

## 1 Vorbemerkungen

Kennzeichnend für die Entwicklung der Gesundheitslage von Kindern und Jugendlichen im zurückliegenden Jahrhundert ist ein historisch beispielloser Rückgang der Säuglings-, Kinder- und Müttersterblichkeit. In den westlichen Industrienationen ist die Vermeidung des Todes heute als gesundheitspolitisches Anliegen eher in den Hintergrund getreten. So wurde auch der WHO-Slogan „add years to life“ in „add life to years“ umgeprägt. Auch der WHO-Gesundheitsbegriff trägt diesen neuen Entwicklungen Rechnung, indem er nicht mehr in erster Linie auf die weitere Steigerung der Lebenserwartung setzt, sondern das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden als die gesundheitspolitische Zukunftsaufgabe herausstellt.

Für die Beschreibung der Sterblichkeit war die amtliche Statistik eine geeignete Quelle. Durch die Schwerpunktverschiebung ergibt sich jedoch ein völlig neuer Bedarf an Daten und Erkenntnissen zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen. Die existierenden amtlichen Statistiken, Prozessdaten der gesundheitlichen Versorgung und der Vorsorgeprogramme, Routineuntersuchungen von Schülern und vorliegende Daten von Einzelstudien decken die heute relevanten Themen entweder nicht ab oder lassen wegen ihrer Beschränkung auf Teilaspekte, Altersgruppen und Regionen sowie wegen inkompatibler Erhebungsmethoden keine bundesweit gültigen, über Raum und Zeit vergleichbaren Aussagen zu.

In der öffentlichen Diskussion trifft man oft genug auf Behauptungen, die Verbreitung bestimmter Gesundheitsprobleme habe neuerlich drastisch zugenommen. Da es notorisch an geeigneten Vergleichsdaten fehlt, besteht das Risiko einer Fehlbeurteilung mit all ihren Konsequenzen für das Gesundheitswesen und die Solidargemeinschaft.

Ein wichtiges Anliegen ist es auch, *verknüpfbare* Daten aus verschiedenen Ebenen des gesundheitlichen Geschehens zu schaffen, also der körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit, der Risikofaktoren und Manifestationen, der Selbstangaben und objektiver Messwerte.

## 2 Ziele des Projekts

Nach diesen Überlegungen erscheint es sinnvoll, am Beginn des 21. Jahrhunderts die gesundheitliche Situation der nachwachsenden Generation in Deutschland zu untersuchen und verallgemeinerungsfähige, über Ort und Zeit vergleichbare Daten und Erkenntnisse zu gewinnen. Die Daten sollen

- Grundlage der Gesundheitsberichterstattung auf Bundesebene über die nachwachsende Generation sein
- sich als Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen und Prioritätensetzungen eignen
- valide Ausgangsdaten für die weitere Beobachtung der gesundheitlichen Entwicklung der Kinder- und Jugendlichengeneration schaffen und damit ein „Monitoring“ ermöglichen
- Einblick in die gesundheitliche Versorgung vermitteln und zur besseren Bedarfsplanung beitragen
- Gesundheitsrisiken identifizieren, für die die Entwicklung von Präventionskonzepten und Programmen möglich und notwendig ist
- Möglichkeiten zur Vermeidung von Krankheiten und Unfallverletzungen aufzeigen
- die Evaluation von Maßnahmen im Gesundheitswesen erleichtern sowie
- als „Public File“ der Gesundheitsforschung, der Epidemiologie und der ätiologischen Forschung zur Verfügung stehen.

### 3 Vorbereitende Arbeiten

Das Robert Koch-Institut verfügt seit vielen Jahren über Erfahrungen in der Konzeption, Durchführung und Auswertung von Surveys zur Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung. Zudem wurden hier repräsentative Erhebungen bei jungen Eltern, Schülerbefragungen sowie Geburtskohortenstudien durchgeführt. Eine bundesweit repräsentative, umfassende Untersuchung zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen gibt es in Deutschland bisher noch nicht.

1998 erhielt das Robert Koch-Institut vom Bundesministerium für Gesundheit den Auftrag, Konzept und Instrumente für einen Kinder- und Jugendsurvey zu entwickeln. Nach Konsultation zahlreicher Experten sowie der Evaluation nationaler und internationaler Datenquellen und Studien wurde ein Projektvorschlag mit Erhebungsinstrumenten und einem Materialband erarbeitet. Durch ein vom BMG berufenes Gutachtergremium wurde das Projekt im November 1998 zur Förderung empfohlen. Der Mittelbedarf erschien angemessen, die Finanzierung konnte jedoch nicht kurzfristig realisiert werden.

Wegen der Größe und der Neuartigkeit des Projekts wurde 1999 das Bundesministerium für Bildung und Forschung einbezogen. Für die erneute Begutachtung wurden Projektbeschreibung und Instrumente unter Berücksichtigung der Gutachterempfehlungen von 1998 gründlich überarbeitet. Zusätzlich wurde ein Operationshandbuch mit ausführlichen Arbeitsanweisungen erstellt. Insbesondere die ethischen Aspekte einer Gesundheitsstudie bei Kindern und Jugendlichen, bei denen Informationen sowohl durch Befragungen als auch durch körperliche Untersuchungen sowie Laboranalysen von Blut- und Urinproben vorgesehen sind, waren erneut sorgfältig zu prüfen. Nach positiver Begutachtung durch die Ethikkommission der Berliner Humboldt-Universität (Virchow-Klinikum), den Bundesbeauftragten für den Datenschutz, die zuständigen Datenschutzbeauftragten der Länder Berlin, Brandenburg und Niedersachsen, vor allem aber auch durch ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung berufenes Gutachtergremium wurde das Projekt nach erneuter Ergänzung und Präzisierung zur Förderung empfohlen.

## 4 Durchführung eines Pretestes

Auf Grund seiner hohen Forschungsrelevanz hat das BMBF die Finanzierung einer vorge-schalteten Pilotstudie (Pretest) übernommen. Hierbei spielen insbesondere methodische An-liegen eine wichtige Rolle. So werden Befragungsinstrumente hinsichtlich ihrer Eigenschaften getestet, Indikatoren (beispielsweise für die psychische Gesundheit) entwickelt und evaluiert, verschiedene „Feldzugänge“ (d. h. Zugänge zu den Studienteilnehmern) sowie Methoden zur Erhöhung der Motivation für eine Teilnahme an der Studie erprobt und die Verallge-meinerungsfähigkeit bzw. Validität der erhaltenen Informationen untersucht.

Der sehr aufwendige Pretest wird durch das Robert Koch-Institut selbst durchgeführt, um Erfahrungen für die Hauptphase zu gewinnen. Im Falle einer Vergabe der Feldarbeit der Hauptphase an einen externen Auftragnehmer können so die gewonnenen Erfahrungen in den Auftrag eingearbeitet werden.

Am 01.11.2000 begann die organisatorische und inhaltliche Vorbereitung der Pilotstudie. Die Schulung der Feldteams erfolgt in der Zeit vom 19.02. bis 09.03.2001.

Die Feldarbeit beginnt am 12. März 2001 in Berlin-Steglitz, in den darauffolgenden Monaten folgen Berlin-Friedrichshain, Neuruppin (Brandenburg) und Wesendorf im niedersächsischen Landkreis Gifhorn. Insgesamt werden 2000 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 0 und 18 Jahren sowie deren Eltern in die Pretestung einbezogen.

Der Pretest wird durch einen Wissenschaftlichen Beirat begleitet, der aus folgenden Personen besteht

Prof. Dr. Brennecke, Freie Universität Berlin

Prof. Dr. Hurrelmann, Universität Bielefeld

Prof. Dr. Jöckel, Universitätsklinikum Essen

Prof. Dr. Sitzmann, Universitätsklinik Homburg

PD Dr. Ute Thyen, Universitätskinderklinik Lübeck

Prof. Dr. Wolke, Universität Hertfordshire, GB.

Die externe Qualitätskontrolle wird durch das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) durchgeführt. Zudem findet kontinuierlich eine interne Qualitätssicherung durch Mitarbeiter des RKI statt.

Der Pretest wird unter Kriterien wie der Hochrechenbarkeit von Ergebnissen, der Erreichung von bestimmten Responseraten, der Machbarkeit, der Akzeptanz, der Validität und Angemessenheit der Instrumente sowie der Vorgehensweisen, der Kosten und Logistik ausgewertet.

Den Abschluss dieser Pilotstudie soll ein wissenschaftliches Symposium unter Beteiligung nationaler und internationaler Experten bilden, bei dem ein dann in der Praxis geprüftes Konzept für die Hauptphase des Kinder- und Jugendsurveys vorgestellt wird.

## 5 Thematische Schwerpunkte des Projekts

Die folgenden Themen sind Gegenstand der Studie:

- Krankheiten, Unfallverletzungen
- Gesundheitslage, Befinden, personale Ressourcen und Lebensqualität
- Inanspruchnahme medizinischer Leistungen
- Medikamentenkonsum
- Ernährung
- Gesundheitsrelevanter Lebensstil, Risikoverhalten
- Somatische, psychische und soziale Entwicklung
- Lebensbedingungen, Soziodemografie und Sozialstatus
- Risiken aus der natürlichen und anthropogen veränderten Umwelt
- Impfstatus.

Wegen der sehr breit angelegten Thematik werden zu den einzelnen Anliegen in diesem Projekt (Kernsurvey) überwiegend nur die wichtigsten Indikatoren als „Eckwerte“ erhoben. Differenziertere Erhebungen sollen Zusatzuntersuchungen vorbehalten bleiben, die an Teilstichproben vorgenommen werden können.

## 6 Studiendesign

Die Frage, mit welchem Untersuchungsansatz die gesundheitliche Situation der Kinder- und Jugendpopulation in Deutschland am besten beschrieben werden sollte, wurde ausgiebig diskutiert. Zwei Konzepte standen in Konkurrenz:

- (1) Eine Querschnittsstudie, d.h. die einmalige Untersuchung einer repräsentativen Stichprobe der unter 18-Jährigen in Deutschland und
- (2) die Rekrutierung einer repräsentativen Stichprobe neugeborener Kinder und deren längsschnittmäßige Beobachtung über die nachfolgenden Jahrzehnte (Geburtskohortenstudie).

Im Ergebnis fiel die Entscheidung zu Gunsten einer Querschnittsuntersuchung aus, weil sie vor allem Erkenntnisse zeitnah und damit umsetzungsrelevant hervorzubringen verspricht. Der Nachteil, durch eine Querschnittsuntersuchung Inzidenzen nur retrospektiv zu erfassen und damit nur in begrenztem Umfang und mit geringer Genauigkeit Ursachenforschung betreiben zu können, ließe sich dadurch beheben, dass der gleiche Querschnitt nach einem fixen Intervall erneut untersucht wird und die Veränderungen gegenüber der ersten Erhebung als ‚beobachtete‘ Inzidenzen erfasst werden. Diese Längsschnittkomponente wird im vorliegenden Antrag allerdings nicht genauer ausgeführt. Sie wird aber dadurch ermöglicht, dass von den teilnehmenden Familien und Probanden die grundsätzliche Zustimmung für eine erneute Untersuchung eingeholt wird.

Einer der Gegenstände des Pretests ist die Erprobung des Stichprobendesigns: Durch die Identifikation von Studienteilnehmern über das Einwohnermelderegister lässt sich theoretisch am besten eine gute Abbildung der Zielpopulation (Coverage) erreichen. Man muss aber fürchten, dass Eltern mit ihren Kindern einer anonymen Einladung oft nicht folgen. Durch eine schlechte Beteiligung kann es zu einem „Response-Bias“, also einer Verzerrung der Ergebnisse, kommen. Deshalb soll für das Schulalter geprüft werden, ob durch Untersuchungen von Kindern in der Schule eine höhere Beteiligung (Response) erreichbar ist. Die Schwierigkeit bei dieser zweiten Vorgehensweise ist die wohl schlechtere Abbildung der Zielpopulation. Im Ergebnis der Pretestung wird das endgültige Studiendesign festgelegt werden.

## 7 Modularer Aufbau

Aufbauend auf den positiven Erfahrungen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 für Erwachsene wird der hier konzipierte Kinder- und Jugendsurvey ebenfalls modular angelegt.

Ein Kernmodul (Kernsurvey) soll Eckwerte der gesundheitlichen Situation von allen Kindern und Jugendlichen (konjunkt) erheben. Zu weiteren wichtigen Anliegen können bei Unterstichproben zusätzliche Informationen gewonnen werden. Neben solchen *thematischen Modulen* kann es auch *regionale Module* geben, in denen Länder und Regionen, unter Nutzung des Konzepts, der Instrumente und der Logistik des Surveys, zusätzliche Probanden untersuchen. So können auch für eine Region oder ein einzelnes Bundesland hochrechenbare Informationen zur Gesundheitslage gewonnen werden. Diese zusätzlichen Module sind nicht Gegenstand der Pilotphase. Sie werden unter den Gesichtspunkten der Zusatzfinanzierung, der thematischen Bedeutung und der Logistik später diskutiert und auf Durchführbarkeit geprüft.

Eine Ausnahme bildet der Umwelt-Survey. Die Kopplung von Gesundheits- und Umweltsurvey ist von vornherein Anliegen des Gesamtsurveys gewesen, so dass die Projektunterlagen parallel erarbeitet werden konnten. Im Umwelt-Survey für Kinder und Jugendliche, dessen Konzept und Instrumente vom Umweltbundesamt erarbeitet wurden und der vom Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit finanziert wird, sollen an einer Unterstichprobe von etwa 25 % des Kinder- und Jugendsurveys gesundheitsrelevante Stoffe und Noxen in der Umwelt des Kindes nach Probennahme im häuslichen Umfeld gemessen und zu Befragungsergebnissen und ärztlichen Befunden in Beziehung gesetzt werden.

Eine Kurzbeschreibung des Umwelt-Surveys kann auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden.

## 8 Materialien

Für den Kinder- und Jugendsurvey wurden folgende Materialien durch Mitarbeiter des Robert Koch-Instituts erarbeitet und können dort auch nachgefragt werden:

- Projektbeschreibung
- Fragebögen (fünf für Eltern, zwei für Kinder und Jugendliche)
- Operationshandbuch
- Ethikantrag.

Diese sehr umfangreichen Materialien werden nachfolgend nur kurz inhaltlich beschrieben.

### 8.1 Projektbeschreibung

In der Projektbeschreibung wird das Vorhaben ausführlich begründet. Sie ist das Ergebnis einer profunden Überarbeitung des bereits Ende 1998 insgesamt positiv begutachteten Konzeptpapiers. Im Folgenden werden einige Kapitel zusammengefasst.

#### *Ethik*

Die mit einer Blutentnahme bei nicht einwilligungsfähigen Personen zusammenhängenden ethischen Aspekte werden in der Projektbeschreibung ausführlich behandelt. Die zugrunde gelegten Quellen sind einerseits die Helsinki-Konvention des Weltärztebundes und die Bioethikkonvention der Europäischen Union, andererseits neuere Erörterungen der Thematik, vor allem in der rechtswissenschaftlichen Literatur. Aber auch Erfahrungen aus der Anwendungsebene fanden Berücksichtigung. So gibt es nicht nur internationale, sondern auch nationale epidemiologische Studien mit Blutentnahmen bei Kindern, die ethisch evaluiert und positiv beschieden wurden. An den praktischen Erfahrungen, z.B. der Multizentrischen Allergiestudie (MAS), partizipiert auch das Robert Koch-Institut, das für die epidemiologische Gestaltung dieses Projekts zuständig war. Die Forderungen des Weltärztebundes und der Bioethikkonvention finden im Ethikantrag ihren Niederschlag. Die Vorgehensweisen bei der Blutentnahme sind im Operationshandbuch genau niedergelegt.

### *Fragestellungen*

Die thematischen Schwerpunkte des Surveys wurden nach Kriterien der gesundheitlichen Relevanz, der Schließung von Informationslücken, des Vorhandenseins von Präventionskonzepten, der epidemiologischen Dynamik, des öffentlichen Interesses und der Erfassbarkeit mit einer Surveyerhebung ausgewählt. Durch die Erarbeitung von konkreten Fragen und Hypothesen soll zudem sichergestellt werden, dass die Daten einer fundierten Analyse unterzogen werden. Zusätzlich sollen sie als „Public File“ für nicht antizipierte Fragestellungen zur Verfügung stehen.

Das erste Anliegen des Surveys als Querschnittserhebung ist die möglichst valide Prävalenzschätzung von Indikatoren der gesundheitlichen Situation. Die Gewinnung einer Vielfalt von Informationen an jedem Probanden (konjunkte Daten) ermöglicht aber auch die Analyse von Zusammenhängen. Die Schätzung von Inzidenzen durch retrospektive Erhebung (z.B. „In welchem Alter trat das Problem erstmals auf?“) lässt auch ätiologische Fragestellungen grundsätzlich zu. Die exemplarisch formulierten Fragestellungen lassen sich drei Kategorien zuordnen: *Prävalenz*, *Zusammenhänge* und *Auswirkungen*. Für einige Laborparameter ergibt sich außerdem die Möglichkeit, vorhandene normative Daten, die teilweise an Krankenhauspopulationen oder nicht bevölkerungsrepräsentativen Stichproben gewonnen wurden, zu präzisieren und soziodemografisch zu differenzieren. Für die Befundmitteilung an die Studienteilnehmer werden die bereits verfügbaren Normbereiche verwendet.

Die Formulierung von Fragestellungen unterstützte in Anbetracht der Vielfalt interessanter Themen auch die Entscheidungen darüber, welche Items in die Erhebung einzuschließen bzw. welche verzichtbar waren.

### *Kostenkalkulation, Mittelbedarf*

Die Kosten des Pretests und der Hauptphase wurden unabhängig voneinander veranschlagt. Die Kosten für den Pretest werden vom BMBF und mit Eigenbeteiligung des RKI getragen. Die Mittel für die Pilotstudie des Umweltsurveys werden vom Umweltbundesamt übernommen.

Die Mittel für die 20 000 Kinder einbeziehende Hauptstudie des Kinder- und Jugendsurveys mit eingeschlossenem Umweltmodul sollen durch das BMBF, BMG und BMU sowie RKI und UBA gemeinsam bereitgestellt werden.

## 8.2 Fragebögen

Es wurden insgesamt sieben Fragebögen erarbeitet, damit neben den für alle Probanden identischen Informationen auch solche gewonnen werden können, die für ein bestimmtes Alter spezifisch sind. Fünf dieser Fragebögen wenden sich an die Eltern der Kinder bzw. der Jugendlichen und zwei richten sich an die 11- bis 13- bzw. 14- bis 17-jährigen Teilnehmer selbst.

Die Fragen sollen schriftlich beantwortet werden. Die Fragebögen werden bei Abgabe durch den Interviewer auf Vollständigkeit und Plausibilität überprüft.

Die Themen lassen sich grob drei Gebieten zuweisen, nämlich:

- (1) Körperliche Gesundheit,
- (2) Psychische Gesundheit/Wohlbefinden und
- (3) Lebensbedingungen/Gesundheitsverhalten.

Zur *körperlichen Gesundheit* werden neben allgemeinen Fragen vor allem solche zu den für das Kindes- und Jugendalter typischen Krankheiten und Unfällen gestellt. Außerdem werden einige Indikatoren zur körperlichen Entwicklung erhoben und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ermittelt. Alle Mütter werden nach Merkmalen des Schwangerschaftsverlaufs gefragt, die im Zusammenhang mit der späteren Gesundheit stehen.

Zur *psychischen Gesundheit* und zum *Wohlbefinden* werden Verhaltensauffälligkeiten, persönliche Schutzfaktoren und die Lebensqualität erfasst. Dabei werden u.a. validierte Instrumente wie der KINDL, der Fragebogen zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit und der Parenting Stress Index eingesetzt. Zur Abschätzung der Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter kommt der Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in seiner

deutschen Form zum Einsatz, der mit relativ wenigen Fragen zuverlässige Aussagen über die häufigsten psychosozialen Probleme von Kindern und Jugendlichen ermöglicht. Die Erfassung persönlicher Schutzfaktoren erfolgt altersspezifisch mit einer Kombination bereits erprobter Skalen.

Einen Schwerpunkt bei der Erfassung von *Lebensbedingungen/Gesundheitsverhalten* bildet die Ernährung. Weitere Bereiche sind u. a. Freizeitverhalten, Risikoverhaltensweisen und die Lebensbedingungen. Einen besonderen Raum nimmt im weiteren die Inanspruchnahme ein, die im Themenkomplex ‚Körperliche Gesundheit‘ nur diagnosebezogen erhoben wird. Für die differenzierte Beschreibung der gesundheitlichen Situation werden die erforderlichen soziodemographischen Merkmale ermittelt. Sie dienen für die Mehrzahl der Indikatoren dieses Surveys der Differenzierung von Beobachtungen bzw. Aussagen.

### 8.3 Operationshandbuch

Das Operationshandbuch beschreibt alle einzelnen Vorgehensweisen und Handgriffe mit den erforderlichen Erklärungen für die im Feld arbeitenden Personen. Es enthält alle für die Feldarbeit notwendigen Unterlagen und Formblätter. Das Operationshandbuch dient als Schulungsunterlage und als Nachschlagewerk für alle in die Schulung involvierten Mitarbeiter. Für weitere beteiligte Institutionen legt es die zu erbringenden Arbeitsschritte sowie die Kooperationswege und Schnittstellen fest. Im Gegensatz zur Projektbeschreibung des Kinder- und Jugendsurveys, bei der inhaltliche Aspekte der Zielstellung und des Studiendesigns im Vordergrund stehen, stellt das Operationshandbuch die standardisierte Anleitung zum Vorgehen bei der Studiendurchführung dar und soll auch dazu dienen, die Vergleichbarkeit mit Nachuntersuchungen oder mit künftigen Querschnittsuntersuchungen sicherzustellen.

Das aktuelle Operationshandbuch bezieht sich zunächst auf den Pretest, wobei die meisten Vorgehensweisen bereits so weit festgelegt sind, dass sie voraussichtlich auch in der Hauptphase zur Anwendung kommen können. Der Pretest wiederum wird auch dazu dienen, die Praktikabilität der Anweisungen des Handbuchs zu überprüfen.

Im Operationshandbuch sind unter anderem auch das ärztliche Interview und medizinische Untersuchungen dargestellt:

#### *Ärztliches Interview*

Im ärztlichen Interview werden (Laptop-gestützt) vertiefende Fragen zu Krankheiten der Kinder, zu Impfungen und zu Medikamentenkonsum gestellt. Letztere werden vom interviewenden Arzt, möglichst anhand des vorliegenden Impfpasses und der mitgebrachten Arzneimittelpackungen, abgefragt.

#### *Medizinisch-physikalische Untersuchungen*

Im Rahmen der Untersuchung wird kein vollständiger klinischer Status erhoben. Vielmehr konzentriert sich der Survey auf ausgewählte Merkmale, wie anthropometrische Parameter, Motorik, Muskelfunktionstests, Hautinspektion, Blutdruck und das Sehen. Die Untersuchungen werden altersspezifisch unterschiedlich gehandhabt. Das Hören wird an einer etwa 25% betragenden Unterstichprobe ab dem 6. Lebensjahr untersucht, die am Umwelt-Survey teilnimmt.

Es werden im Operationshandbuch die Vorgehensweisen bei der Durchführung des Zusatzmoduls Umweltsurvey ebenso beschrieben wie der Transport und die Lagerung der Blut- und Urinproben, die Wartung der Untersuchungsinstrumente, die Vorgehensweise bei Hausbesuchen und die Qualitätssicherung während der Studie.

Das Operationshandbuch enthält eine Fülle von Anlagen, wie die Einladungsschreiben an die Familien, die Einwilligungserklärungen, die Anschreiben an die zu beteiligenden regionalen Einrichtungen, die medizinischen Messblätter, in die alle Eintragungen vorgenommen werden, den Erhebungsbogen für das strukturierte ärztliche Interview, den Nonresponder-Fragebogen, das Labormanual, die Befundberichte über die Laborergebnisse an die Eltern bzw. Probanden, den Tageszentrumsbogen, die Terminliste usw. Das Operationshandbuch ist sozusagen das Herzstück der gesamten Studie.

#### 8.4 Antrag an die Ethikkommission

Der Antrag zur ethischen Begutachtung des Projekts wurde vom Robert Koch-Institut gemeinsam mit dem Umweltbundesamt sowohl für den Gesundheitssurvey als auch für den Umwelt-Survey bei der Ethikkommission des Charité-Virchow-Klinikums gestellt. Dieser Antrag ist sehr umfangreich und berücksichtigt ethische, rechtliche und inhaltliche Aspekte von Blutuntersuchungen bei Kindern.

Die Ethik-Kommission stimmte mit Datum vom 20. 7. 2000 dem Vorhaben als ethisch vertretbar zu.

### 9 Weitere Informationen

Bei der Planung und dem Aufbau der Projektunterlagen wurden die von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie (DAE) erstellten Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (Gesundheitswesen 62: 295-302, [2000]) streng eingehalten. Verantwortliche Projektleiterin ist Dr. Bärbel-Maria Bellach, Leiterin der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts.

Das Robert Koch-Institut hat für Fragen im Zusammenhang mit dem Kinder- und Jugendsurvey eine Hotline eingerichtet: 01801 – 754 – 554. Flyer für die Öffentlichkeit können unter dieser Nummer angefordert werden.

Mit Beginn der Feldarbeit am 12. 3. 2001 sind weitere Informationen auf eigenen Internetseiten verfügbar:

**[www.kinder-jugend-gesundheit21.de](http://www.kinder-jugend-gesundheit21.de)**

Berlin, im Februar 2001