. Schüler/-in in der 2., 3. oder 6. Klasse von dem/der Haus- oder Kinderarzt/-ärztin untersucht wird, müssen die Eltern dafür aufkommen (§ 8 SchulGesPfIVO, REVOSax (2013b)). In Schulen in freier Trägerschaft können die Untersuchungen (2. oder 3. und 6. Klasse) des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes freiwillig in Anspruch genommen werden (Landeshauptstadt Dresden Gesundheitsamt 2010).

Die ärztlichen Untersuchungen (KJÄD) finden in den Schulen statt. Falls dies nicht möglich ist, können die Räumlichkeiten der Gesundheitsämter genutzt werden (§ 4 Abs. 2 SchulGesPfIVO, REVOSax (2013b)). Die Schulen stimmen mit den Gesundheitsämtern einen Termin ab. Die Eltern sind über diesen Termin und den Zweck der Untersuchung durch die Schule zu informieren. Kann der Termin durch den/die Schüler/-in nicht eingehalten werden, ist die Untersuchung im Gesundheitsamt nachzuholen oder ggf. bei einer/m niedergelassenen Arzt/Ärztin durchzuführen. Bei der letztgenannten Variante muss eine Bescheinigung (verschlossener Umschlag) bei dem/r Schulleiter/-in zum Untersuchungstermin vorgelegt werden (§ 5 Abs. 3 SchulGesPfIVO, REVOSax (2013b)).

Inhalte der ärztlichen Untersuchung sind körperliche klinische Befunde, Messung des Wachstums sowie der Sinnesorgane durch Seh- und Hörtests. Zudem wird eine individuelle Beratung zu gesundheitlichen Risikofaktoren vorgenommen und der Impfstatus kontrolliert (Landeshauptstadt Dresden Gesundheitsamt 2010, Freistaat Sachsen 2013). Die Eltern werden über die Untersuchungsergebnisse und zu empfohlenen Maßnahmen für ihr/e Kinde/r entweder beim Untersuchungstermin oder schriftlich durch das Gesundheitsamt informiert (§ 7 SchulGesPfIVO, REVOSax (2013b)). Bei einzuleitenden Maßnahmen seitens der Schulen werden die Schulleiter/-innen entsprechend unterrichtet (REVOSax 2013b).

Die Untersuchungsergebnisse werden personenbezogen dokumentiert, im Gesundheitsamt aufbewahrt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei einem Schulwechsel kann das zuständige Gesund-

heitsamt mit Einwilligung der Eltern die Dokumente vom vorherigen Gesundheitsamt anfordern. Archiviert werden die Dokumente (kommunal), bis das Kalenderjahr, in dem der/die Schüler/-in 18 Jahre alt wurde, abgelaufen ist. Wird eine Archivierung abgelehnt, sind die Dokumente zu vernichten und bei der automatischen Verarbeitung zu löschen (§ 6 SchulGesPfIVO, REVOSax (2013b)). Die anonymisierten Daten werden kollektiv auf der Ebene des Landes, der Landkreise und der kreisfreien Städte ausgewertet. Sie bieten die Grundlage für gesundheitsfördernde/präventive Maßnahmen und im schulischen Bereich für die Bedarfs- und Finanzplanung (§ 7 SchulGesPfIVO, REVOSax (2013b)).

**Tabelle 7: Rahmenbedingungen für die Untersuchungen in sächsischen Schulen**

Bereiche	Inhalte
Gesetze	§ 11 SächsGDG, §§ 2, 5 bis 8 SchulGesPfIVO, §26a SchulG
Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Früherkennung von Gesundheits- und Entwicklungsstörung (§ 11 SächsGDG, § 26a SchulG)</li> </ul>
Umfang	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kinder in der 2. oder 3. Klasse der Grundschule und in der 6. Klasse in Mittelschule oder Gymnasium (§ 5 SchulGesPfIVO)</li> </ul>
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rechtzeitige Unterrichtung der Eltern über den Termin und Zweck der Untersuchung (§ 5 SchulGesPfIVO)</li> <li>Auskünfte der Eltern sind freiwillig (§ 26a SchulG)</li> <li>Durchführung durch das Gesundheitsamt, zuständig für die Schulgesundheitspflege (§ 2 SchulGesPfIVO)</li> <li>Vor Ort in der Schule, ansonsten beim Gesundheitsamt (§ 2 SchulGesPfIVO)</li> <li>Untersuchung umfasst:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Physischer Entwicklungsstatus, Wahrnehmungsleistungen, Konzentrationsfähigkeit und Belastbarkeit, Fein- und Grobmotorik, Sprachentwicklung, Ernährungszustand, Haltungs- und Bewegungsapparat, psychosoziale Auffälligkeiten, ansteckende oder chronische Krankheiten, Impfstatus (§ 26a SchulG)</li> </ul> </li> <li>Untersuchung ist auch bei dem/r Kinder- und Jugendarzt/-ärztin oder Hausarzt/-ärztin möglich. Die Kosten tragen die Eltern (§ 26a SchulG, §8 SchulGesPfIVO). Der/die Schulleiter/-in erhält am Untersuchungstermin einen verschlossenen Umschlag mit einer ärztlichen Bescheinigung über die durchgeführte Untersuchung (§ 5 SchulGesPfIVO, § 26a SchulG).</li> </ul>
Teilnahmeraten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Untersuchungsjahr 2008/2009: 80 % der Schüler/-innen der 2. Klasse in Leipzig (Stadt Leipzig Gesundheitsamt 2011)</li> </ul>
Beteiligung der Eltern	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recht auf Anwesenheit bei der Untersuchung besteht (§ 26a SchulG).</li> <li>Informierung über die Untersuchungsergebnisse sowie über empfohlene medizinische und/oder therapeutische sowie schulische Fördermaßnahmen (§ 26a SchulG)</li> </ul>
Datenvermittlung/-verarbeitung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Daten zu Untersuchungen bei dem/r Kinder- und Jugendarzt/-ärztin oder Hausarzt/-ärztin werden in einem verschlossenen Umschlag dem/der Schulleiter/-in gegeben, welcher diesen dem/r Beauftragten des Gesundheitsamtes (KJÄGD) weitergibt (§ 5 SchulGesPfIVO)</li> <li>Schule übermittelt dem Gesundheitsamt: Name, Vorname, Geburtsdatum und An-</li> </ul>

Bereiche	Inhalte
	schrift des Kindes; ein Schulwechsel wird angezeigt (§ 7 SchulGesPfIVO) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Öffentliche Gesundheitsdienst gibt den Schulleitern/-innen unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht Hinweise zu Untersuchungsergebnissen, um daraus schulspezifisch Folgerungen abzuleiten (§ 26a SchulG, §6 SchulGesPfIVO)</li> </ul>

KJÄGD = Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, SächsGDG = Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen, SchulG = Schulgesetz für den Freistaat Sachsen, SchulGesPfIVO = Schulgesundheitspflegeverordnung.

Quellen: REVOsax (2012), REVOsax (2013b), REVOsax (2013a), Freistaat Sachsen (2013), Landeshauptstadt Dresden Gesundheitsamt (2010), Stadt Leipzig Gesundheitsamt (2011)

### 3.2.4.4 Untersuchungen in Grundschulen – Sachsen-Anhalt

In Sachsen-Anhalt finden Schuleingangsuntersuchungen sowie Schulreihenuntersuchungen in der 3. und 6. Klasse statt (siehe Tabelle 8). Umgesetzt werden die Untersuchungen vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Gesundheitsämter in den jeweiligen Landkreisen und kreisfreien Städten (§ 9 Abs. 2. GDG LSA, Landesregierung Sachsen-Anhalt (2012a)). Niedergelassene Ärzte/-innen werden sehr selten für diese Untersuchungen mit eingebunden (MS S-A 2011).

Notwendige Voraussetzungen für die Untersuchungen sind von der Schule zu gewährleisten (§ 38 Abs. 1 SchulG LSA). Die Teilnahme an Maßnahmen der amtsärztlichen Schulgesundheitspflege ist verpflichtend (§ 38 Abs. 2 SchulG LSA, Landesregierung Sachsen-Anhalt (2012b)).

Vor der Untersuchung erhalten die Eltern einen Fragebogen zu Krankenhausaufenthalten, Unfällen, Operationen, aktuellen und früheren Erkrankungen/Beschwerden/Therapien mit und ohne festes Krankheitsbild. Bei der Untersuchung werden die Kinder auf ihren Gesundheitszustand und ihre gesundheitlichen Einschränkungen der Schulfähigkeit hin untersucht. Bei auffälligen Befunden sind entsprechende (Förder-)Maßnahmen zu empfehlen und einzuleiten (MS S-A 2011).

Personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen bedarf der Einwilligung der Erziehungsberechtigten oder der volljährigen Schüler/-innen (§ 84a Abs. 9 SchulG LSA). Vorgesehen ist eine Schülerdatei, die ausschließlich die Teilnahme an den Reihenuntersuchungen aufführt (§ 84c Abs. 1 SchulG LSA). Medizinische oder psychologische Befunde dürfen nicht automatisch verarbeitet werden (§ 84a Abs. 9 SchulG LSA, Landesregierung Sachsen-Anhalt (2012b)).

Angaben zu den Schuleingangsuntersuchungen und weiteren Reihenuntersuchungen werden bei den Gesundheitsämtern dokumentiert und unterliegen dem Schutz personenbezogener Daten (§ 9 Abs. 1,2

DSG-LSA, Landesregierung Sachsen-Anhalt (2012b)). Weitere Verwendung finden die Daten für gesundheitliche Beratungen und für bevölkerungsmedizinische Präventionsmaßnahmen. Bei der Gesundheitsberichterstattung werden anonyme Daten ausgewertet (MS S-A 2011).

**Tabelle 8: Rahmenbedingungen für die Untersuchungen in sachsen-anhaltischen Schulen**

Bereiche	Inhalte
Gesetze	§ 9 GDG LSA, §§ 38, 84a, 84c SchulG LSA, § 9 DSG-LSA
Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Früherkennung von Krankheiten und Fehlbildungen (§ 9 GDG LSA)</li> <li>▪ Feststellung des Gesundheits- und Entwicklungsstands der Kinder (§ 9 GDG LSA)</li> <li>▪ Notwendigen Hilfen zur Verhütung von Gesundheitsschäden und zur medizinischen Rehabilitation (§ 9 GDG LSA)</li> </ul>
Umfang	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schuleingangsuntersuchung</li> <li>▪ Schulreihenuntersuchungen in der 3. und 6. Klasse</li> </ul>
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anamnese zum Kind aus den Elternfragebogen</li> <li>▪ Verpflichtende Durchführung durch Ärzte/-innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (§ 9 GDG LSA)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gesundheitszustand (Bewegungsapparat, Hautzustand, oberen Luftwege, Impfstatus), gesundheitliche Einschränkungen der Schulfähigkeit (Verhalten, Sprachauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen)</li> </ul> </li> </ul>
Teilnahmeraten	k. A.
Beteiligung der Eltern	k. A.
Datenvermittlung/-verarbeitung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zukünftige einheitliche elektronische und anonymisierte Datenübermittlung: Datenerfassung zur Teilnahme an der Untersuchung (§ 84a SchulG LSA)</li> <li>▪ EDV-gestützte Erfassung (Octoware)</li> <li>▪ Datenschutz wird in § 9 DSG-LSA geregelt</li> </ul>

DSG-LSA = Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten der Bürger, Land Sachsen-Anhalt, GDG LSA = Gesundheitsdienstgesetz, Land Sachsen-Anhalt, k. A. = keine Angaben, NÄ = Niedergelassene Ärzte/-innen, SchulG LSA = Schulgesetz des Landes Sachsen-Anhalt.

Quellen: Landesregierung Sachsen-Anhalt (2002), Landesregierung Sachsen-Anhalt (2012a), Landesregierung Sachsen-Anhalt (2012b), MS S-A (2011)

### 3.2.4.5 Untersuchungen in Grundschulen – Freistaat Thüringen

Im Freistaat Thüringen finden Schulaufnahmeuntersuchungen und Reihenuntersuchungen in der 4. und 8. Klasse aller Schulen sowie in sonderpädagogischen Förderschulen, Sportgymnasien und sportbetonten Regelschulen im 2-jährigen Turnus statt (siehe Tabelle 9) (§ 1 Abs. 1 ThürSchulgespfIVO, Freistaat Thüringen (2012); § 55 Abs. 3 ThürSchulG, TMBWK (2012)). Umgesetzt werden sie durch den schulärztlichen und schulzahnärztlichen Dienst, welcher für die Überwachung von Schulen und sozialen Gemeinschaftseinrichtungen zuständig ist (§ 6 Abs. 6 GesDV TH).

Für die Untersuchungen wird die Zusammenarbeit mit Akteuren in der Schule, der ambulanten und stationären Versorgung und weiteren Akteuren gefordert (§ 1 Abs. 4 ThürSchulgespfIVO). Die Schulen stimmen vorab die Modalitäten der Untersuchungen mit den Gesundheitsämtern ab und übermitteln Schülerlisten (§ 2 Abs. 1 ThürSchulgespfIVO). Informiert werden die Schüler/-innen und die Sorgeberechtigten über die Untersuchungen durch die Gesundheitsämter (§ 2 Abs. 2 ThürSchulgespfIVO). Das Ausfüllen des Fragebogens und das Mitbringen zum Untersuchungstermin sowie die Teilnahme an den Untersuchungen sind verpflichtend (§ 3 Abs. 1, 2 ThürSchulgespfIVO, Freistaat Thüringen (2013); § 55 Abs. 3 ThürSchulG, TMBWK (2012)).

Mittels eines Elternfragebogens werden Vorerkrankungen, Gesundheits- und Entwicklungsstörungen sowie der Impfstatus abgeklärt (§ 3 Abs. 2. ThürSchulgespfIVO). Bei der Untersuchung dürfen die Sorgeberechtigten anwesend sein. Sie sind über die Ergebnisse sowie einzuführenden diagnostischen, therapeutischen und anderen Maßnahmen zu informieren und zu beraten (§ 3 Abs. 4, 5, § 8 Abs. 2 ThürSchulgespfIVO). Schutzimpfungen können mit Zustimmung der Sorgeberechtigten bei der Schulreihenuntersuchung oder durch die/den niedergelassene/n Ärztin/Arzt erfolgen (§ 4 Abs. 3 ThürSchulgespfIVO). Beim Versäumen von Untersuchungen können schulärztliche Sprechstunden zum Nachholen genutzt werden (§ 6 Abs. 1 ThürSchulgespfIVO). Schule, Schulämter und Schulträger werden über aggregierte Ergebnisse zum Schulbesuch unterrichtet und zur Gesundheitsförderung beraten (§ 3 Abs. 6, § 8 Abs. 2 ThürSchulgespfIVO, Freistaat Thüringen (2013)).

Die Gesundheitsämter erheben, verarbeiten und nutzen personenbezogene Daten, welche zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind (§ 8 Abs. 1, 4 ThürSchulgespfIVO, Freistaat Thüringen (2013); § 57 Abs. 3 ThürSchulG, TMBWK (2012)). Von den Untersuchungen werden die Ergebnisse sowie Fragebögen aufbe-

wahrt. Die Verknüpfung mit zusätzlichen Informationen aus den schulärztlichen Sprechstunden (nicht die Untersuchung betreffend) benötigt die Zustimmung des/r Schülers/-in bzw. Sorgeberechtigten (§ 3 Abs. 2 Satz 2, Abs. 3 ThürSchulgespfIVO). Diese sind ermächtigt, ihre Unterlagen und gespeicherten Daten einzusehen. Zum Schutz des Betroffenen kann die Einsichtnahme jedoch eingeschränkt oder versagt werden (§ 8 Abs. 5 ThürSchulgespfIVO).

**Tabelle 9: Rahmenbedingungen für die Untersuchungen in thüringischen Schulen**

Bereiche	Inhalte
Gesetze	§ 6 GesDV TH, §§ 1 - 4, 6, 8 und 9 ThürSchulgespfIVO, § 55, 57 ThürSchulG
Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Früherkennung von Gesundheits-, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen (§ 1 ThürSchulgespfIVO)</li> <li>▪ Entwicklungsstand, Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit sowie Gesundheits- und Entwicklungsstörungen von Kindern und Jugendlichen frühzeitig feststellen (§ 1 ThürSchulgespfIVO)</li> </ul>
Umfang	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schulaufnahmeuntersuchung, Reihenuntersuchung (i. d. R. 4. und 8. Klasse) (§ 4 ThürSchulgespfIVO)</li> </ul>
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frühzeitige Unterrichtung der Eltern über die Vorsorgeuntersuchung (§ 2 ThürSchulgespfIVO)</li> <li>▪ Durchführung durch die Gesundheitsämter (§ 6 GesDV TH, § 1 ThürSchulgespfIVO, § 55 ThürSchulG)</li> <li>▪ Abstimmung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit der Schule: Übergabe von Schülerlisten, Untersuchungstermine und Räumlichkeiten in der Schule (§ 2 ThürSchulgespfIVO)</li> <li>▪ Angaben seitens der Schüler/-innen und Sorgeberechtigten sind verpflichtend (Fragebogen ist zu genehmigen von dem für Gesundheit zuständigem Ministerium) (§ 3 ThürSchulgespfIVO, § 55 ThürSchulG)</li> <li>▪ Untersuchung ist verpflichtend (§ 3 ThürSchulgespfIVO).</li> <li>▪ Impfstatus wird erhoben (§ 4 ThürSchulgespfIVO) und die Leistungsfähigkeit sowie Belastbarkeit wird untersucht (§ 1 ThürSchulgespfIVO).</li> <li>▪ Schulärztliche Sprechstunde im Gesundheitsamt (auch in der Schule möglich): Beratung/Betreuung von Kindern/Jugendlichen mit sozialmedizinisch auffälligen Befunden (Erhaltung der späteren Berufsfähigkeit), Einleitung ärztlicher Maßnahmen, Nachholen versäumter Vorsorgeuntersuchungen, Impflücken schließen, Begutachtungen (§ 6 ThürSchulgespfIVO)</li> <li>▪ Zusammenarbeit der Gesundheitsämter mit Schülern/-innen, Sorgeberechtigten, Schulen, Schulämtern und Schulträgern, niedergelassenen Ärzten/-innen, Krankenhäusern sowie weiteren Institutionen und Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche betreuen (§ 1 ThürSchulgespfIVO)</li> </ul>
Teilnahmeraten	k. A.
Beteiligung der Eltern	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recht auf Anwesenheit bei der Untersuchung besteht (§ 3 ThürSchulgespfIVO)</li> <li>▪ Beratung durch den/die Schularzt/-ärztin bei auffälligen Befunden</li> </ul>

Bereiche	Inhalte
	(§ 3 ThürSchulgespfIVO)
Datenvermittlung/-verarbeitung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schule wird über kumulierte Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchung informiert und über Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung beraten (§ 3 ThürSchulgespfIVO).                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personenbezogene Daten dürfen nur mit rechtwirksamer schriftlicher Einwilligung der Sorgeberechtigten bzw. des/der Schülers/-in weitergeleitet werden.</li> </ul> </li> <li>▪ Gesundheitsamt darf personenbezogene Daten unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen erheben, verarbeiten und nutzen (§ 8 ThürSchulgespfIVO, § 57 ThürSchulG ).</li> <li>▪ Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der/die Schüler/-in nicht mehr in der Schule war, sind die Dokumentationsunterlagen (wie Fragebögen) zu sperren. Automatisch gespeicherte Daten sind daraufhin zu löschen (§ 8 ThürSchulgespfIVO).</li> </ul>

GesDV TH = Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten, k. A. = keine Angaben, ThürSchulG = Thüringer Schulgesetz, ThürSchulgespfIVO = Thüringer Verordnung über die Schulgesundheitspflege.

Quellen: Freistaat Thüringen (2012), TMBWK (2012), Freistaat Thüringen (2013)

### 3.2.5 Gesundheitliche Untersuchungen in Schulen im internationalen Kontext

Im Rahmen einer umfangreichen und systematisch anlegten Literaturrecherche wurde geprüft, ob und unter welchen Voraussetzungen und mit welchen Konzepten gesundheitliche Untersuchungen in Schulen durchgeführt werden bzw. welche wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Durchführung und zum Nutzen solcher Untersuchungen vorliegen. International wird hierfür der Begriff Screening verwendet, der sowohl gesundheitliche Untersuchungen in Schulen als auch solcher im Gesundheitssystem umfasst. Dies macht eine Abgrenzung oftmals auf den ersten Blick schwierig. Im Folgenden liegt der Fokus auf Screeningprogrammen in Europa für die Altersgruppe der 6- bis 12-Jährigen, die in Schulen vor Ort angeboten werden; folglich wird auf andere Screeningmaßnahmen, die den in Deutschland angebotenen Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) und der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe entsprechen, nicht näher eingegangen.

Entsprechend der oben genannten Zielstellungen wurden zwei unterschiedliche Recherchestrategien verfolgt, bei der erstens über Internetrecherchen, eine möglichst umfassende Übersicht zu den in Grundschulen durchgeführten Untersuchungen in Schulen in Europa erhoben, und zweitens über wissenschaftliche Datenbanken die aktuelle Studienlage erfasst wurde. Die im Einzelnen genutzten Suchstrategien sind dem Anhang (Teil C) zu entnehmen. Eine Limitierung der Suche erfolgte mit der Eingrenzung auf die Al-

tersgruppe der 6- bis 12-Jährigen, der Publikationssprache auf Deutsch oder Englisch und dem Publikationszeitraum innerhalb der letzten fünf Jahre. Trotz umfangreicher Suchen und bestmöglichen Recherchestrategien sind dem Anspruch auf Vollständigkeit der zugrunde liegenden Informationen Grenzen gesetzt.

### **Gesundheitliche Untersuchungen in Schulen in Europa**

In vielen europäischen Ländern haben Kinder im Alter von 6 bis 10 Jahren Anspruch auf eine Screeninguntersuchung, verortet im Gesundheitssystem (siehe hierzu Übersicht: BZgA (2006)) und/oder eine gesundheitliche Untersuchung in Schulen (Pommier et al. 2010). Bei Letztgenannten besteht eine große Heterogenität hinsichtlich des Untersuchungsumfangs und der konkreten Durchführung, wie die Ergebnisse einer systematischen Recherche in den EU-Mitgliedstaaten sowie den beitretenden Ländern, Kandidatenländern und potentiellen Kandidatenländern<sup>3</sup> zeigte. In der Recherche wurden zusätzlich die Schweiz und Norwegen berücksichtigt, nicht jedoch Stadtstaaten bzw. kleinere Länder, wie bspw. Monaco, Liechtenstein und San Marino. Die Recherche wurde als eine Internetsuche, sowie als spezifische Suchen auf den Internetseiten der Fachministerien sowie der Internetseite der Europäischen Kommission – EU-Health (European Commission 2013) durchgeführt. Des Weiteren wurde die von Pommier et al. (2010) veröffentlichte Überblicksarbeit für die nachstehende Darstellung genutzt.

Schüler/-innen haben in vielen europäischen Ländern einen Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung in der Schule, die entweder in der Schule vor Ort oder in kommunalen Gesundheitszentren und selten unterstützend durch niedergelassene Ärzte/-innen durchgeführt wird (Pommier et al. 2010). Regelmäßige Untersuchungen vor Ort in Schulen finden u. a. in Dänemark (Ministry of Health and Prevention 2008), Finnland (Laaksonen 2012), Frankreich (Law Library of Congress 2012), Irland (Citizens Information 2010), Malta (Ministry of Health, the Elderly and Community Care Malta 2013), Schweden (Clausson 2008) und dem Vereinigten Königreich (NHS 2013) statt. In einigen Ländern, wie z. B. in Dänemark (Ministry of Health and Prevention 2008), Finnland (Laaksonen 2012) und Schweden (Clausson 2008) wird das Scree-

---

<sup>3</sup> Quelle: [www.http://europa.eu](http://europa.eu); Stand: Januar 2013



ning maßgeblich von Schulkrankenschwestern übernommen. Differenzen bestehen auch im Untersuchungsumfang; in der Regel erfolgen eine Überprüfung des Seh- und Hörvermögens der Schulkinder sowie eine Ermittlung des Körpergewichtes und der Körpergröße.

### **Studienergebnisse zu Screeningmaßnahmen im Grundschulalter**

Die systematische Suche mit den Datenbanken PubMed (2013) und Cochrane Library (OvidSP) (2013) lieferte eine Vielzahl von Treffern, die jedoch bereits auf der Ebene der Titelanalyse deutlich reduziert werden konnte. Nach Durchsicht zunächst der Abstracts und schließlich der Volltexte wurden insgesamt 65 Publikationen ausgewählt, die im Folgenden kurz dargestellt werden. Für diese Veröffentlichungen lassen sich folgende inhaltliche Schwerpunkte erkennen:

1. Krankheitsspezifische Analyse von Screeningmaßnahmen hinsichtlich der Untersuchungsergebnisse (im Quer- und Längsschnitt) und der verwendeten bzw. zu verwendenden Test- und Assessmentinstrumente
2. Entwicklung und Testung einzelner Screeningsinstrumente
3. Kosten-Nutzen-Analysen für einzelne Screeningmaßnahmen
4. Übergreifende Darstellung von Screeningprogrammen in Schulen bzw. Empfehlungen für solche Screeningprogramme.

Am Beispiel des Adipositas-Screenings in Schulen wird die Reichweite in den ausgewählten Publikationen deutlich, die von einer epidemiologischen Analyse der Screeningdaten (Bailey-Davis et al. 2012) bis hin zu konkreten Fragen der Datenerfassung und Sicherung der Datenqualität (CDC 2009) sowie der Durchführung des Adipositas-Screenings und der Nutzung der Screeningdaten (Hendershot et al. 2008, Madsen 2011, Madsen; Linchey 2012) reichen.

Die Entwicklung und Testung von Screeninginstrumenten (Messverfahren und Erhebungsinstrumente) waren Gegenstand zahlreicher Publikationen. Die Analyseansätze dieser Publikationen umfassen Einzel-

studien, komparative Studien sowie Evaluationen von Screeningverfahren im Schulkontext bzw. Prognosen zu Screeningergebnissen. Die Studien decken die gesamte Bandbreite von Gesundheitsrisiken ab, wobei sich ein Schwerpunkt für psychosoziale Gesundheitsrisiken (n=20) findet. Hierfür wurden unterschiedliche Instrumente, wie bspw. der Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), getestet, die sich auch für den Einsatz in Screeningmaßnahmen eignen bzw. eignen könnten. Zusätzlich zur PubMed-Recherche konnte im Rahmen einer Internetrecherche, die Übersicht zu evidenz-basierten Screening-Tools für Schulen herausgeben vom Wisconsin Department of Public Instruction (Dibble (2011)), gefunden werden. Hierin werden folgende sechs Screeningverfahren hervorgehoben: Center of Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC), Pediatric Symptom Checklist (PSC), Spence Children's Anxiety Scale (SCAS), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) und Global Appraiser of Individual Needs – Short Screener (GAIN-SS). Insgesamt betrachtet, enthalten diese Publikationen vielversprechende Hinweise auf validierte Screeningverfahren, auf die im Rahmen einer modellhaften Erprobung zurückgegriffen werden könnte, die als weiterer Vorteil zum Teil bereits im nationalen und internationalen Kontext eingesetzt werden. Des Weiteren liegen mit den Screeningverfahren für Schuleingangsuntersuchungen, die allerdings in die Analyse nicht eingeschlossen wurden, weitere Anknüpfungsmöglichkeiten vor. Zu nennen ist hier exemplarisch das Sozialpädiatrische Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS) (Daseking et al. 2009, Oldenhage; Daseking; Petermann 2009).

Wenige Studien nehmen eine ökonomische Evaluation einzelner Screeningmaßnahmen vor. Hierzu wurden Kostenanalysen und Kosteneffektivitätsanalysen von Screeninguntersuchungen für Hörstörungen (Baltussen; Naus; Limburg 2009), zur Körpergröße (Fayter et al. 2008), zur psychischen Gesundheit (Kuo et al. 2009), für Asthma bronchiale (Gerald et al. 2010) und für Skoliose (Sabirin et al. 2010, Ugras et al. 2010) durchgeführt. In der Tendenz – mit Ausnahme der Analyse von Gerald et al. (2010) bewerten alle anderen Studien die jeweiligen Screeninguntersuchungen als kosteneffizient. Eine abschließende Beurteilung kann jedoch an dieser Stelle nicht erfolgen, da diese eine zusätzliche Kontextanalyse sowie eine detaillierte Analyse der den Studien jeweils zugrunde liegenden Kosten- und Effektivitätsansätze voraussetzt, die im Rahmen der Machbarkeitsstudie nicht zu leisten war.

Im vierten Schwerpunkt wurden Publikationen zusammengefasst, die übergreifende Fragen des Screenings in Schulen darstellen. Die identifizierten Themenfelder waren die Bewertung möglicher Folgen des

BMI-Screenings (Soto; White 2010, Grimmett et al. 2008, Stubbs; Achat 2009), die Evaluation vorhandener Leitlinien für das Adipositas-Screening (Levine et al. 2009, Wein; Yang; Goldhaber-Fiebert 2012) und die Vorstellung übergeordnete Empfehlungen für das BMI-Screening (Linchey; Madsen 2011), für „communications disorders“ (Skarżyński; Piotrowska 2012a) und für Hörstörungen (Skarżyński; Piotrowska 2012b). Die Literaturlage hinsichtlich der letztgenannten Aspekte ist sicher nicht umfassend, da hierzu weitere Recherchen bei den einschlägigen Fachinstitutionen bzw. entsprechenden Ministerien erforderlich wäre.

Ein zusammenfassendes Fazit ist aufgrund der bereits genannten Heterogenität kaum möglich. Zudem müssten bei einer vergleichenden Beurteilung jeweils die Kontextbedingungen Berücksichtigung finden, was im Rahmen des zur Verfügung stehenden Bearbeitungszeitraums jedoch nicht möglich war. Dennoch liefert diese erste grobe Übersicht bereits gute Anknüpfungspunkte für die modellhafte Erprobung, da gezielt zu einzelnen Aspekten, wie z. B. die Validität des SDQ, auf entsprechende Studien zurückgegriffen werden kann.

### 3.2.6 Zusammenfassung

Eine Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen kann sich an den bereits angebotenen Untersuchungen in Grundschulen (siehe Abschnitt 3.2.4) orientieren. Sie sollte Anschluss finden zu vorherigen Maßnahmen, wie der Schuleingangsuntersuchung, sowie zu parallel stattfindenden Maßnahmen, wie der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe, den U-Untersuchungen und weiteren Angeboten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention.

Für die genannten gesundheitsbezogenen Untersuchungen liegt inzwischen eine umfangreiche Expertise vor, die sich sowohl auf die Durchführung der Untersuchungen wie auch auf die Verwertung der aus den Untersuchungen gewonnenen Daten bezieht.

Die vorhandenen Untersuchungen in der Grundschule sind unterschiedlich. Gemeinsam ist den Untersuchungen, dass sie vorwiegend von den Gesundheitsämtern durchgeführt werden und verpflichtend sind. Mit Ausnahme des Bundeslandes Brandenburg wird die Untersuchung in Grundschulen für alle Schüler/-innen der jeweiligen Klassenstufen angeboten. Der Vergleich der Angebote in den neuen Bun-

desländern zeigt, dass es keine einheitliche Jahrgangsstufe (2. bis 6. Klasse) gibt, in der die Untersuchungen in der Schule stattfinden. Auch die Anamnese und die Befunderhebung unterscheiden sich in den einzelnen Bundesländern. Die Eltern werden in den meisten Fällen über einen Elternfragebogen zur Gesundheit der Kinder befragt und mittels eines Informationsschreibens über das Ergebnis der Untersuchung in Kenntnis gesetzt. Die erhobenen Daten werden anonymisiert und z. T. standardisiert ausgewertet. Ggf. wird die Schulleitung über Befunde informiert, die die Schule betreffen.

In der nachstehenden Tabelle 10 sind die wesentlichen Strukturprinzipien der Untersuchungen in Grundschulen sowie der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe dargestellt.

**Tabelle 10: Vorhandene Strukturmodelle**

	<b>Ärztliche Untersuchung in Schulen</b>		<b>Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe</b>
<b>Grundelemente</b>	<b>Modell A</b>	<b>Modell B</b>	<b>Modell C</b>
<b>Federführung</b>	ÖGD	ÖGD	LAG
<b>Durchführung der Untersuchung</b>	Ärzte/-innen des ÖGD	Ärzte/-innen des ÖGD/NÄ	i. d. R. Jugendzahnärzte/- innen des ÖGD/ teilweise NZÄ/ Prophylaxefachkräfte
<b>Ort des Angebots</b>	Schule	Schule	Kindertagesstätte, Schule
<b>Zentraler Daten- halter</b>	Gesundheitsamt	Gesundheitsamt	Gesundheitsamt: Schulzahn- ärztliche Untersuchung LAG/DAJ: Prophylaxemaß- nahmen
<b>Finanzierung</b>	Kommunale Finanzierung	Kommunale Finanzierung	Finanzierungen der Leistun- gen der GP über verschiedene Zuständigkeiten: SGB V: Leistungen der GKV Kommunale Finanzierung: Personelle Ressourcen/ Leistungen des ÖGD Weitere Finanzierung über Beiträge und Spenden

	Ärztliche Untersuchung in Schulen		Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe
Grundelemente	Modell A	Modell B	Modell C
Realisierung <sup>1</sup>	Mecklenburg-Vorpommern (4. und 8. Klasse) Sachsen-Anhalt (3. und 6. Klasse) Freistaat Thüringen (4. und 8. Klasse) Brandenburg (bedarfsabhängig in 6. Klasse)	Freistaat Sachsen (2./3.; 6. Klasse)	Alle Bundesländer NRW wurde gemäß den zwei Kammerbezirken aufgeteilt.

**Legende**
<sup>1</sup> siehe ausführlich zur Realisierung Kapitel 3.2.3 und 3.2.5

GP = zahnmedizinische Gruppenprophylaxe, KZVN = Kassenzahnärztliche Vereinigungen, LAG = Landesarbeitsgemeinschaft, ÖGD = Öffentlicher Gesundheitsdienst, NÄ = Niedergelassene Ärzte/-innen, NZÄ = Niedergelassene Zahnärzte/-innen

**Modell A** zeichnet sich dadurch aus, dass die Verantwortung für die Gesundheitsuntersuchungen an Schulen allein beim Öffentlichen Gesundheitsdienst liegt. Dieses Modell findet sich bei den bestehenden Gesundheitsuntersuchungen in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Freistaat Thüringen und Brandenburg. **Modell B** unterscheidet sich nur geringfügig zu Modell A und zwar darin, dass die Gesundheitsuntersuchung entsprechend der gesetzlichen Regelung auch durch eine/n niedergelassenen Kinderarzt/-ärztin durchgeführt werden kann. Dies ist zu bescheinigen und bei der Gesundheitsuntersuchung in der Schule vorzulegen.

In Modell A und B findet die Gesundheitsuntersuchung in der Schule statt und die erfassten Daten werden über das Gesundheitsamt dokumentiert und ausgewertet. Beiden Modellen liegt eine kommunale Finanzierung zugrunde.

**Modell C** unterscheidet sich erheblich von den Modellen A und B. Als Organisationsstruktur wurde in der Regel eine Landesarbeitsgemeinschaft eingerichtet (siehe ausführlich Kapitel 3.2.3). Als definierte Leistung nach § 21 SGB V erfolgt die Finanzierung weitestgehend über Mittel der gesetzlichen Krankenkasse (BMJ 2013). Die zahnärztlichen Untersuchungen in Grundschulen sind, wie in § 21 SGB V ausgeführt, bundesweit Bestandteil der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe. In der Regel werden sie durch die Zahnärztinnen und Zahnärzte des ÖGD durchgeführt. Der Auftrag hierzu ist in den jeweiligen ÖGD-Gesetzen

der einzelnen Bundesländer verankert sowie in den dazu ergangenen Verwaltungsvorschriften/Verordnungen. Fehlen diese entsprechenden Strukturen und Ressourcen des ÖGD, werden meist niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte beauftragt, Untersuchungen in den Schulen durchzuführen. Planung, konzeptionelle Gestaltung und Beauftragung erfolgen dann durch die Organisationen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe (Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, regionale Arbeitsgemeinschaft); die Honorierung erfolgt dann gemäß § 21 SGB V durch die gesetzlichen Krankenkassen. Gemäß der föderalen Struktur der Bundesrepublik variieren die Konzepte von Land zu Land.

Wie die systematische Übersicht ermittelt, werden in vielen, jedoch nicht in allen europäischen Ländern Früherkennungsprogramme bzw. Untersuchungen in Schulen für Kinder in der Altersgruppe zwischen 6 bis 10 Jahren angeboten. In einigen europäischen Ländern finden regelmäßige Untersuchungen in Schulen statt (siehe Kapitel 3.2.5), die jedoch in der Ausgestaltung unterschiedlich sind. Eine übergreifende Bewertung ist damit nur begrenzt möglich.

## 4. Bewertung einer Gesundheitsuntersuchung aus der Sicht unterschiedlicher Akteure (Expertengespräche)

Neben der Status quo Analyse (siehe Kapitel 3) war es ein weiteres wichtiges Ziel, die Bewertung, Einschätzung und Akzeptanz einer Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen durch unterschiedliche Akteure zu erfassen. Fachexperten und -expertinnen in den Gesundheitsministerien und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Kultusministerien, Landesärztekammern, Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung und Landeselternverbände des jeweiligen Bundeslandes wurden zu Expertengesprächen angefragt. Die Befragung fand in allen Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland in drei Wellen statt. Begonnen wurde die Expertenbefragung mit den Bundesländern, die aktuell Untersuchungen in Grundschulen durchführen, gefolgt von den Bundesländern im Norden und dann im Süden.

Den Expertengesprächen lag ein Gesprächsleitfaden zugrunde, der den Experten/-innen auf Wunsch auch im Vorfeld zur Verfügung gestellt wurde. Die Expertengespräche fanden meist telefonisch mit zwei Mitarbeitern/-innen statt, um eine detaillierte Dokumentation des Expertengesprächs zu gewährleisten. Die Gesprächsprotokolle wurden den Experten/-innen zur Prüfung der Inhalte vorgelegt und in dieser Form für die nachstehende Auswertung genutzt.

Die Mehrzahl der angefragten Experten/-innen standen entweder persönlich zur Verfügung oder vermittelten eine/n andere/n Ansprechpartner/-in. Insgesamt wurden 80 Experten/-innen aus den Gesundheits- und Kultusministerien, den Landesärztekammern, den Landesvereinigungen für Gesundheit und den Landeselternverbänden angeschrieben. Es konnten aus dieser Gruppe 61 Expertengespräche (76 %) realisiert werden. Acht Expertenfragen wurden abgelehnt bzw. konnte das Expertengespräch mit zwei Experten/-innen in dem dem Projekt zur Verfügung stehenden Zeitraum nicht umgesetzt werden. Die Absagen zu den Expertengesprächen kamen überproportional von den Landesärztekammern. Die Perspektive des ÖGD wurde z. T. durch Experten/-innen aus den Gesundheitsministerien vertreten (n=6); zusätzlich wurden noch 8 weitere Expertengespräche geführt, so dass der Analyse insgesamt 69 Expertengespräche zugrunde liegen. Die Expertengespräche dauerten im Durchschnitt 45 Minuten.

Ziel der Expertengespräche war es, aus der jeweiligen Perspektive sowohl eine spezifische als auch generelle Einschätzung zu Gesundheitsuntersuchungen und zur modellhaften Erprobung zu erhalten. Zudem

wurden Experten/-innen, in deren Bundesland noch Untersuchungen in Grundschulen durchgeführt werden, gezielt zur Umsetzung und Durchführung befragt. Im Einzelnen wurden folgende Fragen gestellt, die entsprechend der Expertengruppe modifiziert wurden:

1. *Nur Bundesländer mit Untersuchungen in Grundschulen:* In [Bundesland] werden in [Klasse] Untersuchungen in der Grundschule durchgeführt. Wie erfolgt die **Umsetzung** dieser Untersuchungen in [Bundesland]?  
In welchen Zusammenhang stehen die Untersuchungen in der Lebenswelt Grundschule mit den Früherkennungsuntersuchungen im ambulanten Bereich?
2. Wie beurteilen Sie folgende Aspekte der Durchführung von Untersuchungen in Grundschulen (z. B. Ressourcen, Untersuchungsinhalten, Einbezug der Eltern, Teilnahmeraten, Datenverarbeitung, Rückkopplungsmechanismen und Finanzierung)?
3. Wie beurteilen Sie, dass es in Deutschland nur in wenigen Bundesländern Untersuchungen in Grundschulen gibt? Würden Sie ein flächendeckendes Angebot solcher Untersuchungen unterstützen? Gibt es oder gab es in [Bundesland] ein vergleichbares Angebot?
4. Welche Erwartungen haben Sie an Untersuchungen in Grundschulen?
5. Welche Voraussetzungen würden Sie für ein solches Angebot in [Bundesland] formulieren? Was wird gebraucht? Was ist vorhanden?
6. Wie sollten die Ergebnisse genutzt werden?
7. Wie schätzen Sie die Akzeptanz von Gesundheitsuntersuchungen in [Bundesland] ein? Wovon ist die Akzeptanz abhängig? Wie sieht es mit der Beteiligung/Unterstützung durch andere Akteure (z. B. aus dem Schulbereich/der Ärzteschaft/Eltern/Akteuren in Gesundheitsförderung und Prävention) aus?
8. Welche Rolle spielt bzw. welche Aufgaben haben für Sie die Untersuchungen in Grundschulen für die Gesundheitsförderung und Prävention (z. B. Schule, Elternhaus)?



Im Folgenden sind die Expertengespräche zu einzelnen Hauptthemenbereichen des Gesprächsleitfadens zusammengefasst. Die Darstellung erfolgt übergreifend, d. h. gemeinsam für die unterschiedlichen Expertengruppen. Primär werden übereinstimmende Aussagen der Experten/-innen dargestellt; zudem werden deutlich abweichende Einschätzungen beschrieben, um hierdurch einerseits den bestehenden Konsens und andererseits die Breite der Fachargumente aufzuzeigen.

Nachstehend werden in folgenden Themenschwerpunkten die Aussagen aller Experten/-innen der verschiedenen Expertengruppen gebündelt:

- Bestehendes Angebot von Untersuchungen in Grundschulen
- Bewertung eines Angebotes von Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen und Erwartungen
- Akteure für die Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen
- Zeitpunkt und Untersuchungsschwerpunkte für die Untersuchung
- Nutzung der Daten einer Gesundheitsuntersuchung
- Zusammenspiel der Gesundheitsuntersuchung mit Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention.

## 4.1 Bestehendes Angebot von Untersuchungen in Grundschulen

Die Umsetzung der Untersuchung in Grundschulen wird von den Experten/-innen aus den neuen Bundesländern übereinstimmend als positiv bewertet und unter den aktuellen strukturellen Voraussetzungen und den gegebenen Ressourcen auch als (weitgehend) machbar eingeschätzt. Die Beteiligung an den Untersuchungen in Grundschulen ist hoch; auch wird die Akzeptanz durch die Eltern als sehr positiv beurteilt. Die Untersuchung erfolgt durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Abstimmung mit den Schulen. Die Untersuchung selbst wird in der Regel von einem/r Schularzt/-ärztin und einer/m Medizinischen Fachangestellten durchgeführt. Im Durchschnitt (ohne Vor- und Nachbereitungszeit) sind 30 Minuten pro Kind als zeitliches Fenster zu kalkulieren, die ca. jeweils zur Hälfte durch den/die Schularzt/-ärztin bzw. durch den/die Medizinische/n Fachangestellte/n aufgebracht werden. Für die verbleibenden Aufgaben muss ein ähnlich großes Zeitfenster einberechnet werden.

Die Organisation vor Ort, die Übermittlung der Befunde und die Datenaufbereitung für die Berichterstattung erfolgt aus Sicht der Experten/-innen reibungslos. Die Beteiligung an den Untersuchungen ist hoch, was sicherlich durch die gesetzliche Verpflichtung unterstützt wird.

## 4.2 Bewertung eines Angebotes von Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen und Erwartungen

Das Angebot einer Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen wird von der Mehrzahl der Akteure positiv – wenngleich nicht voraussetzungslos – bewertet. Die Durchführung einer Gesundheitsuntersuchung in diesem Altersfenster kann aus Sicht vieler Experten/-innen eine wichtige Unterstützung für Kinder sein, um bestehende Gesundheitsrisiken für die schulische Entwicklung zu erkennen und diesen zu begegnen. Deshalb ist die Fokussierung der Gesundheitsuntersuchung („Untersuchungskatalog“) auf relevante Gesundheitsrisiken – insbesondere solcher, die die schulische Entwicklung beeinträchtigen, von großer Bedeutung. Die Untersuchung selbst ist in ein schlüssiges Gesamtkonzept einzubetten, in dem nicht nur die individuelle Gesundheit des Kindes sondern auch das Umfeld des Kindes, die Schule, in die Bewertung einbezogen wird. Diese eher betriebsmedizinische Ausrichtung zeichnete sich nicht nur bei Experten/-innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als zentrale Forderung für eine Gesundheitsuntersuchung ab, sondern wurde auch – wenngleich anders umschrieben – von der Mehrzahl der Experten/-innen anderer Institutionen als zentral benannt. Ein solcher Ansatz weist nicht nur auf die besondere Ausrichtung und die Potentiale der Gesundheitsuntersuchung hin, sondern stellt damit auch eine wichtige Abgrenzung zu anderen Angeboten, wie bspw. einer Früherkennungsuntersuchung in dieser Altersgruppe, dar. Entsprechend wäre die Gesundheitsuntersuchung komplementär angelegt und als solche auch auszugestalten.

Die Mehrzahl sprach sich zudem für ein flächendeckendes statt für ein selektives Angebot aus. Neben der Gefahr der Stigmatisierung einzelner Kinder und der ggf. schwierigen Organisation würde mit einem flächendeckenden Angebot vor allem der Nutzen eines solchen Angebotes für alle Kinder in der Lebenswelt Schule und das Potential, Synergien zu schaffen, verloren gehen.

Vereinzelte formulierten Experten/-innen auch eine ablehnende Haltung bzw. eine große Skepsis gegenüber einem solchen Angebot. Inhaltliche Kritik wurde zum einen zum gewählten Zeitpunkt der Gesundheitsuntersuchung in der 2./3. Klasse bzw. in der Grundschulzeit geäußert, da hier aus Sicht einiger Experten/-innen eine zu große Nähe zur Schuleingangsuntersuchung besteht bzw. Kinder in dieser Altersspanne überwiegend gesund sind und somit eine Gesundheitsuntersuchung nicht erforderlich ist. Zum anderen wurde der Ansatz eines flächendeckenden Angebotes kritisch betrachtet und eher eine Fokussierung auf Kinder mit bereits bekannten Gesundheitsrisiken empfohlen. Zudem wurden strukturelle Gründe angeführt, die vor allem darin bestehen, dass weder die Durchführung einer modellhaften Erprobung noch die Etablierung eines Regelangebotes unter den gegebenen Voraussetzungen, insbesondere des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, möglich wäre.

Klare Erwartungen an den Mehrwert einer Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen wurden von den Experten/-innen der einzelnen Expertengruppen formuliert. Im Vordergrund standen dabei, dass die Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen gut in die Gesamtaktivitäten zur Kinder- und Jugendgesundheit eingebettet wird, dass Schule als Lebensort mit den dort bestehenden Verantwortlichkeiten und Rahmenbedingungen wahrgenommen wird, dass auf Bestehendes (z. B. Untersuchungskonzepte, Strukturen) aufgebaut und eine Verzahnung (längsschnittliche Perspektive) ermöglicht wird, dass Eltern und wichtige andere Akteure in die Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen einbezogen werden und dass die Erkenntnisse der Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen eine unmittelbare Handlungsrelevanz auf individueller und kollektiver Ebene haben.

### 4.3 Akteure für die Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen

Die Mehrzahl der Experten/-innen sieht die federführende Durchführung einer Gesundheitsuntersuchung beim Öffentlichen Gesundheitsdienst. Dies wird damit begründet, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst bereits über umfangreiche Erfahrungen mit solchen flächendeckenden Untersuchungen verfügt und eine hohe Expertise bei der standardisierten Durchführung der Untersuchung selbst, der Vernetzung mit unterschiedlichen Akteuren im Umfeld Kindertagesstätten und Schulen sowie der Datenverarbeitung und -verwertung hat. Die Synergien zur Schuleingangsuntersuchung werden als sehr hoch eingeschätzt – auch

hinsichtlich einer möglichen längsschnittlichen Betrachtung von Gesundheitsrisiken und der durchgeführten Maßnahmen (Evaluation). Die Beteiligung bspw. der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte/-innen wird grundsätzlich als eine mögliche Variante betrachtet, wobei hinsichtlich der Umsetzung erhebliche Hindernisse durch Experten/-innen der unterschiedlichen Expertengruppen formuliert werden, die in der Systemzuordnung und damit den rechtlichen Gegebenheiten (wie z. B. Wettbewerbsverbot), dem Untersuchungsort Schule (hoheitliche Aufgabe) und administrativ-logistischen Aspekten begründet sind. Eine federführende Rolle bei der Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen wurde durch keine/n Experten/-in bei den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten/-innen gesehen.

Gleichwohl wird – dies insbesondere in den alten Bundesländern – die aktuelle Personal- und Ressourcenausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als mögliche Hürde für das Angebot einer Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen gesehen. Dies betrifft auch die Umsetzungsmöglichkeiten einer modellhaften Erprobung, sofern nicht zusätzliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. In verschiedenen Gesprächen wird zudem auf die Schwierigkeit, freie Stellen im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu besetzen, hingewiesen. Die Beteiligung von anderen Gesundheitsfachberufen für die Durchführung der Gesundheitsuntersuchung wird von einzelnen Experten/-innen vorgeschlagen, insbesondere könnten hierin Ansätze bestehen, mit personellen Engpässen umzugehen bzw. Inklusion in Schulen zu unterstützen.

Von vielen Experten/-innen wird betont, dass die Lehrer/-innen und Schulleiter/-innen zentrale Partner/-innen für eine Gesundheitsuntersuchung an Grundschulen sind. Entsprechend ist die Gesundheitsuntersuchung als gemeinsamer Prozess zu begreifen, in dem Beteiligungen je nach Expertise und Möglichkeiten gegeben sein sollten.

## 4.4 Zeitpunkt und Untersuchungsschwerpunkte für die Untersuchung

Die Experten/-innen, die die Gesundheitsuntersuchung in der Grundschule positiv bewerten, sehen in dieser eine große Chance, relevante Gesundheitsrisiken für die schulische Entwicklung zu erkennen. Es wird betont, dass insbesondere in der 3. Jahrgangsstufe durchaus mit Erstbefundungen zu rechnen ist,

was aus Sicht der Experten/-innen auch für ein flächendeckendes Angebot spricht. Eine abschließende Haltung, in welcher Jahrgangsstufe die Gesundheitsuntersuchung durchgeführt werden sollte, konnte auf Basis der Expertengespräche nicht gefunden werden. Es deutet sich eine Tendenz für die Durchführung in der 3. Jahrgangsstufe an, da hierdurch einerseits ein guter Abstand zur Schuleingangsuntersuchung gegeben ist und andererseits noch ein ausreichendes Zeitfenster zum Übergang in die weiterführenden Schulen besteht, um bei bestehenden Gesundheitsrisiken die notwendigen Unterstützungs- und Therapiemaßnahmen durchzuführen.

Die Untersuchung selbst sollte neben einer ausführlichen Anamnese auch eine körperliche Untersuchung einschließen. Der Schwerpunkt der Untersuchung sollte auf Gesundheitsrisiken liegen, die die schulische Entwicklung beeinträchtigen. In jedem Falle sollten neben chronischen Erkrankungen auch die psychosoziale Gesundheit erfasst werden. Eine Expertin betonte, dass Aspekte der sozialen Gesundheit in einer solchen Untersuchung einfließen sollten. Einhellig ist, dass bewährte und bestenfalls validierte Tests und Assessmentverfahren eingesetzt werden sollten. Hierbei ist es sinnvoll, sich auf bereits vorhandene Instrumentarien zu stützen, seien es die der Schuleingangsuntersuchungen (mit entsprechender Prüfung für die Altersgruppe), die Untersuchungskonzepte der vorhandenen Untersuchungen in Grundschulen oder die der KiGGS-Studie. Die Erhebung relevanter Befunde im Rahmen der Anamnese ist in dieser Altersgruppe nur mit der Unterstützung und Beteiligung der Eltern möglich. Hier wird von vielen Experten/-innen der Einsatz eines Elternfragebogens empfohlen – die Erfahrungen in den Bundesländern mit Untersuchungen in Grundschulen sind, was den Rücklauf und die Ausfüllqualität anbelangt, positiv.

## 4.5 Nutzung der Daten einer Gesundheitsuntersuchung

Eine Nutzung der Daten über die individuelle Mitteilung an das einzelne Kind und seine/ihre Eltern hinaus wird von der Mehrzahl der Experten/-innen befürwortet und von vielen als weiterer wichtiger Nutzen der Gesundheitsuntersuchung formuliert. Dies setzt die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen voraus, wo bereits auf sehr gute Erfahrungen bei den Schuleingangsuntersuchungen wie auch bei den vorhandenen Untersuchungen in Grundschulen zurückgegriffen werden kann. In jedem Fall sollte eine Rückkoppelung durch standardisierte Berichte und wenn möglich mindestens auf kommunaler Ebene

erfolgen. Eine Rückmeldung an die Schule in pseudonymisierter Form wird mehrheitlich begrüßt, müsste jedoch datenschutzrechtlich überprüft werden. Viele der Experten/-innen würde auch ein Feedback an den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Falle eines Befundes durch den/die niedergelassene/n Arzt/Ärztin befürworten. Dies sollte jedoch in Relation zum Aufwand stehen und jegliche Gefahr einer Stigmatisierung ausschließen.

## 4.6 Zusammenspiel der Gesundheitsuntersuchung mit Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention

Die Gesundheitsuntersuchung wird von den Experten/-innen immer in einen Gesamtkontext gestellt und nie ausschließlich als ärztliche Untersuchung im Schulkontext verstanden. Gerade der Kontextbezug, der durch die Verortung der Untersuchung in der Schule gegeben ist, wird als hervorstechendes Potential für ein solches Angebot gesehen. Zugleich werden vor diesem Hintergrund sehr konkrete und spezifische Anforderungen an eine solche Gesundheitsuntersuchung gestellt. Diese Sicht findet sich mehrheitlich und ist auch weitgehend unabhängig von der institutionellen Verortung der Experten/-innen. Die Gesundheitsuntersuchung wird von vielen Experten/-innen als Möglichkeit gesehen, einerseits die vorhandenen Aktivitäten im Bereich Gesundheit an der Grundschule zu verzahnen bzw. die unterschiedlichen Akteure zu vernetzen und andererseits das Thema Gesundheit in den Schulalltag stärker zu verankern. Darüber hinaus wird eine große Chance darin gesehen, dass nicht nur die Angebote zielgerichteter an den Bedarf der Kinder angepasst werden, insbesondere dann, wenn die Schule ein Feedback zu den Gesundheitsrisiken ihrer Schülerschaft erhält, sondern auch, dass die derzeit in der Regel projektgebundenen Angebote in langfristige Strategien zu einer gesunden Lebenswelt Schule überführt werden. Hierbei ist es wichtig, dass die Expertise der Schule, der beteiligten Akteure und der für die Gesundheitsuntersuchungen Verantwortlichen einfließt und sich zu einem kooperativen Austausch und gemeinsamen Prozess entwickelt. Hierzu braucht es verbindliche Ansprechpartner/-innen und Kommunikationsstrukturen, die oftmals bereits existieren und ausgebaut werden können.

## 5. Konzeptueller Rahmen für die Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen in der modellhaften Erprobung

Übergeordnete Zieldimensionen wurden als Komponenten für die Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen und ihre modellhafte Erprobung entwickelt und im Beirat intensiv diskutiert. Die Komponenten dienen sowohl in der Machbarkeitsstudie zur konkreten Abprüfung der erforderlichen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen als auch zur Bewertung möglicher Chancen und Risiken und könnten möglicherweise Kriterien für eine spätere Evaluation sein. Die Grundlage der Komponenten stellen die bereits an Schulen stattfindenden Gesundheitsuntersuchungen einschließlich der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe und der Präventionsstrategie des BMG dar (BMG 2012b). Des Weiteren wurde ein Abgleich mit den Ergebnissen der Expertise und den U10- und U11-Untersuchungen vorgenommen.

Nachstehend sind die Komponenten aufgeführt:

- **Alle Kinder** werden durch die Gesundheitsuntersuchung erreicht, unabhängig von soziodemographischen und regionalen Unterschieden.
- **Individuelle Gesundheits- und Entwicklungsrisiken** im Lebenskontext Schule können **frühzeitig mit validen Tests** erkannt und eine entsprechende Beratung, Diagnostik, Therapie und Fördermaßnahmen können **frühzeitig** eingeleitet werden.
- Die Daten der Gesundheitsuntersuchung können für **Gesundheitsberichte** auf Ebene kleinräumiger Bezirke, Kommunen, Bundesländer und Bund genutzt werden.
- **Kollektive Gesundheitsprobleme** (Schule/kleinräumiger Bezirk/Kommune/Bundesland) werden erkannt.
- **Konkrete Maßnahmen der Prävention (Primär- und Sekundärprävention)** werden in der Schule/dem kleinräumigen Bezirk/der Kommune/dem Bundesland unterstützt, initiiert und weiterentwickelt.

Auf dieser Basis und ergänzt um die Ergebnisse der Status quo Analyse, der Expertengespräche und der Beratungen im Beirat wurden konzeptuelle Eckpunkte für eine Gesundheitsuntersuchung in der modellhaften Erprobung spezifiziert:

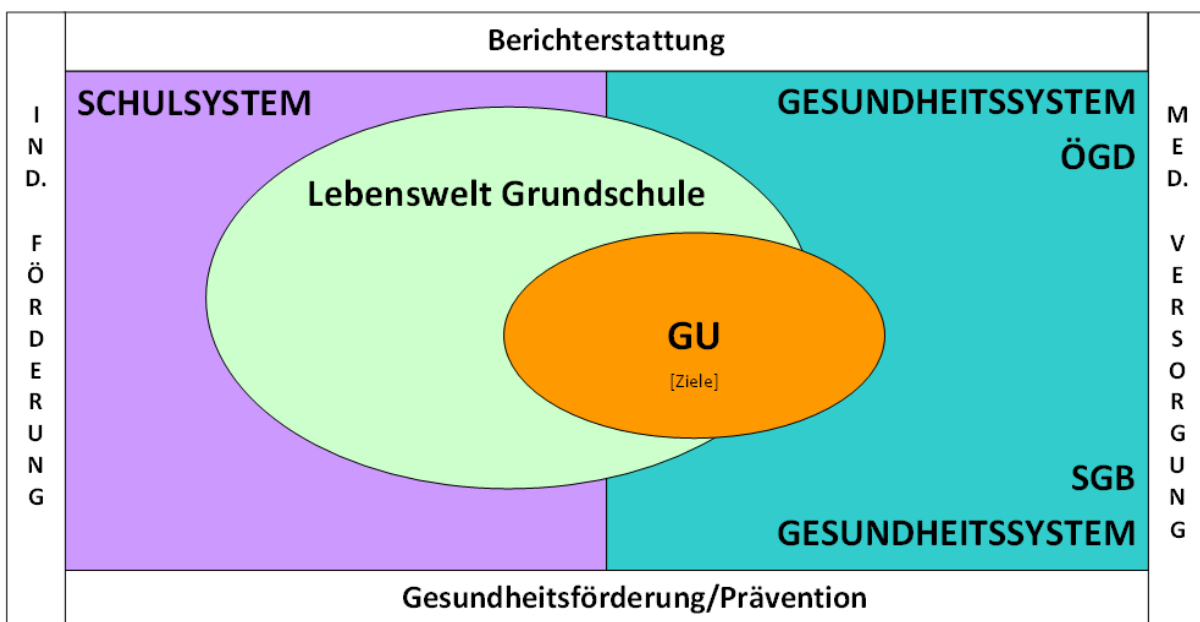
- a. Die Gesundheitsuntersuchung muss in die Lebenswelt Schule integriert sein, d. h. gemeinsam von Akteuren des Gesundheits- und des Schulsystem getragen und umgesetzt werden. (Kooperativer Ansatz)
- b. Die Gesundheitsuntersuchung sollte allen Kindern angeboten werden. (Kein selektives Angebot)
- c. Die Gesundheitsuntersuchung steht mit ihrer Ausrichtung nicht in Konkurrenz zu anderen Angeboten (wie z. B. den U-Untersuchungen), sondern stellt ein eigenständiges Angebot mit spezifischer Ausrichtung dar. (Komplementärer Ansatz)
- d. Die Gesundheitsuntersuchung muss sowohl die individuelle Gesundheit des zu untersuchenden Kindes als auch für die Gesundheit relevante Lebensweltfaktoren einbeziehen und valide erfassen. (Alle relevanten Faktoren einbeziehen)
- e. Die Gesundheitsuntersuchung sollte die Schwerpunkte auf gesundheitliche Risiken (rsp. Ressourcen) für den Schulerfolg legen. Die Ergebnisse sollten individuell, d. h. für das einzelne Kind, und kollektiv, zur Entwicklung der Lebenswelt Schule, genutzt werden. (Nutzen für die Kinder und die Schule)
- f. Die Gesundheitsuntersuchung sollte relevante Informationen von Eltern und auch Lehrern/-innen einbeziehen und den Austausch mit den Eltern und Lehrern/-innen fördern. (Partizipation)
- g. Die Gesundheitsuntersuchung sollte zu Aktivitäten für eine „gesunde Schule“ aktiv beitragen, Impulse geben und die relevanten Akteure einbinden. (Gesundheitsförderung/Prävention und Vernetzung)
- h. Die Daten der Gesundheitsuntersuchung sollten sowohl individuell (Rückinformation an die Eltern) als auch Einzelperson übergreifend aufbereitet und genutzt werden. (Gesundheitsberichterstattung). Ein Zusatznutzen wird darin gesehen, die nach der Schuleingangsuntersuchung durchgeführten Fördermaßnahmen im Längsschnitt zu betrachten. (Evaluation).



## 5.1 Einbettung der Gesundheitsuntersuchung in das Gesamtsystem

Entsprechend der konzeptionellen Eckpunkte ist die Gesundheitsuntersuchung in der modellhaften Erprobung in das Gesamtsystem sowie in die vielfältigen Aktivitäten unterschiedlicher Akteure in der Grundschule einzubetten (siehe Abbildung 2). Die Gesundheitsuntersuchung stellt für sich genommen eine Maßnahme dar, die in der Lebenswelt Schule angesiedelt ist, und damit eine Verknüpfung zwischen dem Schulsystem einerseits und dem Gesundheitssystem andererseits herstellt. Zudem ist die Gesundheitsuntersuchung in den Gesamtkontext präventiver Maßnahmen, der sog. Präventionskette (siehe Abschnitt 5.5), einzugliedern.

**Abbildung 2: Einordnung einer Gesundheitsuntersuchung in das Gesamtsystem**



In Abbildung 2 sind die Systembezüge einer Gesundheitsuntersuchung dargestellt. Sie ist primär in der Lebenswelt Grundschule verortet und verknüpft damit das Schul- und das Gesundheitssystem. Die Ergebnisse der Gesundheitsuntersuchung können, sowohl individuell (rechts und links) als auch kollektiv (oben und unten) genutzt werden. Durch die Gesundheitsuntersuchung können für das untersuchte Kind Ver-

sorgungsbedarfe erkannt und entsprechende Maßnahmen in den vorhandenen Systemen (Schule und Gesundheitsversorgung) eingeleitet werden. Ein kollektiver Nutzen besteht darin, dass die ermittelten Daten für die Berichterstattung und zur (Weiter-)Entwicklung, Unterstützung und Evaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention genutzt werden können.

## 5.2 Inhalte der in der Schule vor Ort durchgeführten Untersuchung (Untersuchungskatalog)

Ausgehend von der Analyse der in einzelnen Bundesländern bereits durchgeführten Untersuchungen in Grundschulen (siehe Kapitel 3.2.4), den Schuleingangsuntersuchungen (insb. Bielefelder Modell), dem Brandenburger Untersuchungskonzept (LUGV Brandenburg 2010) sowie den U10- und U11-Untersuchungen und ergänzt durch die Expertengespräche sowie eine Expertenrunde konnten Schwerpunkte für die Gesundheitsuntersuchung in der modellhaften Erprobung ermittelt werden.

Neben der Untersuchung in der Schule sollten wichtige Informationen zur Gesundheit und zu den Gesundheitsrisiken des Kindes von den Eltern mittels eines Elternfragebogens erhoben werden. Die Untersuchung selbst sollte eine körperliche Untersuchung und eine ausführliche Anamnese umschließen. Die Anamnese sollte Angaben zum Personenstand, eine Sozialanamnese, eine somatische Anamnese und eine Verhaltens- und Freizeitanamnese umfassen (siehe Anhang D). Die Auswertung der Anamnese und der Assessments im Elternfragebogen sollte der körperlichen Untersuchung durch den/die Schularzt/-ärztin vorausgehen und auch Gegenstand der ärztlichen Untersuchung sein.

Der Fokus der Untersuchung sollte auf chronischen Erkrankungen (wie z. B. Asthma bronchiale) und psycho-sozialen Gesundheitsrisiken liegen. Bei der Auswahl der Instrumente sollte möglichst auf bereits vorliegende Erfahrungen und bestmöglich auf Instrumente mit vorhandenen Referenzwerten zugegriffen werden.

In der modellhaften Erprobung ist ein verbindlicher Untersuchungskatalog festzulegen, der sowohl im Umfang als auch in der Untersuchungsdurchführung standardisiert und einheitlich in der/n Modellregionen umgesetzt wird. Im Rahmen der Machbarkeitsstudie konnte ein erstes Konzept für einen solchen Untersuchungskatalog entwickelt werden, der bei der modellhaften Erprobung noch weitergehend zu

spezifizieren und mit den Rahmenbedingungen vor Ort abzustimmen ist (siehe Anhang D). Insbesondere sollte auf eine Anschlussfähigkeit zu der Schuleingangsuntersuchung in der/n Modellregion/en geachtet werden.

### 5.3 Modelle der Durchführung von Gesundheitsuntersuchung

Basierend auf den bereits vorhandenen Organisationsformen der Untersuchungen in Grundschulen sowie der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe konnten drei Strukturtypen identifiziert werden (siehe ausführlich Kapitel 3.2.6). Die Ergebnisse der Expertengespräche deuten auf die Modellvarianten hin, die bereits bei der Durchführung der vorhandenen Untersuchungen in Grundschulen vorherrschend sind. Deutlich wurde jedoch auch, dass verschiedene Konstellationen in der Kooperation zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst und niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten/-innen möglich sind, die bereits in verschiedenen Bundesländern auch rechtlich und administrativ umgesetzt werden (z. B. Freistaat Sachsen). Auch durch die Organisationsstruktur der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe liegen weitere Anknüpfungspunkte (z. B. Patenschaftszahnärzte/-innen) für die Entwicklung von Organisationsmodellen für eine Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen vor. Grundsätzlich gilt es, der unterschiedlichen Systemzuordnung und den daraus resultierenden Aufgaben- und Zuständigkeitsbereichen von Ärzten/-innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bzw. des kurativen Sektors Rechnung zu tragen. Hier gilt es neben organisatorischen Aspekten, insbesondere die rechtlichen Voraussetzungen und den Grundsätzen der Finanzierung zu berücksichtigen (aus: Stellungnahme zu Finanzierung und Rechtlichen Rahmenbedingungen).

In der modellhaften Erprobung wird die Umsetzung jedoch stark von den Voraussetzungen der Modellregion abhängig sein. Entsprechend dieser sind passgenaue Modellvarianten zu entwickeln, mit denen eine flächendeckende und reibungslose Umsetzung der Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen möglich ist.

## 5.4 Datenmanagement und Datenschutz

Eine reibungslose Datenerfassung, -übermittlung und -nutzung ist, wie die Erfahrungen mit den Schuleingangsuntersuchungen und den Untersuchungen in Grundschulen zeigen, möglich. Die Nutzung der Daten der Gesundheitsuntersuchung in der modellhaften Erprobung sollte sowohl individuell als auch im Sinne einer Gesundheitsberichterstattung erfolgen. Es wird zudem empfohlen, ein Feedbacksystem nach entsprechender datenschutzrechtlicher Prüfung mindestens auf kommunaler besser noch auf Ebene der einzelnen Schule sowie ein Rückkopplungssystem seitens des/r niedergelassenen Arztes/Ärztin zu etablieren. Beide Varianten sind bereits rechtlich verankert und werden auch – in unterschiedlichem Umfang – praktiziert. Die sinnvolle Nutzung der Daten setzt voraus, dass im Vorfeld genaue Standards sowohl für die Dateninhalte und deren Verschlüsselung als auch für die Datenweiterleitung verbindlich festgelegt werden. Hierzu ist eine sichere Infrastruktur zu etablieren, die folgende Kriterien umfasst bzw. gewährleisten muss: Datenschutzfördernde Technik, Beherrschbarkeit, Vertraulichkeit, Verlässlichkeit, Informationssicherheit und IT-Sicherheit (aus: Stellungnahme zur Datenverwaltung/Informatik). Sehr konkret sind entsprechende Dokumentationsbögen bzw. Datenmasken ggf. zu entwickeln und bereitzustellen. Ggf. könnten Schulungsmaßnahmen erforderlich sein. Entsprechend der weiter zu vermittelnden Information und der Reichweite der Datennutzung sind im Rahmen eines Gesamtkonzeptes auch im Detail, datenschutzrechtliche Fragen zu klären (aus: Stellungnahme zum Datenschutz). Hierzu liegen bereits unterschiedliche gesetzliche Rahmenbedingungen aus den einzelnen Bundesländern vor, deren Übertragbarkeit auf die Modellregion/en mit den dort bestehenden datenschutzrechtlichen Gegebenheiten zu prüfen ist.

Die konkrete Ausgestaltung der Datenverarbeitung ist mit der vor Ort zur Verfügung stehenden Dateninfrastruktur zu prüfen. Hierbei sollten, sofern möglich, bereits vorhandene Systeme genutzt und ggf. adaptiert werden.

## 5.5 Konsequenzen für Prävention und Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsuntersuchung kann große Synergien zu Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention herstellen. Dieses Potential wurde eindrücklich in den Expertengesprächen aufgezeigt. Auch sind die Erwartungen an die Gesundheitsuntersuchungen groß gemeinsam mit der Schule, den

Schulleitern/-innen und den Lehrer/-innen Impulse für eine gesunde Grundschule zu liefern und vorhandene Aktivitäten zu stärken. Entsprechend ist die Gesundheitsuntersuchung in den Kanon der Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention („Präventionskette“) sowie weiterer gesundheitsbezogener Angebote in dieser Altersgruppe einzubetten. Dies setzt voraus, dass ein Abgleich zwischen den einzelnen Maßnahmen erfolgt, so dass ein hohes Maß an Übereinstimmungen mit vergleichbaren Untersuchungsansätzen (Schuleingangsuntersuchung, bestehende Untersuchungen in Grundschulen) einerseits und eine gute Abgrenzung zu komplementären Untersuchungen (U-Untersuchungen) andererseits gegeben ist. Die Aktivitäten in der Prävention für Kinder und Jugendliche sind in Tabelle 11 dargestellt. In der Altersgruppe 7 bis 8 Jahre wird für manche Kinder zugleich die U10-Untersuchung sowie für alle Kinder unterschiedliche Aktivitäten in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt Grundschule angeboten. Dargestellt ist zudem in Tabelle 11, das derzeit vorhandene Spektrum von Untersuchungen in Grundschulen (grau unterlegt).

**Tabelle 11: Elemente der Präventionskette für Kinder und Jugendliche**

Lebenswelt	Familie													
	Geburt/Krippe			Kindertagesstätte			Primarstufe <sup>1</sup>				Weiterführende Schulen			
	Alter in Jahren	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12&14
U-Untersuchungen <sup>2</sup>	U1 - U6	U7	U7a	U8		U9			U10 <sup>3</sup>		U11 <sup>3</sup>		J1	J2 <sup>3</sup>
Verbindliches Einladungswesen <sup>4</sup>	X	X	X	X		X							X	
Frühförderung	X	X	X	X	X	X								
Schuluntersuchung						SEU			GU					
Brandenburg												X <sup>5</sup>		
Freistaat Sachsen									X <sup>6</sup>					
Sachsen-Anhalt								X				X		
Mecklenburg-Vorpommern											X		X	
Freistaat Thüringen											X		X	
Gesundheitsförderung und Prävention <sup>7</sup>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mutter-Kind-Kuren <sup>8</sup>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X <sup>9</sup>
Gruppenprophylaxe				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X <sup>10</sup>

**Legende**

GU = Gesundheitsuntersuchung, SEU = Schuleingangsuntersuchung, X= Untersuchung findet in diesem Lebensjahr statt.

<sup>1</sup> In Berlin und Brandenburg schließt die Grundschule die Klassenstufen 1 bis 6 ein (KMK 2013).

<sup>2</sup> U1 bis U6 = 0 bis 12 Monate. U7 = 21 bis 24 Monate. U7a = 34 bis 36 Monate. U8 = 46 bis 48 Monate. U9 = 60 bis 64 Monate. U10 = 7 bis 8 Jahre. U11 = 9 bis 10 Jahre. J1 = 12 bis 14 Jahre. J2 = 16 bis 17 Jahre.

<sup>3</sup> U10, U11 und J2-Untersuchungen werden von einigen Krankenkassen auf freiwilliger Basis angeboten. Hier wird das Gesamtspektrum dargestellt (BVKJ 2012)

<sup>4</sup> In manchen Bundesländern wurde ein verbindliches Einladungswesen eingerichtet. Auf dieser Basis werden Einladungen der Eltern zu unterschiedlichen U-Untersuchungen versendet und die Inanspruchnahme geprüft.

<sup>5</sup> Die Schuluntersuchung ist in Brandenburg bedarfsabhängig.

<sup>6</sup> Die Schuluntersuchung wird entweder in der 2. oder 3. Klasse durchgeführt.

<sup>7</sup> Die BZgA in Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Hannover und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf führt eine Liste von qualitätskontrollierten Präventionsprojekten (KNP 2013). Für Grundschüler/-innen (6-10 Jahre) im Setting Schule konnten 11 Projekte ermittelt werden. Beispielhaft können die Projekte Familien optimal stärken (FAMOS), Sozialräumliche Prävention in Netzwerken (SPIN) und Fit für Pisa genannt werden.

<sup>8</sup> Bis zum 12. Lebensjahr darf das Kind mit zur Mutter- bzw. Vater-Kind-Kur (in besonderen Fällen auch bis zum 14. Lebensjahr).

<sup>9</sup> Kinder mit Behinderungen können ohne Altersbeschränkung mit zur Kur.

<sup>10</sup> „In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler/-innen überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt.“ (§ 21 Abs. 1 Satz 3 SGB V)

## 6. Abschließende Bewertung und Empfehlungen

Auf der Grundlage einer systematischen Bestandsaufnahme und Expertengesprächen konnten im Rahmen der Machbarkeitsstudie wesentliche konzeptionelle Eckpunkte für eine Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen ermittelt werden, die in dieser Form eine breite Akzeptanz finden sollten. Sie bilden die Grundlage für die Umsetzung in einer modellhaften Erprobung. Die Gesundheitsuntersuchung hat ein hohes innovatives Potential, wenn es ihr – so wie konzeptionell angedacht – gelingt,

- gemeinsam mit den unterschiedlichen Akteuren gesundheitsrelevante Aktivitäten in der Lebenswelt Grundschule miteinander zu vernetzen, und
- in einem partnerschaftlichen Verhältnis und einem gemeinsamen Prozess zwischen Akteuren des Gesundheits- und Bildungsbereichs, Gesundheit in der Lebenswelt Grundschule übergreifend, d. h. verhaltens- und verhältnisorientiert, und nachhaltig zu verankern.

Durch die Status quo Analyse, die Expertengespräche und die Stellungnahmen konnten einzelne Bausteine der Gesundheitsuntersuchung, wie z. B. ein Untersuchungskatalog, entwickelt sowie konkrete Bedingungen für die Umsetzung im Rahmen einer modellhaften Erprobung ermittelt werden. Grundsätzlich ist nach Bewertung der Ergebnisse der Machbarkeitsstudie eine modellhafte Erprobung unter den oben genannten Voraussetzungen möglich. Hierzu kann bereits auf eine umfangreiche Expertise in diesem Feld in allen Bundesländern zurückgegriffen werden.

Die konzeptionellen Eckpunkte – als ein wichtiges Ergebnis der Machbarkeitsstudie – legen den Rahmen und die konzeptionelle Verortung der Gesundheitsuntersuchung fest. Darin wird zum einen die Reichweite und die Einbettung der Gesundheitsuntersuchung in den Kontext Grundschule wie auch in die Präventionsstrategien im Kindes- und Jugendalter deutlich. Der Konzeption der Gesundheitsuntersuchung folgend, leistet sie ihren spezifischen Beitrag zur Gesundheit von Kindern im Grundschulalter, in dem sie auf die Identifikation von Gesundheitsrisiken für die schulische Entwicklung fokussiert und auf konkrete Maßnahmen zur Unterstützung der Schüler/-innen, der Eltern, der Lehrer/-innen und der Schule zielt. Sie stellt damit ein zusätzliches Angebot zu bereits bestehenden Angeboten im schulischen Kontext (insbesondere der zeitlich früher stattfindenden Schuleingangsuntersuchung) und zu den Früherkennungsmaßnahmen (U-Untersuchungen) dar. Dem Ansatz nach ist sie partizipativ, integrativ und vernetzend ausgerichtet.

Für die Umsetzung der Gesundheitsuntersuchung in einer Modellphase konnten zentrale Bedingungen im Rahmen der Machbarkeitsstudie identifiziert werden. Eine wesentliche Voraussetzung ist, dass seitens der jeweils zuständigen Kultus- und Gesundheitsministerien über ein inhaltliches Interesse hinaus auch eine aktive Unterstützung der Gesundheitsuntersuchung geleistet wird. Zudem sollte die modellhafte Erprobung in einer zusammenhängenden Region mit interessierten Schulen erfolgen, um unter realen Vor-Ort-Bedingungen die Umsetzung zu prüfen. Zugleich wurde im Rahmen der Machbarkeitsstudie deutlich, dass mit den vorhandenen Ressourcen, zwar eine Gesundheitsuntersuchung mehrheitlich gewünscht ist, aber nicht zu bewältigen wäre. Entsprechend wäre für die modellhafte Erprobung eine Finanzierung sicherzustellen, die der/n interessierten Modellregion/en eine Durchführung der Gesundheitsuntersuchung entsprechend der konzeptionellen Eckpunkte ermöglicht. Aufgrund der umfangreichen Erfahrungen und der spezifischen Ausrichtung der Gesundheitsuntersuchung sollte dem öffentlichen Gesundheitsdienst eine federführende Rolle bei der Umsetzung der Gesundheitsuntersuchung zukommen. Dies schließt nicht aus, dass aufgrund regionaler Besonderheiten in einzelnen Bundesländer bzw. Kommunen Kooperationsmodelle, insbesondere die Untersuchung betreffend, mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens passend für die Vor-Ort-Situation in Betracht kommen.

Wie in der Machbarkeitsstudie herausgearbeitet wurde, muss die modellhafte Erprobung, den Besonderheiten auf Ebene des Bundeslandes bzw. der jeweiligen Region/Kommune Rechnung tragen. Die Status quo Analyse wies wie auch die Expertengespräche auf für die modellhafte Erprobung bedeutsame Unterschiede in den gegebenen Strukturen und Rahmenbedingungen in den einzelnen Bundesländern hin. Obgleich mit den Ergebnissen der Machbarkeitsstudie verbindliche Eckpunkte gesetzt sind, können Anpassungen an die Besonderheiten einzelnen Regionen – immer im Austauschprozess mit den Akteuren – erforderlich sein. Entsprechend sind in einem ersten Schritt der modellhaften Erprobung, die im Rahmen der Machbarkeitsstudie entwickelten konzeptionellen Eckpunkte und Ergebnisse mit den bestehenden Voraussetzungen der jeweiligen Modellregion abzugleichen. Nur auf dieser Basis können realistische Durchführungsvoraussetzungen (Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte/-innen, Detaillierung des Untersuchungskonzeptes und Fragen der Datenverarbeitung und -nutzung) entwickelt werden. Als Konsequenz kann zu diesem Zeitpunkt noch kein abschließendes Konzept für die Gesundheitsuntersuchung in Grundschulen im Rahmen der Machbarkeits-



studie dargestellt werden, welches in dieser Form in allen Bundesländern umsetzbar wäre. Zudem bestehen in fünf Bundesländern bereits Untersuchungen in Grundschulen – auch diese werden regional unterschiedlich durchgeführt, was bei der modellhaften Erprobung einbezogen werden müsste.

Ein einheitliches und verbindliches Konzept der Gesundheitsuntersuchung – wie in der Machbarkeitsstudie herausgearbeitet – sollte in einem regionalen Kontext modellhaft erprobt werden. Dies schließt explizit ein, das Angebot der Gesundheitsuntersuchung auch in den Gesamtkontext mit anderen Angeboten zur Gesundheit in Schule und Kommune einzubetten und relevante Akteure zu vernetzen. Folglich sind konkrete Voraussetzungen für die Modellregionen 1. die Bereitschaft der Schulen, an einer solchen modellhaften Erprobung teilzunehmen und 2. die Bereitschaft, sich ggf. mit einer weiteren Modellregion über das Untersuchungskonzept und die Durchführung der Gesundheitsuntersuchung abzustimmen und einheitlich umzusetzen. Zudem sollte eine wissenschaftliche Prozess- und Ergebnisevaluation der modellhaften Erprobung durchgeführt werden.

## 7. Literaturverzeichnis

- BAILEY-DAVIS, L., HORST, M., HILLEMIEIER, M. M. & LAUTER, A. 2012. Obesity disparities among elementary-aged children: data from school-based BMI surveillance. *Pediatrics*, 130, 1102-1109.
- BALTUSSEN, R., NAUS, J. & LIMBURG, H. 2009. Cost-effectiveness of screening and correcting refractive errors in school children in Africa, Asia, America and Europe. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 89, 201-215.
- BMG - BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. 2009. *Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern im Alter von 6 bis 10 Jahren. Wissenschaftliche Expertise der Charité und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin*. Berlin. Online verfügbar unter: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Sonstiges/Studie\\_Expertise\\_zum\\_Thema\\_Fruherkennungsuntersuchungen\\_bei\\_Kindern\\_im\\_Alter\\_von\\_6\\_bis\\_10\\_Jahren.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Sonstiges/Studie_Expertise_zum_Thema_Fruherkennungsuntersuchungen_bei_Kindern_im_Alter_von_6_bis_10_Jahren.pdf) [besucht am 10.12. 2013].
- BMG - BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. 2012a. *Endgültige Rechnungsergebnisse 2011*. Online verfügbar unter: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/Rechnungsergebnisse\\_KJ1\\_2011.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/Rechnungsergebnisse_KJ1_2011.pdf) [besucht am 30.01. 2013].
- BMG - BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. 2012b. *Präventionsstrategie*. Online verfügbar unter: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/praeventonsstrategie/Praeventionsstrategie\\_Endfassung\\_121213.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/praeventonsstrategie/Praeventionsstrategie_Endfassung_121213.pdf) [besucht am 20.01. 2013].
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. 2013. Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Stand: 11.03.13. Online verfügbar unter: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/Laufende\\_Verfahren/P/Praeventionsfoerderungsgesetz/Gesetzentwurf\\_PfG\\_Kabinett\\_\\_130320.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Laufende_Verfahren/P/Praeventionsfoerderungsgesetz/Gesetzentwurf_PfG_Kabinett__130320.pdf) [besucht am 30.04.2013].
- BMJ - BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ. 2013. *§ 21 SGB V Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)*. Online verfügbar unter: [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_\\_\\_21.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___21.html) [besucht am 30.01. 2013].
- BÖHME, C. & REIMANN, B. 2011. *Schuleingangsuntersuchungen in den Ländern. Recherche des Status quo (2001-2011). Endbericht*, Berlin.
- BRAVORS - BRANDENBURGISCHES VORSCHRIFTENSYSTEM. 2012. *Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz - BbgGDG) vom 23. April 2008 (GVBl.I/08, [Nr. 05], S.95), geändert durch Artikel 8 des Gesetzes Vom 15. Juli 2010 (GVBl.I/10, [Nr. 28])*. Online verfügbar unter: [http://www.bravors.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=land\\_bb\\_bravors\\_01.c.46658.de](http://www.bravors.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=land_bb_bravors_01.c.46658.de) [besucht am 11.12. 2012].
- BRAVORS - BRANDENBURGISCHES VORSCHRIFTENSYSTEM. 2013a. *Verordnung über die Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes der Gesundheitsämter nach § 6 Absatz 2 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes (Kinder- und Jugendgesundheitsdienst-Verordnung*

– KJGDV) Vom 18. August 2009 (GVBl.II/09, [Nr. 27], S.541), geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 15. Juli 2010 (GVBl.I/10, [Nr. 28]). Online verfügbar unter:  
[http://www.bravors.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=land\\_bb\\_bravors\\_01.c.48441.de](http://www.bravors.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=land_bb_bravors_01.c.48441.de)  
 [besucht am 15.01. 2013].

BRAVORS - BRANDENBURGISCHES VORSCHRIFTENSYSTEM. 2013b. *Verwaltungsvorschriften über die Organisation der Schulen in inneren und äußeren Schulangelegenheiten (VV-Schulbetrieb - VV-SchulB) Vom 29. Juni 2010*. Online verfügbar unter:  
[http://www.bravors.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=land\\_bb\\_bravors\\_01.c.52367.de](http://www.bravors.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=land_bb_bravors_01.c.52367.de)  
 [besucht am 26.01. 2013].

BVKJ - BERUFSVERBAND DER KINDER- UND JUGENDÄRZTE. 2012. *Übersicht Kostenübernahme U10, U11, J2 und Rotavirus-Impfung. Stand 6. November 2012*. Online verfügbar unter:  
<http://www.kinderaerzte-im-netz.de/bvkj/kinpopup/show.php3?id=21&nodeid=1> [besucht am 11.12. 2012].

BVKJ - BERUFSVERBAND DER KINDER- UND JUGENDÄRZTE. 2013. *Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche*. Online verfügbar unter: <http://www.kinderaerzte-im-netz.de/bvkj/show.php3?id=157> [besucht am 01.01. 2013].

BZGA - BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG. 2006. *Bundes- und europaweite Recherche von Praxisbeispielen zur Erhöhung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder Teil II: Europaweite Recherche*.

BZGA - BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG. 2012a. Aufforderung zum Angebot (Brief 30. Oktober 2012).

BZGA - BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG. 2012b. Systematische Vorabrecherche, insbesondere in den östlichen Bundesländern zu Gesundheitsuntersuchungen in Schulen. Köln.

CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. 2009. Assessment of body mass index screening of elementary school children - Florida, 2007-2008. *MMWR.Morbidity and mortality weekly report*, 58, 460-463.

CITIZENS INFORMATION. 2010. *School health services in Ireland*. Online verfügbar unter:  
[http://www.citizensinformation.ie/en/health/children\\_s\\_health/school\\_health\\_services.html](http://www.citizensinformation.ie/en/health/children_s_health/school_health_services.html)  
 [besucht am 15.01. 2013].

CLAUSSON, E. K. 2008. *School Health Nursing. Perceiving, recording and improving schoolchildren's health*. Online verfügbar unter:  
[http://www.nhv.se/upload/Biblioteket/Eva\\_Clausson\\_avhandlingar\\_för\\_hemsidan\\_kapann\\_090611.pdf](http://www.nhv.se/upload/Biblioteket/Eva_Clausson_avhandlingar_för_hemsidan_kapann_090611.pdf) [besucht am 18.01. 2013].

COCHRANE LIBRARY (OVIDSP). 2013. Online verfügbar unter: [ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.8.1a/ovidweb.cgi?QS2=434f4e1a73d37e8c8b3eab7e2fc8fd7c82b64f53d0cfaafa919891f28d6f3cf714a1cc4b4707560d1f3ac4d0b2ddd3095924436d69100bf83bf3c40d112d4ef062a365682a648d7141322f906fb7d77a8b9153f64923f3b11ad38da8d88a40b29aff3cae2241413e93e351d38415910610699fd4d44b8edf15a65f904ae0bd89f5d17998f7bda72ca80c2580b0b6015165795ce6e29f2ec4](http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.8.1a/ovidweb.cgi?QS2=434f4e1a73d37e8c8b3eab7e2fc8fd7c82b64f53d0cfaafa919891f28d6f3cf714a1cc4b4707560d1f3ac4d0b2ddd3095924436d69100bf83bf3c40d112d4ef062a365682a648d7141322f906fb7d77a8b9153f64923f3b11ad38da8d88a40b29aff3cae2241413e93e351d38415910610699fd4d44b8edf15a65f904ae0bd89f5d17998f7bda72ca80c2580b0b6015165795ce6e29f2ec4)

980abec50319568dafca1ae7d773458add3250f5b2ec6398fb67ccf64a5b89ab532bcc77f2313bf6b30e1526d26f56a4985494afd5c4e4156487c640d748db23684fc40b1863622444c815a3ce35fe688a2b0d85629ef1633c5e1beffd0987741754eb8400dd54fe41e4955bed82ad4c00d9db50643f02d040fa9710d8c07ff50c73cfca5e9f5b4721258cf9e0e0e54 [besucht am 29.04. 2013].

- DAJ - DEUTSCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR JUGENDZAHNPFLERGE E.V. 2009. Erläuterungen für die Dokumentation gruppenprophylaktischer Maßnahmen nach § 21 SGB V auf der Basis der aktuellen Dokumentationsbogen A1 – A3. Online verfügbar unter: [http://www.daj.de/fileadmin/user\\_upload/dok\\_2008\\_2009.pdf](http://www.daj.de/fileadmin/user_upload/dok_2008_2009.pdf) [besucht am 30.01. 2013].
- DAJ - DEUTSCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR JUGENDZAHNPFLERGE E.V. 2011. Grundsätze für Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit im Rahmen der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V. Online verfügbar unter: <http://www.daj.de/Grundsätze.49.0.html> [besucht am 30.01. 2013].
- DASEKING, M., OLDENHAGE, M., PETERMANN, F. & WALDMANN, H. C. 2009. Social pediatric screening of developmental status for school entry (SOPESS): validity in the domain of speech and language. *Das Gesundheitswesen* 71, 663-668.
- DASEKING, M., PETERMANN, F. & SIMON, K. 2011. Zusammenhang zwischen SOPESS-Ergebnissen und ärztlicher Befundbewertung. *Gesundheitswesen*, 73, 660-667.
- DE MAN ET AL. 1991. Blood pressure in childhood. *J. Hypertens* 9, 109-114.
- DEUTSCHER BUNDESTAG. 2013. Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention. Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU und FDP. 17. Wahlperiode. Electionische Vorab-Fassung. Drucksache 17/13080. Stand: 16.04.13. Online verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/130/1713080.pdf> [besucht am 30.04.2013].
- DIBBLE, N. 2011. Evidence-Based Screening Tools. Available to Pupil Services Professionals. *School Social Work Practice Guide*. Online verfügbar unter: [http://www.wisconsinpbisnetwork.org/assets/files/2011%20Session%20Material/Evidence-based\\_screening\\_tools.pdf](http://www.wisconsinpbisnetwork.org/assets/files/2011%20Session%20Material/Evidence-based_screening_tools.pdf) [besucht am 06.07.2011].
- EUROPEAN COMMISSION. 2013. Online verfügbar unter: [http://ec.europa.eu/health-eu/my\\_health/babies\\_and\\_children/](http://ec.europa.eu/health-eu/my_health/babies_and_children/) [besucht am 29.04. 2013].
- FAYTER, D., NIXON, J., HARTLEY, S., RITHALIA, A., BUTLER, G., RUDOLF, M., GLASZIOU, P., BLAND, M., STIRK, L. & WESTWOOD, M. 2008. Effectiveness and cost-effectiveness of height-screening programmes during the primary school years: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 93, 278-284.
- FREISTAAT SACHSEN. 2013. *Verfahren & Dienstleistungen*. Online verfügbar unter: [http://amt24.sachsen.de/ZFinder/verfahren.do;jsessionid=1576464D42225DBF69363AAC5775593B.zufi2\\_2?action=showdetail&modul=VB&id=297090!0](http://amt24.sachsen.de/ZFinder/verfahren.do;jsessionid=1576464D42225DBF69363AAC5775593B.zufi2_2?action=showdetail&modul=VB&id=297090!0) [besucht am 26.01. 2013].
- FREISTAAT THÜRINGEN. 2012. *Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten Vom 8. August 1990 (GBl. I Nr. 53 S.*

1068) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Oktober 1998 gültig ab: 02.10.1998. Online verfügbar unter:

[http://landesrecht.thueringen.de/jportal/portal/page/bsthueprod.psml?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js\\_peid=Trefferliste&fromdoctodoc=yes&doc.id=jlr-GesDVTH1998rahmen&doc.part=X&doc.price=0.0](http://landesrecht.thueringen.de/jportal/portal/page/bsthueprod.psml?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Trefferliste&fromdoctodoc=yes&doc.id=jlr-GesDVTH1998rahmen&doc.part=X&doc.price=0.0) [besucht am 11.12. 2012].

FREISTAAT THÜRINGEN. 2013. *Thüringer Verordnung über die Schulgesundheitspflege (ThürSchulgespfIVO) Vom 26. September 2002 gültig ab: 08.11.2002*. Online verfügbar unter: [http://www.landesrecht-thueringen.de/jportal/portal/t/15ks/page/bsthueprod.psml/action/portlets.jw.MainAction?p1=6&eventSubmit\\_doNavigate=searchInSubtreeTOC&showdoccase=1&doc.hl=0&doc.id=jlr-SchulGesPflVTHpP4&doc.part=S&doc.price=0.0](http://www.landesrecht-thueringen.de/jportal/portal/t/15ks/page/bsthueprod.psml/action/portlets.jw.MainAction?p1=6&eventSubmit_doNavigate=searchInSubtreeTOC&showdoccase=1&doc.hl=0&doc.id=jlr-SchulGesPflVTHpP4&doc.part=S&doc.price=0.0) [besucht am 08.01. 2013].

G-BA - GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS. 2012. *Kinder-Richtlinien*. Online verfügbar unter: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/> [besucht am 15.12. 2012].

GERALD, J. K., GRAD, R., BAILEY, W. C. & GERALD, L. B. 2010. Cost-effectiveness of school-based asthma screening in an urban setting. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 125, 643-650. e12.

GRIMMETT, C., CROKER, H., CARNELL, S. & WARDLE, J. 2008. Telling parents their child's weight status: psychological impact of a weight-screening program. *Pediatrics*, 122, e682-8.

HENDERSHOT, C., TELLOHANN, S. K., PRICE, J. H., DAKE, J. A. & MOSCA, N. W. 2008. Elementary school nurses' perceptions and practices regarding body mass index measurement in school children. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses*, 24, 298-309.

KMK - SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ DER KULTUSMINISTER DER LÄNDER DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND. 2012. *Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012)*. Online verfügbar unter: [http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen\\_beschluesse/2012/2012\\_11\\_15-Gesundheitsempfehlung.pdf](http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlung.pdf) [besucht am 30.01. 2013].

KMK - SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ DER KULTUSMINISTER DER LÄNDER DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND. 2013. *Primarstufe*. Online verfügbar unter: <http://www.kmk.org/bildung-schule/allgemeine-bildung/primarstufe.html> [besucht am 13.02. 2013].

KNP - KOOPERATION FÜR NACHHALTIGE PRÄVENTION. 2013. *Die Projektdatenbank*. Online verfügbar unter: <http://www.knp-forschung.de/?uid=c93761d3c44bb87bc157d7c69aee1b54&id=recherche> [besucht am 13.02. 2013].

KROMEYER-HAUSCHILD, K., WABITSCH, M., KUNZE, D., GELLER, F., GEISS, H. C., HESSE, V., VON HIPPEL, A., JAEGER, U., JOHNSON, D., KORTE, W., MENNER, K., MÜLLER, G., MÜLLER, J. M., NIEMANN-PILATUS, A., REMER, T., SCHAEFER, F., WITTCHEN, H. U., ZABRABNSKY, S., ZELLNER, K., ZIEGLER, A. & HEBEBRAND, J. 2001. Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr Kinderheilkd*, 149, 807-818.

- KUO, E., STOEP, A. V., MCCAULEY, E. & KERNIC, M. A. 2009. Cost-Effectiveness of a School-Based Emotional Health Screening Program. *Journal of School Health*, 79, 277-285.
- KURTH, B. & SCHAFFRATH ROSARIO, A. 2010. Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 53, 643–652.
- KV NORDRHEIN - KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG NORDRHEIN. 2013. *Übersicht der Symbolnummern und Vergütungen der Präventionsangebote für Kinder und Jugendliche U10, U11 und J2*. Online verfügbar unter: [http://www.kvno.de/downloads/vertraege/praev\\_ki\\_ju/uebersicht\\_kinderpraev\\_nr.pdf](http://www.kvno.de/downloads/vertraege/praev_ki_ju/uebersicht_kinderpraev_nr.pdf) [besucht am 28.01. 2013].
- LAAKSONEN, C. 2012. *Health-related quality of life in school children - Validation of Instrument, Child Self Assessment, Parent-Proxy Assessment and School Nursing Documentation of Health Check-ups*. Online verfügbar unter: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/74564/Laaksonen%20DISS.pdf?sequence=1> [besucht am 15.01. 2013].
- LANDESHAUPTSTADT DRESDEN GESUNDHEITSAMT. 2010. *Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Dresden 2009*. Online verfügbar unter: [http://www.dresden.de/media/pdf/berichte/Kindergesundheitsbericht\\_Schuljahr\\_2008-2009.pdf](http://www.dresden.de/media/pdf/berichte/Kindergesundheitsbericht_Schuljahr_2008-2009.pdf) [besucht am 12.12. 2012].
- LANDESREGIERUNG MECKLENBURG-VORPOMMERN. 2012a. *Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern (Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst - ÖGDG M-V) vom 19. Juli 1994*. Online verfügbar unter: <http://www.landesrecht-mv.de/jportal/portal/page/bsmvprod.psm1?showdoccase=1&doc.id=jlr-ÖGDGMVrahmen&doc.part=X&doc.origin=bs&st=lr> [besucht am 11.12. 2012].
- LANDESREGIERUNG MECKLENBURG-VORPOMMERN. 2012b. *Schulgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern (Schulgesetz - SchulG M-V) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. September 2010*. Online verfügbar unter: <http://www.landesrecht-mv.de/jportal/portal/page/bsmvprod.psm1?showdoccase=1&doc.id=jlr-SchulGMV2010rahmen&doc.part=X&doc.origin=bs> [besucht am 10.12. 2012].
- LANDESREGIERUNG SACHSEN-ANHALT. 2002. *Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten der Bürger (DSG-LSA) in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Februar 2002 (GVBl. LSA S. 54) zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 18. November 2005 (GVBl. LSA S. 698, 701)*. Online verfügbar unter: <http://www.landtag.sachsen-anhalt.de/fileadmin/downloads/Datenschutzgesetz.pdf> [besucht am 18.12. 2012].
- LANDESREGIERUNG SACHSEN-ANHALT. 2012a. *Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Berufsausübung im Gesundheitswesen im Land Sachsen-Anhalt (Gesundheitsdienstgesetz - GDG LSA) vom 21. November 1997 gültig ab: 01.01.1998*. Online verfügbar unter: [http://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/jportal/portal/t/100r/page/bssahprod.psm1;jsessionid=97C52CC8B425D8BCF10719DC738E6CF3.jp54?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js\\_peid=Trefferliste&documentnumber=1](http://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/jportal/portal/t/100r/page/bssahprod.psm1;jsessionid=97C52CC8B425D8BCF10719DC738E6CF3.jp54?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Trefferliste&documentnumber=1)

&numberofresults=1&fromdoctodoc=yes&doc.id=jlr-GesDGSTpP6&doc.part=X&doc.price=0.0  
focuspoint [besucht am 11.12. 2012].

- LANDESREGIERUNG SACHSEN-ANHALT. 2012b. *Schulgesetz des Landes Sachsen-Anhalt (SchulG LSA)*.  
Online verfügbar unter: [http://www.mk-intern.bildung-lsa.de/Bildung/ge-schulgesetz\\_2009.pdf](http://www.mk-intern.bildung-lsa.de/Bildung/ge-schulgesetz_2009.pdf)  
[besucht am 11.12. 2012].
- LAW LIBRARY OF CONGRESS. 2012. *Children's Rights: France*. Online verfügbar unter:  
<http://www.loc.gov/law/help/child-rights/france.php> Child Health and Social Welfare [besucht  
am 15.01. 2013].
- LEVINE, R. S., CONNOR, A. M., FELTBOWER, R. G., ROBINSON, M. & RUDOLF, M. C. 2009. Weighing and  
measuring primary school children: evaluation of the TRENDS model for implementation of  
Department of Health guidelines. *Child: care, health and development*, 35, 365-368.
- LIGA.NRW - LANDESINSTITUT FÜR GESUNDHEIT UND ARBEIT DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN  
(HRSG.). 2009. *Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen -  
SOPESS*.
- LINCHEY, J. & MADSEN, K. A. 2011. State requirements and recommendations for school-based screenings  
for body mass index or body composition, 2010. *Preventing chronic disease*, 8, A101.
- LUGV BRANDENBURG - LANDESAMT FÜR UMWELT, GESUNDHEIT UND VERBRAUCHERSCHUTZ  
BRANDENBURG. 2010. *Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land  
Brandenburg Leitlinien zur einheitlichen Durchführung und Dokumentation der kinder- und  
jugendärztlichen Untersuchungen*. Online verfügbar unter:  
[http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/media\\_fast/5510/Handbuch\\_Aug\\_2010\\_endv  
.pdf](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/media_fast/5510/Handbuch_Aug_2010_endv.pdf) [besucht am 25.01. 2013].
- MADSEN, K. A. 2011. School-based body mass index screening and parent notification: a statewide natural  
experiment. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165, 987-992.
- MADSEN, K. A. & LINCHEY, J. 2012. School-based BMI and body composition screening and parent  
notification in California: methods and messages. *J Sch Health*, 82, 294-300.
- MBJS - MINISTERIUM FÜR BILDUNG, JUGEND UND SPORT BRANDENBURG. 2012. *Gesetz über die Schulen  
im Land Brandenburg (Brandenburgisches Schulgesetz - BbgSchulG) in der Fassung der  
Bekanntmachung vom 2. August 2002 zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes Vom 8. Januar  
2007 (GVBl. I S. 2)*. Online verfügbar unter:  
[http://www.mbjs.brandenburg.de/sixcms/media.php/5527/broschuere\\_schulgesetz\\_2007.pdf](http://www.mbjs.brandenburg.de/sixcms/media.php/5527/broschuere_schulgesetz_2007.pdf)  
[besucht am 10.12. 2012].
- MINISTRY OF HEALTH AND PREVENTION. 2008. *Healthcare in Denmark*. Online verfügbar unter:  
[http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer/UK\\_Healthcare\\_in\\_DK.aspx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer/UK_Healthcare_in_DK.aspx) [besucht am  
03.04. 2013].
- MINISTRY OF HEALTH, THE ELDERLY AND COMMUNITY CARE MALTA. 2013. *The Primary Child & Youth  
Health & Immunisation Unit*. Online verfügbar unter:

[https://ehealth.gov.mt/HealthPortal/health\\_institutions/primary\\_healthcare/the\\_primary\\_child\\_health\\_and\\_immunisation\\_unit/introduction.aspx](https://ehealth.gov.mt/HealthPortal/health_institutions/primary_healthcare/the_primary_child_health_and_immunisation_unit/introduction.aspx) [besucht am 18.01. 2013].

- MS S-A - MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES DES LANDES SACHSEN-ANHALT. 2011. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt. Ergebnisse der ärztlichen und zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in den Schuljahren 2007/2008 und 2008/2009. Halberstadt.
- NHS - NATIONAL HEALTH SERVICE. 2013. *School nursing*. Online verfügbar unter: <http://www.bp.nhs.uk/localservices/school-nursing.htm> [besucht am 19.01. 2013].
- OLDENHAGE, M., DASEKING, M. & PETERMANN, F. 2009. Erhebung des Entwicklungsstandes im Rahmen der ärztlichen Schuleingangsuntersuchung [Assessment of developmental status considering current requirements of the health examination for school entry]. *Das Gesundheitswesen*, 71, 638-647.
- POMMIER, J., JOURDAN, D., BERGER, D., VANDOORNE, C., PIORECKA, B. & DE CARVALHO, G. S. 2010. School health promotion: organization of services and roles of health professionals in seven European countries. *Eur J Public Health*, 20, 182-8.
- PUBMED. 2013. *Home*. US National Library of Medicine National Institutes of Health. Online verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> [besucht am 29.04. 2013].
- REVOSAX - RECHT UND VORSCHRIFTENVERWALTUNG SACHSEN. 2012. *Schulgesetz für den Freistaat Sachsen (SchulG) i. d. F. d. Bek. Vom 16.07.2004 SächsGVBl. Jg. 2004 Bl.-Nr. 15 S. 298 Fsn-Nr.: 710-1 Fassung gültig ab: 05.06.2010*. Online verfügbar unter: <http://www.revosax.sachsen.de/Details.do?sid=9923413891448> [besucht am 10.12. 2012].
- REVOSAX - RECHT UND VORSCHRIFTENVERWALTUNG SACHSEN. 2013a. *Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen (SächsGDG) vom 11. Dezember 1991 Rechtsbereinigt mit Stand vom 1. März 2012*. Online verfügbar unter: <http://www.revosax.sachsen.de/Details.do?sid=8413415080348> [besucht am 22.01. 2013].
- REVOSAX - RECHT UND VORSCHRIFTENVERWALTUNG SACHSEN. 2013b. Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Kultus über die Schulgesundheitspflege (Schulgesundheitspflegeverordnung – SchulGesPfIVO) SächsGVBl. Jg. 2005 Bl.-Nr. 1 S.15 Fsn-Nr.: 710-1.12/2 Fassung gültig ab: 01.08.2004.
- RKI – ROBERT KOCH-INSTITUT (HRSG.). 2008. *Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)*.
- RKI – ROBERT KOCH-INSTITUT (HRSG.). 2010. *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*.
- SABIRIN, J., BAKRI, R., BUANG, S. N., ABDULLAH, A. T. & SHAPIE, A. 2010. School scoliosis screening programme-a systematic review. *The Medical journal of Malaysia*, 65, 261-267.



- SKARŻYŃSKI, H. & PIOTROWSKA, A. 2012a. Prevention of communication disorders--screening pre-school and school-age children for problems with hearing, vision and speech: European Consensus Statement. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 18, SR17-21.
- SKARŻYŃSKI, H. & PIOTROWSKA, A. 2012b. Screening for pre-school and school-age hearing problems: European Consensus Statement. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 76, 120-121.
- SM M-V - SOZIALMINISTERIUM MECKLENBURG-VORPOMMERN. 2013. *Verordnung über Kinder- und jugendärztliche sowie -zahnärztliche Untersuchungen (Schulgesundheitspflege- Verordnung – SchulGesPfIVO M-V) vom 10. Juli 1996 GS Meckl.-Vorp. Gl. Nr. 212-4-4*. Online verfügbar unter: [http://www.greifswald.de/fileadmin/eigene-dateien/d8c11f7de4/Projekt\\_Gesunde\\_Zaehne/Verordnung\\_zahnaerztliche\\_Untersuchungen.pdf](http://www.greifswald.de/fileadmin/eigene-dateien/d8c11f7de4/Projekt_Gesunde_Zaehne/Verordnung_zahnaerztliche_Untersuchungen.pdf) [besucht am 08.01. 2013].
- SOTO, C. & WHITE, J. H. 2010. School Health Initiatives and Childhood Obesity: BMI screening and reporting. *Policy, politics & nursing practice*, 11, 108-114.
- STADT LEIPZIG GESUNDHEITSAMT. 2011. *Daten und Fakten zur Kindergesundheit in der Stadt Leipzig 2011*. Online verfügbar unter: [http://www.leipzig.de/imperia/md/content/53\\_gesundheitsamt/kindergesundheitsbericht\\_2011.pdf](http://www.leipzig.de/imperia/md/content/53_gesundheitsamt/kindergesundheitsbericht_2011.pdf) [besucht am 12.12. 2011].
- STUBBS, J. M. & ACHAT, H. M. 2009. Individual rights over public good? The future of anthropometric monitoring of school children in the fight against obesity. *The Medical journal of Australia*, 190, 140-142.
- TMBWK - THÜRINGER MINISTERIUM FÜR BILDUNG, WISSENSCHAFT UND KULTUR. 2012. *Thüringer Schulgesetz (ThürSchulG) vom 6. August 1993 (GVBl. S. 445) in der Fassung der Bekanntmachung Vom 30. April 2003 (GVBl. S. 238), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 2010 (GVBl. S. 530)*. Online verfügbar unter: <http://www.thueringen.de/de/publikationen/pic/pubdownload1230.pdf> [besucht am 11.12. 2012].
- UGRAS, A. A., YILMAZ, M., SUNGUR, I., KAYA, I., KOYUNCU, Y. & CETINUS, M. E. 2010. Prevalence of scoliosis and cost-effectiveness of screening in schools in Turkey. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*, 23, 45-48.
- WEIN, L. M., YANG, Y. & GOLDHABER-FIEBERT, J. D. 2012. Assessing screening policies for childhood obesity. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 20, 1437-1443.

## 8. Anhang

A. Fragenkatalog nach Hauptthemenbereichen .....	II
B. Methodische Vorgehensweise bei der systematischen Recherche zu Untersuchungen in Grundschulen .....	V
C. Suchbegriffe für die systematische Literaturrecherche zu Screeningprogrammen in Europa und Screeningverfahren .....	VI
D. Schwerpunkte der Untersuchung (Untersuchungskatalog) .....	VIII

## A. Fragenkatalog nach Hauptthemenbereichen

### I. Durchführbarkeit der Gesundheitsuntersuchung(en) in der 2. und 3. Jahrgangsstufe in Schulen

- Welche Untersuchungen lassen sich in Grundschulen durchführen? Durch wen ist die Gesundheitsuntersuchung in Schulen realisierbar? Welche Untersuchungen sollten einer kinder-/hausärztlichen Untersuchung vorbehalten bleiben? Für wie relevant werden diese Untersuchungen für die Altersgruppe angesehen (was ist ggf. verzichtbar)? Welche schulspezifischen Untersuchungen können diese sinnvollerweise ergänzen?
- Welche Schuluntersuchungen werden bereits ab der 2. Jahrgangsstufe in einzelnen Bundesländern durchgeführt? Welche Untersuchungsmethoden werden von den Ländern verwendet? Sind diese standardisiert und von hoher Testgüte? Wer führt die Untersuchungen durch?
- Sind die Untersuchungen freiwillig oder verpflichtend? Welche Konsequenzen zeigen sich bezüglich der Teilnahmeraten? (Darstellung des derzeitigen Status quo).
- Analyse und Bewertung von Untersuchungen in den Bundesländern, die im Laufe der Grundschulzeit durchgeführt werden:
  - a) Art und Umfang der Untersuchung
  - b) Ort der Untersuchung (Schule, Gesundheitsamt, Arztpraxis)
  - c) Werden die Eltern eingezogen? Wenn ja, wie? Schriftlich, im Gespräch oder sind sie bei der Untersuchung anwesend und werden sie ebenfalls befragt?
  - d) Werden die erhobenen Daten gesammelt? Wenn ja, werden sie anonymisiert oder kindbezogen gespeichert?
  - e) Erfolgt eine Rückmeldung an die jeweiligen Schulen? Wenn ja, ergreifen die Schulen vor diesem Hintergrund ggf. Maßnahmen? Und wenn ja, welche?
  - f) Erfolgt u. U. eine Aufforderung an die Eltern, das Kind einen niedergelassenen Arzt vorzustellen? Wie wirkungsvoll sind diese Aufforderungen?
  - g) Gibt es Verfahren oder Ansätze, um die Erreichbarkeit zu erhöhen – insbesondere um Kinder zu erreichen, die an einer Untersuchung nicht teilnehmen konnten (z. B. "Erinnerungswesen")?

## II. Inhalte der Gesundheitsuntersuchung(en) in Schulen

- Welche Erkrankungen/Entwicklungsstörungen sollten im Fokus stehen, die für diese Altersgruppe relevant sind, die verlässlich diagnostizierbar und therapierbar sind, die nicht bereits Gegenstand früherer Untersuchungen waren bzw. sinnvollerweise zu wiederholen sind und für die standardisierte Untersuchungsinstrumente mit hoher Aussagekraft vorliegen?
- Welche Untersuchungen, die im Rahmen von U-Untersuchungen durchgeführt werden (Vergleich U9 und U10), sind auf Schulen übertragbar?
- Kann es einen einheitlich anzuwendenden Untersuchungskatalog für beide Jahrgangsstufen geben und sind Differenzierungen zwischen der 2. und 3. Jahrgangsstufe erforderlich?
- Wie lässt sich die Impfprophylaxe in eine Schuluntersuchung integrieren?

## III. Akzeptanz der Gesundheitsuntersuchung(en) in Schulen

- Gibt es eine Akzeptanz bei Kultusministerien, Gesundheits-/Sozialministerien, bei Kommunen, Schulen, Eltern und bei niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten (Pädiater/-innen, Hausärztinnen und -ärzte, ggf. ausgewählte Fachärztinnen und -ärzte, Ärztinnen/Ärzten des ÖGD)? Von welchen Voraussetzungen ist diese Akzeptanz abhängig?

## IV. Finanzierung der Gesundheitsuntersuchung(en) in Schulen

- Welche Finanzierungsmodelle bspw. durch den öffentlichen Gesundheitsdienst oder eine Kassenbeteiligung (GKV/PKV) zur Durchführung der Gesundheitsuntersuchungen sind prinzipiell bzw. zukünftig möglich?

## V. Perspektiven für die Übermittlung medizinischer Befunde der Gesundheitsuntersuchung(en) in Schulen

- Wie können die Befunde der Untersuchung – klassenspezifisch, schulspezifisch, schulübergreifend – ausgewertet werden? Welche Möglichkeiten und Grenzen (Datenschutz) gibt es?
- Welche Daten können an wen übermittelt werden ( z. B. Eltern, Versorgungssystem, ÖGD)?
- Wie können die Befunde übermittelt werden (Datenschutz!)? Insbesondere im Hinblick auf vorhergehende Krankengeschichten?

- Welche Befunde können – in welcher Form und durch wen – an die Schulen zurück gemeldet werden?
- Durch welches Verfahren kann eine Nachverfolgbarkeit sichergestellt (jetziger Status quo) bzw. kann eine Nachverfolgbarkeit sichergestellt werden? (Prüfung, ob eine Überweisung an die Kinder- bzw. Hausarztpraxis wahrgenommen wird; wenn ja, in welchem Zeitraum; wenn nein, warum nicht?)

#### VI. Konsequenzen für Prävention und Gesundheitsförderung (u. a. als Orientierungshilfe für die Konzeptarbeit der modellhaften Erprobung)

- Sollen die Gesundheitsuntersuchungen in Grundschulen im Modellvorhaben primärpräventive Beratungselemente beinhalten? Welche Inhalte sind sinnvoll/notwendig/standardisiert/qualitätsgesichert? Auf welche lokalen nicht-medizinischen Unterstützungs- oder Beratungsangebote sowie Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollte vom Schularzt/von der Schulärztin verwiesen werden?
- Wie können lokale Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung in eine nachhaltige Präventionsstrategie eingebunden werden? Was können Schulen dazu beitragen?
- Welche Auswirkungen der Einführung einer solchen Gesundheitsuntersuchung in der Grundschule werden auf die Teilnahme an der von der Mehrzahl der Krankenkassen angebotenen U10 erwartet und welche Auswirkungen sind empirisch gesichert prognostizierbar?

## B. Methodische Vorgehensweise bei der systematischen Recherche zu Untersuchungen in Grundschulen

- 1) Internetrecherche im Zeitraum von Dezember 2012 bis Januar 2013 mit folgenden Suchbegriffen: "Schuleingangsuntersuchung", "gesetzliche Grundlage", "Untersuchung", "Schule", "Schulgesetz" in Kombination mit den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen.
- 2) Suche auf den Webseiten der entsprechenden Landesministerien und Bundesministerien sowie den Landesgesundheitsämtern mit den Suchbegriffen "Einschulungsuntersuchung", "Schuluntersuchung" und "Untersuchung".
- 3) Suche nach Gesundheitsberichten mit Schwerpunkt im Bereich der Kindergesundheit in den einzelnen Bundesländern mit den Suchbegriffen: "Gesundheitsberichterstattung", "Gesundheit", "Bericht", "Kindergesundheit", "Jugendgesundheit", "Kinderbericht", "Jugendbericht" in Kombination mit den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen durchgeführt. Gezielt wurde in den Bundesländern, die derzeit Untersuchungen in Grundschulen durchführen, zusätzlich zu den o. g. Suchbegriffen, die Begriffe "Untersuchung", "2. Klasse", "3. Klasse", "4. Klasse", "2. Jahrgangsstufe", "3. Jahrgangsstufe", "4. Jahrgangsstufe", "Brandenburg", "Thüringen", "Mecklenburg-Vorpommern", "Sachsen" und "Sachsen-Anhalt" genutzt.

## C. Suchbegriffe für die systematische Literaturrecherche zu Screeningprogrammen in Europa und Screeningverfahren

### Suchbegriffe für die Europa-Recherche

Folgende Suchbegriffe wurden für die Recherche genutzt: "child health check", "mass screening school-children", "serial examination school-children", "school health service", "public health service school-children", "medical examination school-children", "school entry examination school-children", "national screening program children", "health screening school-children", "health assessment school-children", "prevention", "dental health school-children" und "oral health school-children". Um die Suche auf die Zielgruppe der 6- bis 10-jährigen Schulkinder einzuschränken, wurde zusätzlich zu den oben angegebenen Suchbegriffen, der Suchbegriff "primary school" ggf. zusätzlich in Kombination zu den Ländernamen recherchiert.

### Suchbegriffe für die Recherche mit wissenschaftlichen Datenbanken

#### Suchbegriffe der Recherche mit der Datenbank PubMed

1. ("school screening"[All Fields] OR "screening instrument\*" [All Fields] OR "evidence-based tool\*" [All Fields] OR "screening tool\*" [All Fields] OR "school nurse\*" [All Fields] OR "school health service\*" [All Fields] OR "early diagnosis" [All Fields] OR "mass screening" [All Fields] OR (predictive [All Fields] AND value [All Fields] AND ("research design" [MeSH Terms] OR ("research" [All Fields] AND "design" [All Fields]) OR "research design" [All Fields] OR "test" [All Fields]) OR "state medicine" [All Fields] OR "school-based screening" [All Fields] OR "state-wide surveillance" [All Fields] OR (("federal government" [MeSH Terms] OR ("federal" [All Fields] AND "government" [All Fields])) OR "federal government" [All Fields] OR "national" [All Fields]) AND ("Childhood" [Journal] OR "childhood" [All Fields]) AND programme [All Fields]) OR "guidelines" [All Fields] OR "preventive examination" [All Fields] OR "routine screening" [All Fields] AND "Schools" [Mesh][TIAB] Or school\* [TIAB] (N=996, 11. März 2013)
2. "School Health Services" [Mesh] OR "School Dentistry" [Mesh] OR "School Nursing" [Mesh] OR "Mass Screening" [Mesh] OR "Early Diagnosis" [Mesh] OR "Guidelines as Topic" [Mesh] OR "Public Health Surveillance" [Mesh] OR "Population Surveillance" [Mesh]) AND "Schools" [Mesh][TIAB] Or school\* [TIAB] (N=445, 11. März 2013)

**Limitierung für beide Suchen:**

- Publikationszeitraum: in den letzten 5 Jahren
- Publikationssprache: Deutsch, Englisch
- Zielgruppe: Kinder im Alter von 6 bis 12 Jahren

**Suchbegriffe der Recherche mit der Datenbank OVID EBM Reviews**

1. "children" "screening", keine Limitierung  
(N=39, Stand: 8. März 2013)
2. "mass screening" and "school"; Limitierung auf Altersgruppe: 6 bis 12 Jahre  
(N=60, Stand: 8. März 2013)



## D Schwerpunkte der Untersuchung (Untersuchungskatalog)

Untersuchungsschwerpunkte
<b>Anamnese</b>
<b>Personenstand</b>
Name, Vorname
Geburtsdatum
Geschlecht
Name, Anschrift, Telefonnummer des Personensorgeberechtigten
Name und Anschrift der Schule
<b>Sozialanamnese</b>
Alleinerziehung
bei wem lebt das Kind?
Erwerbstätigkeit der Elternteile
Migrationshintergrund
Erstsprache
Erstsprache "Nicht Deutsch", dann Anamnese zu den Deutschkenntnissen
Ergebnisse der SEU
Beratungs- und Förderbedarf bei SEU?
<b>Somatische Anamnese</b>
Gesundheitsstörungen/Vorerkrankungen in der Familie
Eigene schwerwiegende Vorerkrankungen, (z.B. angeborene Fehlbildungen, Epilepsie, Diabetes, etc.)
Allergien
Vorerkrankungen/Unfälle
Krankenhausaufenthalte/Operationen
Regelmäßige Behandlungen/Aktuelle Therapie
Medikamenteneinnahme
Bekannte Entwicklungsstörungen
Aktuelle Beschwerden
<b>Verhaltensanamnese</b>
Emotionale/Soziale Störungen

<b>Untersuchungsschwerpunkte</b>
Emotionale Kompetenz
ADS/ADHS
Umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (Rechenschwäche, Lese-/Rechtschreibschwäche, Sprachauffälligkeiten)
Verhalten
Schulleistungsprobleme
Bisherige Schullaufbahn (regelmäßiger Schulbesuch? Freude am Schulbesuch?)
<b>Freizeitanamnese</b>
Körperliche Aktivität pro Tag (in Stunden)
Medienkonsum pro Tag (TV/PC) (in Stunden)
<b>Untersuchung in der Schule</b>
Auswertung der Anamnese und Assessments
Impfstatus
Sehfehler (Sehen, Farbsehen, Strabismus)
Hörstörungen
Visuelle Wahrnehmung
Visuomotorik/Feinmotorik
Körperstatik, Fehlstellungen
Bewegungsauffälligkeiten/ Grobmotorik
Gewicht
Körpergröße
BMI
Ganzkörperuntersuchung (Stütz- und Bewegungsapparat, Herz- Kreislauf)