

Tragende Gründe

**zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
die Änderung der Richtlinie zur Früherkennung von
Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie):
Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für
Kinder nach § 26 SGB V und Dokumentation der
Jugendgesundheitsuntersuchung gemäß Anlage 1**

Vom 20. August 2026

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Einführung einer Früherkennungsuntersuchung U10	3
2.1.1	Ziele und Schwerpunkte	3
2.1.2	Anamnese	5
2.1.3	Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung.....	6
2.1.4	Eingehende körperliche Untersuchung	8
2.1.5	Beratung	10
2.1.6	Dokumentation.....	11
2.1.7	Evaluation	14
2.1.8	Sonstige Anpassungen.....	14
3.	Würdigung der Stellungnahmen	14
4.	Bürokratiekostenermittlung	15
5.	Verfahrensablauf	16
6.	Fazit.....	17
7.	Anlagen	17

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Versicherten.

Gemäß § 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) haben versicherte Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Näheres zu den Untersuchungen ist u.a. entsprechend den gesetzlichen Prüf- und Regelungsaufträgen gemäß § 26 Absatz 2 i.V.m. § 25 Absatz 3 und § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 und Absatz 4 SGB V in der Richtlinie des G-BA über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie [Kinder-RL]) geregelt.

Der G-BA überprüft gemäß gesetzlichem Auftrag nach § 26 Absatz 2 in Verbindung mit §§ 25 Absatz 3, 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V für die ambulante vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue Untersuchungsmethoden zur Früherkennung von Krankheiten daraufhin, ob das Vor- und Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist, die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind, genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eindeutig zu diagnostizieren und zu behandeln sowie ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit eines Screenings nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob eine neue Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden darf.

Der Anlass des Verfahrens ist der Antrag der Patientenvertretung nach § 140f SGB V, der vom Plenum am 17. August 2023 angenommen wurde, auf Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die Beratung zu den Änderungen in der Kinder-RL gliedert sich in zwei Themenbereiche. Zunächst erfolgte die inhaltliche Ausgestaltung für die neue Früherkennungsuntersuchung U10. In einem zweiten Schritt wurden die entsprechenden Dokumentationsparameter beraten, die dann in die Anlage 1 der Kinder-RL (Kinderuntersuchungsheft, auch Gelbes Heft genannt) integriert wurden.

In den Beratungen wurden die Inhalte des Antrags der Patientenvertretung¹ vom 17. August 2023 zu Grunde gelegt sowie die Auswertung der beim G-BA anlässlich der Veröffentlichung des Beratungsthemas eingegangenen Hinweise aus dem Einschätzungsverfahren einschließlich der dort benannten Literatur, Stand 13. November 2023 (siehe Anlage 1), der IQWiG-Rapid-Report ‚Screening zur Früherkennung einer familiären Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen‘, Stand 19.08.2024² sowie die vor der abschließenden Entscheidung des G-BA eingeholten Stellungnahmen (siehe Anlage 6) berücksichtigt.

¹ [Antrag der Patientenvertretung](#)

² [S24-01 - Screening auf familiäre Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen - Rapid Report - Version 1.0](#)

Für die Überarbeitung wurden die Ergebnisse der Stellungnahmen der Fachberatung Medizin:

1. zu einem „Screening auf Hypertonie bei Kindern und Jugendlichen“, Stand 14.01.2025 (siehe Anlage 2)
2. zu den „Fragebögen zu psychischen Auffälligkeiten: WHO-5, KIDSCREEN-10 und SDQ“ Stand 12.09.2024 (siehe Anlage 3),
3. zur „Entwicklung und aktuelle Umsetzung des Kaskadenscreenings auf Familiäre Hypercholesterinämie (FH) in den Niederlanden“, Stand 25.09.2024 (siehe Anlage 4),
4. zur „Darstellung und Zusammenfassung der Ergebnisse der 2. Welle der KiGGS Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“, Stand 25.09.2019 (siehe Anlage 5) berücksichtigt.

Des Weiteren wurden die Erkenntnisse aus der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland³ in die Beratungen einbezogen.

2.1 Einführung einer Früherkennungsuntersuchung U10

Daten aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) zeigen, dass Heranwachsende heute überwiegend gesund sind. Die Basiserhebung zu dieser Studie erfolgte 2003 bis 2006. Die 1. Erhebungswelle fand in der Zeit von 2009 bis 2012 statt. Die Daten der 2. Welle umfassen den Erhebungszeitraum 2014 bis 2017. In der 2. Welle wurden Angaben zum Gesundheitszustand von 6.682 Mädchen und 6.623 Jungen ausgewertet. 95,7 % der Eltern schätzen den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer 3- bis 17-jährigen Kinder als gut (38,6 %) oder sehr gut (57,1 %) ein. Nur 4,3 % der Eltern schätzen den Gesundheitszustand ihrer Kinder als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht ein.⁴

Dennoch lassen sich aus den Ergebnissen der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Präventionsmöglichkeiten erkennen, die durch die Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung abgedeckt werden können. Mit einer weiteren Früherkennungsuntersuchung für Kinder im Alter von 9 und 10 Jahren als Leistung der GKV wird mit Fokus auf die Themen Übergewicht und Adipositas, körperliche Aktivität, digitaler Medienkonsum, psychische Auffälligkeiten und Impfverhalten die körperliche, geistige und psycho-soziale Entwicklung der Kinder ärztlich überprüft.⁵

Die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind zielen darauf ab, dass relevante Krankheiten und Krankheitsrisiken in dieser Altersgruppe wie auch während der Pubertät vorgebeugt werden kann⁶.

2.1.1 Ziele und Schwerpunkte

Mit der neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder im Alter zwischen 9 und 10 Jahren werden folgende Ziele und Schwerpunkte verfolgt:

³ [RKI - Studien und Surveillance - KiGGS: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland](#)

⁴ Poethko-Müller C, Kuntz B, Lampert T, Neuhauser H. The general health of children and adolescents in Germany. Results of the cross-sectional KiGGS Wave 2 study and trends. J Health Monit. 2018 Mar 15;3(1):8-14.

⁵ Reinsperger, I., Goetz, G., Winkler, R. Screening-/Vorsorgeprogramme für Kinder und Jugendliche von 6 bis 14 Jahren. Ergebnisse zu ausgewählten Ländern sowie Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien. LBI-HTA Projektbericht Nr.: 106; 2018. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

⁶ [Antrag der Patientenvertretung](#)

- a) Erkennen von somatischen Erkrankungen (z.B. Über- und Untergewicht, Allergien)
- b) Erkennen von psychischen Auffälligkeiten
- c) Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten (z.B. Schulprobleme, Verhalten)
- d) Erkennen von und Beratung zu Gesundheitsrisiken (insbesondere hoher digitaler Medienkonsum und geringe körperliche Aktivität)
- e) Überprüfung des Impfstatus und Impfberatung

Bei der Untersuchung werden sowohl somatische als auch psychische und soziale Auffälligkeiten ärztlich eingeschätzt. Diese medizinische Beurteilung kann dazu beitragen, die Selbstständigkeit, die soziale Interaktion, die emotionale Stabilität sowie die körperliche Gesundheit des Kindes ganzheitlich zu erfassen und somit frühzeitig auf Entwicklungsauffälligkeiten reagieren zu können.

Das Erkennen von etwaigen Gesundheitsrisiken sowie die Beratung insbesondere zum digitalen Medienkonsum und zur körperlichen Aktivität sind entscheidend für die Gesunderhaltung des Kindes. So kann zu viel Bildschirmzeit (z. B. Handy-, Computer- oder Fernsehnutzung) zu Sprachentwicklungs- und Konzentrationsstörungen führen, während Bewegungsmangel zu körperlichen Fitness-Einschränkungen und Gewichtsproblemen führen kann.⁷

Als ein weltweites Gesundheitsproblem und eine bedeutende Herausforderung für Public Health im 21. Jahrhundert wird das häufige Vorkommen von Adipositas im Kindes- und Jugendalter gesehen. Kinder und Jugendliche mit Adipositas weisen gegenüber Gleichaltrigen mit Normalgewicht häufiger eine verminderte gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf, zum Beispiel einen erhöhten Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen und Störungen des Glukosestoffwechsels.⁸ Im Rahmen der KiGGS Welle 2 wurden Messwerte zu Körpergröße und -gewicht von 3.561 Kindern und Jugendlichen (Mädchen n = 1.799, Jungen n = 1.762) im Alter von 3 bis 17 Jahren ausgewertet. Die Häufigkeit von Übergewicht (einschließlich Adipositas) beträgt bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren 15,4 % (Mädchen 15,3 %, Jungen 15,6 %). Die Adipositasprävalenz liegt bei 5,9% (Mädchen 5,5 %, Jungen 6,3 %).

Anhand der Daten der KiGGS-Welle 1 zeigt sich, dass körperliche Aktivität im Kindes- und Jugendalter entscheidend zur positiven Entwicklung der Gesundheit beiträgt, während körperliche Inaktivität, insbesondere durch Bildschirmmediennutzung, mit der Entstehung von Übergewicht assoziiert ist. Im Rahmen einer Studie des Deutschen Zentrums für Suchtforschung des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) im Auftrag der DAK-Gesundheit wurden 10 bis 17-jährige Kinder und Jugendliche zu ihrem Nutzungsverhalten von digitalen Medien zu mehreren Zeitpunkten zwischen 2019 und 2023 befragt. In der Befragung im September 2023 zeigten sich bei 11,1% der Kinder und Jugendlichen die ICD-11-Kriterien für ein riskantes Computerspielverhalten erfüllt. Auf die altersgleiche Gesamtbevölkerung gerechnet entspricht dies ca. 680.000 betroffenen Kindern und Jugendlichen in Deutschland.⁹

Die psycho-soziale Komponente wird durch Anamnese und einer Befragung der Eltern mittels eines Fragebogens KIDSCREEN-10 in die kinderärztliche Früherkennungsuntersuchung im Rahmen der Kinder-RL integriert, um den zunehmenden psycho-sozialen Belastungen und dem Anstieg der psychischen Auffälligkeiten und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern Rechnung zu tragen. Die Analysen basieren auf Daten von 14.477 Heranwachsenden der

⁷ [Gefahren für die Entwicklung durch Medien | kindergesundheit-info.de](https://www.kindergesundheit-info.de/Themen/Gesundheit/Adipositas/)

⁸ Journal of Health Monitoring 2021 6(S5)

⁹ Problematische Mediennutzung im Kindes- und Jugendalter in der post-pandemischen Phase; Ergebnisbericht 2023; UKE, DZSKJ [DAK-Studie Mediennutzung 2023/24](https://www.dak-gesundheit.de/Themen/Medien/Mediennutzung/)

KiGGS-Basiserhebung (7.100 Mädchen, 7.377 Jungen) und von 13.205 Heranwachsenden von KiGGS Welle 2 (6.637 Mädchen, 6.568 Jungen) im Alter von 3 bis 17 Jahren. Die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland beträgt für den Zeitraum von 2014 bis 2017 insgesamt 16,9 %. Jungen zeigen mit 19,1 % eine signifikant höhere Prävalenz als Mädchen mit 14,5 %. Dies trifft insbesondere für die Altersgruppen von 3 bis 14 Jahren zu. Kinder und Jugendliche, die in Familien mit niedrigem sozio-ökonomischen Status aufwachsen, sind signifikant häufiger von psychischen Auffälligkeiten betroffen als Kinder und Jugendliche aus sozio-ökonomisch bessergestellten Familien.¹⁰

Die Impfquoten für die Auffrischimpfung gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis liegen für 7- bis 10-jährige Kinder unter 80 % (Tetanus: 77,7 %; 95 % KI: 74,0–81,1). In KiGGS Welle 2 gaben 42,0% der 11- bis 17-jährigen Mädchen an, mindestens eine HPV-Impfung erhalten zu haben. Vollständig geimpft sind insgesamt weniger als ein Drittel der 11- bis 17-jährigen Mädchen. Der Anteil der Mädchen mit vollständiger HPV-Impfserie nimmt ebenfalls mit dem Alter zu: nur 9,3% der 11- bis 13-Jährigen, jedoch 45,3% der 14- bis 17-Jährigen haben eine abgeschlossene HPV-Immunisierung.¹¹ Laut Repräsentativbefragungen durch das Robert-Koch-Institut (RKI) im Rahmen einer Interventionsstudie zur Steigerung der HPV-Impfquoten, sind die HPV-Impfquoten in Deutschland bei Mädchen und Jungen mit 54% bzw. 27% (15-Jährige, 2021) niedrig.¹²

2.1.2 Anamnese

Mit der Anamnese sollen wichtige Informationen über die Gesundheit, Entwicklung und das Lebensumfeld des Kindes erfasst werden. In der Kinder-RL werden obligate Inhalte der Anamneseerhebung vorgegeben. Ausgewählt wurden insbesondere Inhalte, die auf besondere Risiken in dieser Altersgruppe hinweisen können und damit eine bessere Interpretation der übrigen Untersuchungsergebnisse ermöglichen. Die vorgegebenen Inhalte bilden einen Rahmen, die konkrete Ausgestaltung des Anamnesegesprächs sollte gemäß § 1 Abs. 5 der jeweiligen Untersuchungssituation angepasst werden. Ziel ist es, gesundheitliche Risiken und Belastungen hinsichtlich der Gesundheit und Entwicklung des Kindes zu erfassen. Diese können sowohl körperlich als auch seelische und soziale Auffälligkeiten umfassen.

Im Rahmen der Anamnese wird neben der aktuellen Anamnese des Kindes, der Familien- und Sozialanamnese zukünftig auch eine ergänzende Anamnese durchgeführt. Diese bezieht sich auf das Erfragen etwaiger weiterer gesundheitlicher Risiken des Kindes sowie der Einschätzung der Nutzung digitaler Medien als auch der körperlichen Aktivität.

Zur Unterstützung einer strukturierten Anamneseerhebung können Ärztinnen und Ärzte eigene Checklisten entsprechend den Vorgaben in der Kinder-Richtlinie erstellen. In der Richtlinie werden gesundheitliche Themen aufgeführt, auf die im Rahmen der Anamnese besonders geachtet werden soll, da diese häufig sind und mit dem KIDSCREEN-10 nicht ausreichend erfasst werden. Die Checklisten können vorab den Eltern ausgehändigt werden, so dass sie sich auf das Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt vorbereiten können.

Insbesondere sollen bei der Anamnese auch Informationen zur digitalen Mediennutzung und regelmäßigen aktiven Bewegung erhoben und bei der Interpretation der Untersuchungsergebnisse berücksichtigt werden. Die Einschätzung des digitalen

10 Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H. Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(3):37-45.

11 Stellungnahme Fachberatung Medizin, Darstellung und Zusammenfassung der Ergebnisse der 2. Welle der KiGGS Studie, 25.09.2019

12 [RKI - Forschungsprojekte - Interventionsstudie zur Steigerung der HPV-Impfquoten in Deutschland - InveSt HPV](#)

Medienkonsums und der körperlichen Aktivität bilden auch die Grundlage für die präventionsorientierte Beratung.

Um eine Risikoabschätzung für die Gesundheit des Kindes zu ermöglichen, werden in der Anamnese die Art und Dauer der täglichen Mediennutzung ohne schulischen Bezug und die Dauer der sportlichen Aktivität in der Woche erfasst, da Daten aus nationalen und internationalen Studien nahelegen, dass die Überschreitung der empfohlenen Zeiten der Mediennutzung mit negativen Effekten auf die Gesundheit korreliert ist.

Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) hat ein Sonderheft: „Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung“¹³ herausgegeben. Die Empfehlungen sind die Ergebnisse einer evidenzbasierten wissenschaftlichen Arbeit und bieten Orientierung für künftige Umsetzungsmaßnahmen. Körperliche Aktivität und Reduktion sitzender Tätigkeiten sind für eine gesunde körperliche, psycho-soziale und geistige Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wichtig. Kinder ab dem Grundschulalter (6 bis 11 Jahre) sollen daher eine tägliche Bewegungszeit von 90 Minuten und mehr in moderater bis hoher Intensität erreichen. 60 Minuten davon können durch Alltagsaktivitäten, wie z. B. mindestens 12.000 Schritte/Tag, absolviert werden. Vermeidbare Sitzzeiten sollten auf ein Minimum reduziert werden.

Mit der Familien- und Sozialanamnese werden besondere Krankheitsrisiken und Belastungen in der Familie erfasst. Es wird gezielt nach schweren Herz-Kreislauferkrankungen oder plötzlichen Todesfällen bei Familienmitgliedern im Alter von unter 50 Jahren gefragt. Mit dieser Frage soll das Risiko für familiär bedingte Herz-Kreislauferkrankungen wie z. B. familiäre Hypercholesterinämie (FH) oder genetisch bedingte Reizleitungsstörungen des Herzens erfasst werden. Bei positiver Familienanamnese gemäß § 12a Absatz 2, Nummer 1b erfolgt eine Laboruntersuchung des Low-Density-Lipoprotein- (LDL); siehe auch Abschnitt 2.1.4.1.

2.1.3 Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung

Ziel in der U10 ist es, psychische Auffälligkeiten möglichst frühzeitig zu erkennen und durch eine anschließende ärztliche Beratung der Eltern eine schnelle Entlastung für Eltern und Kind zu erreichen sowie eine Verfestigung der Symptomatik zu verhindern. Falls erforderlich können weitere diagnostische und therapeutische Intervention hinzugezogen werden. Die frühzeitige Beratung bietet die Chance, einen ungünstigen Verlauf mit der Entwicklung krankheitswertiger Symptome beim Kind zu verhindern.

Die Fachberatung Medizin hat für die Auswahl eines Fragebogens zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten eine vergleichende Bewertung des WHO-5-Fragebogens zum Wohlbefinden, KIDSCREEN-10 und des Fragebogens zu Stärken und Schwierigkeiten (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) durchgeführt.¹⁴

In der Abwägung des Umfangs, des Inhaltes und der Verfügbarkeit der einzelnen Fragebögen (SDQ, WHO-5 und KIDSCREEN) wurde der KIDSCREEN-10 Index Gesundheitsfragebogen (vgl. www.kidscreen.org) hinsichtlich der 10 Fragen nach der Beurteilung der Lebensqualität ausgewählt.

Zusammenfassend wurde durch die Fachberatung Medizin festgestellt, dass aufgrund der umfangreichen, strukturierten Entwicklung des Fragebogens unter Einbezug einer ausreichend großen Anzahl an gesunden und chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen davon ausgegangen werden kann, dass der Fragebogen kulturübergreifend die

¹³ [Bewegungsempfehlungen BZgA-Fachheft 3.pdf](#)

¹⁴ Stellungnahme der Fachberatung Medizin: Fragebögen zu psychischen Auffälligkeiten: WHO-5, KIDSCREEN-10 und SDQ, 12.09.2024

gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen erfasst. Gepoolte Daten aus mehreren repräsentativen europäischen Surveys mit über 20.000 Kindern und Jugendlichen zeigen eine sehr gute interne Konsistenz, mit akzeptabler Test-Retest-Reliabilität und guter Konstruktvalidität, auch diskriminiert der KIDSCREEN-10-Score gut zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne körperliche und psychische Probleme sowie sozio-ökonomischen Statusgruppen.

Daher soll zur Unterstützung des ärztlichen Gesprächs mit den Eltern der KIDSCREEN-10 mit 10 Items verwendet werden. Dieser Fragebogen ist ein wissenschaftlich validiertes Erhebungsinstrument und misst zuverlässig und aussagekräftig die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern. Die Ergebnisse können bei der Planung gezielter Unterstützungs- und Interventionsmaßnahmen helfen, um auf die spezifischen Bedürfnisse der Kinder eingehen zu können. Insgesamt ist daher der KIDSCREEN-10 ein geeignetes Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne psychische Belastungen.

Der Einsatz strukturierter Verfahren für die Erhebung psychischer Auffälligkeiten wird mit einer hohen ärztlichen und elterlichen Akzeptanz hinsichtlich Praktikabilität sowie Nutzen und Relevanz verbunden.¹⁵

Die Beantwortung der Fragen des KIDSCREEN-10 dauert nur wenige Minuten und ist leicht in der Handhabung. Eine umfassende Unterstützung für die ärztliche Auswertung und der Vergleich mit Normdaten werden auf der KIDSCREEN-Projekt-Homepage in englischer und deutscher Sprache unter ‚Auswertung‘ angeboten.¹⁶

Auf der Grundlage der deutschen Normdaten für den KIDSCREEN-10¹⁷ ist für die ärztliche Praxis ein sogenanntes Handout vorgesehen, das den Einsatz und die Auswertung des Fragebogens im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung professionalisiert und zeitlich machbar ausgestaltet. Dieses Handout kann von den Praxen von der Homepage des G-BA heruntergeladen und ggf. ausgedruckt werden. Es dient als Auswertematrix bei der Durchführung der Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung. Das ärztliche Handout ist Teil der Kinder-RL und in der Anlage 7 abgebildet.

Durch Fragebögen kann die Möglichkeit gegeben werden, bereits vor dem Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt, auch solche Risiken der Entwicklung des Kindes zu reflektieren, welche bisher möglicherweise noch nicht bemerkt wurden. Die Eltern können die Fragebögen in der Kinder- und Jugendarztpraxis erhalten oder sich von der Internetseite des G-BA herunterladen.

Mit einem strukturierten Verfahren zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten können zusätzliche Informationen in den Prozess zur Einschätzung des familiären Unterstützungsbedarfs eingebracht werden¹⁸. Gleichzeitig können sowohl die Kinder als auch die Eltern für die psychische Stabilität in der Familie sensibilisiert werden.

Die Lesefähigkeit und das Leseverständnis in der Altersgruppe der 9-10-jährigen sind sehr heterogen ausgeprägt. Während einige bereits mehrbändige Romane verschlingen, mühen andere Gleichaltrige sich allein mit Kurzgeschichten sehr. Auch der Zeitbegriff ist noch vage. Drei Tage bis zum eigenen Geburtstag erscheinen wie eine gefühlte Ewigkeit, ähnlich lange wie 30 min Hausaufgaben. Zwei Stunden mit Videospielen hingegen werden als höchstens 20 min wahrgenommen.

15 Mertens et al., Psychodiagnostisches Screening in U-Untersuchungen, BMG 2022

16 [Auswertung - kidscreen.org](https://kidscreen.org)

17 [Manual Anhänge - kidscreen.org](https://kidscreen.org)

18 Mertens et al., Psychodiagnostisches Screening in U-Untersuchungen, BMG 2022

Um sicherzustellen, dass auch Bedeutungsnuancen der Items vollumfänglich verstanden werden und die Angaben, u.a. zur Zeitdauer, möglichst reliabel erfasst werden, werden die Personensorgeberechtigten adressiert.

Im Zusammenspiel mit den anderen Komponenten der Früherkennungsuntersuchung (Anamnestische Erhebung, körperliche Untersuchung) können die Angaben in Fragebögen als eine ergänzende Informationsgrundlage für das ärztliche Gespräch mit den Eltern und dem Kind herangezogen werden.

Der KIDSCREEN-10 ist in verschiedenen Sprachen verfügbar.¹⁹ Die Übersetzungen des Fragebogens KIDSCREEN-10 sind über - vom G-BA unabhängige - Informationsquellen verfügbar. Diese Sprachversionen wurden nicht vom G-BA erstellt oder geprüft. Für Inhalt und Qualität ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich.

Die Sprachversionen sind auf der Internetseite des Betreibers (www.kidscreen.org) hinterlegt, die können ebenfalls von den Eltern abgerufen werden.

2.1.4 Eingehende körperliche Untersuchung

Wie bei den Untersuchungen U2 bis U9, gehört auch zur U10 eine eingehende körperliche Untersuchung. Die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung sollen im Zusammenhang mit der Beantwortung der anamnestischen Fragen sowie dem Ergebnis der Fragebogen-Auswertung bewertet und mit den Eltern und dem Kind besprochen werden.

Grundsätzlich gilt, körperliche Untersuchungen dürfen nur unter Beachtung des natürlichen Willens des Kindes vorgenommen werden, um das Selbstbestimmungsrecht des Kindes zu respektieren.

Mit der Aufnahme von Somatogrammen für diese Altersgruppe wird eine vergleichende Bewertung der erhobenen Messwerte ermöglicht.

Die Fachberatung Medizin hat auf der Grundlage des LBI-HTA 2018 eine Update-Recherche zu Leitlinien-Empfehlungen zum Screening auf Hypertonie bei asymptomatischen Kindern und Jugendlichen durchgeführt²⁰. Insgesamt wurden vier Leitlinien folgender Fachgesellschaften identifiziert:

- European Society of Cardiology (ESC),
- European Society of Hypertension (ESH),
- Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler (DGPK) und
- US Preventive Services Task Force (USPSTF).

Die Empfehlungen der ESC, ESH und DGPK für ein Bluthochdruck-Screening sind soll/sollte Empfehlungen und basieren auf einer schwachen Evidenz (Beobachtungsstudien, Expertenmeinung) und weisen somit eine geringe Aussagesicherheit auf.

Die USPSTF kommt auf der Grundlage eines systematischen Reviews²¹ zu dem Schluss, dass die derzeitige Datenlage nicht ausreicht, um das Nutzen-Schaden-Verhältnis eines Bluthochdruck-Screenings bei Kindern und Jugendlichen zu beurteilen.

¹⁹ [Sprachversionen & Internationale Kontakte - kidscreen.org](http://Sprachversionen%20&%20Internationale%20Kontakte%20-%20kidscreen.org)

²⁰ Stellungnahme der Fachberatung Medizin: Screening auf Hypertonie bei Kindern und Jugendlichen, akt. 14.01.2025 (Anlage 2)

²¹ Gartlehner G, Vander Schaaf EB, Orr C, Kennedy SM, Clark R, Viswanathan M. Screening for Hypertension in Children and Adolescents: Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 193. AHRQ Publication No. 20-05261-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2020.

Es konnte in dem systematischen Review der USPSTF nur eine Studie zur diagnostischen Testgenauigkeit eingeschlossen werden. Die Sensitivität/Spezifität von zwei Blutdruckmessungen in der Arztpraxis betrug 0,82/0,70. Der Referenzstandard war eine 26-stündige ambulante Blutdruckmessung. In der Studienpopulation waren auch Kinder mit bekanntem Bluthochdruck. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Testgüte bei einem Bluthochdruck-Screening in einer asymptomatischen Population noch schlechter ist.

Es konnte keine Studie eingeschlossen werden, die den Nutzen oder Schaden eines Screenings und einer frühen Behandlung von Bluthochdruck hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte im Kindesalter oder Erwachsenenalter untersucht hat.

Es gab Studien zur Wirksamkeit und Verträglichkeit pharmakologischer Interventionen, aber diese waren meist auf Teilnehmer mit primärer Hypertonie beschränkt. Außerdem wurde keines der Medikamente in mehr als einer Studie untersucht. Das Ausmaß der blutdrucksenkenden Wirkung variierte zwischen den Wirkstoffen und unterschied sich nicht immer signifikant von der Wirkung eines Placebos. Das Durchschnittsalter der Kinder in diesen Studien reichte von 12 bis 14 Jahren; die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse auf jüngere Kinder oder Kinder mit sekundärem Bluthochdruck ist unklar.

2.1.4.1 Bei Verdacht auf eine familiäre Hypercholesterinämie (FH) – Durchführung einer Laboruntersuchung

Das IQWiG wurde mit der Nutzenbewertung eines generellen, laboranalytischen Lipidscreenings zur Früherkennung einer familiären Hypercholesterinämie (FH) im Vergleich zu keinem (bzw. keinem generellen, laboranalytischen Lipid-)Screening bei Kindern und Jugendlichen beauftragt. Das IQWiG hat am 19. August 2024 dem G-BA die Auswertung in Form eines Rapid-Reports übersandt.²²

Im Ergebnis hat das IQWiG festgestellt, dass sich auf Basis der vorliegenden Evidenz kein Anhaltspunkt für einen Nutzen eines generellen laboranalytischen Lipidscreenings zur Früherkennung einer familiären Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen ableiten lässt. Jedoch kann mit einem Vergleich eines früheren mit einem späteren Therapiebeginn (Therapie mit einer fixen, mittleren Statindosis) sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen einer solchen Therapie ableiten lassen. Das IQWiG führt weiter aus, dass die zugrunde liegende Kohortenstudie jedoch nicht nur mit erheblichen Verzerrungsrisiken behaftet ist, sondern aufgrund der Selektion eines Hochrisikokollektivs innerhalb der Gruppe der Menschen mit familiärer Hypercholesterinämie keine Aussagen für ein generelles Lipidscreening zulässt. Zur diagnostischen Güte der Cholesterin-Blutwerte, gemessen am genetischen Referenzstandard, liegen geeignete Studien vor. Diese lassen bei geringer Fallzahl von Betroffenen eine potenziell niedrige Sensitivität (im ungünstigsten Fall ca. 20 %) erkennen.

Aufgrund des o. g. Ergebnisses der Kohortenstudie zur Statintherapie leitet das IQWiG ab, dass eine Identifikation von Kindern und Jugendlichen mit familiärer Hypercholesterinämie und damit hohem Risiko für ein frühzeitig auftretendes Ereignis grundsätzlich sinnvoll ist, da eine dann initiierte Statintherapie das Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis reduzieren kann. Es sollte daher die Einführung eines Kaskadenscreenings, ausgehend von betroffenen Familienmitgliedern (insbesondere Eltern), erwogen werden, zumal auch die in der Kohortenstudie untersuchten Kinder (Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 8 und 18 Jahren) über diesen Weg rekrutiert wurden.

²² [S24-01 - Screening auf familiäre Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen - Rapid Report - Version 1.0](#)

Mit Verweis auf die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL), die für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr einen Anspruch auf Früherkennungsuntersuchung regelt, wird bis zum 35. Lebensjahr bei positiver Familienanamnese das Lipidprofil (Gesamtcholesterin, Low-Density-Lipid (LDL)-Cholesterin, High-Density-Lipid (HDL)-Cholesterin, Triglyceride) bestimmt, ab dem 35. Lebensjahr kann diese Leistung von allen Versicherten in Anspruch genommen werden. Entsprechend haben Eltern die Möglichkeit ihr Lipidprofil auch im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung (GU) testen zu lassen, um etwaige Risiken – insbesondere auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen – frühzeitig zu identifizieren. Ausgehend von den Eltern haben bereits heute jugendliche Personen (siehe aktuelle Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie [JGU-RL]²³) mit einem familiären Risiko Anspruch auf Messung des Gesamtcholesteringehalts im Blut.

Des Weiteren kommt das IQWiG zu dem Ergebnis, dass der deutliche Unterschied zwischen den PPV-Werten einer LDL-C Messung versus dem des Gesamtcholesterins dafürspricht, dass das LDL-Cholesterin gegenüber dem Gesamtcholesterin als Screening-Test vorteilhafter wäre. Weiter schlussfolgert das IQWiG, dass die Spezifität [...] in einem sehr hohen Bereich liegt, sodass sichergestellt ist, dass beim überwiegenden Anteil nicht betroffener Kinder richtigerweise keine FH festgestellt wird.

Entsprechend diesen Ergebnissen wird bei einer positiven Familienanamnese in der U10, eine Laboruntersuchung auf das Low-Density-Lipoprotein (LDL) durchgeführt, da eine Identifikation von Kindern mit FH und einem damit einhergehenden hohen Risiko für ein frühzeitig auftretendes kardiovaskuläres Ereignis grundsätzlich sinnvoll ist.

In der weiteren Abklärung kann mittels DNA-Analyse das Risiko einer FH weitergehend diagnostiziert werden.

2.1.5 Beratung

Zu jeder Früherkennungsuntersuchung gehört eine Erläuterung der individuellen Untersuchungsergebnisse und eine darauf ausgerichtete Beratung über weitere Maßnahmen. Dabei sollen die Eltern insbesondere darüber aufgeklärt werden, dass mit der Früherkennungsuntersuchung primär Gesundheitsrisiken entdeckt werden, die häufig noch keine zuverlässigen Aussagen hinsichtlich einer langfristigen Prognose zulassen. Weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen soll daher ein gemeinsamer Abwägungsprozess vorausgehen.

Die Früherkennungsuntersuchung umfasst als verbindlichen Inhalt eine auf die gesundheitlichen Risiken abgestimmte „präventionsorientierte ärztliche Beratung“. In Abgrenzung von allein kurativen Ansätzen sollen die Eltern nicht nur zu Therapiemöglichkeiten bereits manifestierter Störungen der körperlichen, seelischen und sozialen Entwicklung ihres Kindes beraten werden, sondern bereits vor der Entstehung vorgenannter Störungen über den Schutz vor gesundheitsschädlichen Belastungen aufgeklärt und über Risiken beraten werden. In Abhängigkeit vom individuellen Risiko des Kindes sollen die Eltern durch die Ärztin/den Arzt u.a. über Ernährung, Bewegung, Pubertät sowie Über- und Untergewicht aufgeklärt werden und weitergehende Empfehlungen zu diesen Themen erhalten.

Gemäß der S3 Leitlinie „*Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter*“ können allgemeine Information und Aufklärung der Eltern zur Früherkennung von typischen klinischen Symptomen eines Typ-1 Diabetes bei Kindern und Jugendlichen zur Verminderung der diabetischen Ketoazidoserate bei Manifestation (Stadium

23 [Richtlinie](#) (Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie, zuletzt geändert am 21. Juni 2016)

3) beitragen²⁴. Entsprechend wird insbesondere über Symptome wie Durst, Wasserlassen, Müdigkeit und Gewichtsabnahme aufgeklärt.

Um das Hautkrebsrisiko zu verringern, wird auf den UV-Schutz in der Beratung hingewiesen.

Im Rahmen der präventionsorientierten Beratung sollen Kinder und ihre Eltern unter anderem über die qualitätsgesicherten Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V der Krankenkassen informiert werden.

Die Krankenkassen bieten ein breites Angebot an zertifizierten Präventionskursen für Kinder ab 6 Jahren und Jugendliche an, beispielsweise zur Bewegungsförderung, gesunden Ernährung, Reduktion von Übergewicht sowie zum Aufbau von Stressbewältigungs- und Entspannungskompetenzen zur Förderung der psycho-sozialen Gesundheit. Ziel dieser gruppenbasierten oder auch digitalen Maßnahmen ist es, die Gesundheitskompetenz zu stärken und gesundheitsförderliches Verhalten dauerhaft in den Lebensalltag der Kinder und Jugendlichen zu integrieren. Damit dies gelingt, müssen sich die Eltern zeitweise an der Maßnahme beteiligen. Bei Bedarf kann die Ärztin oder der Arzt eine Präventionsempfehlung nach § 20 Absatz 5 SGB V ausstellen. Die Eltern reichen die Präventionsempfehlung bei der Krankenkasse ein, bei der das Kind mitversichert ist. Die Krankenkasse informiert die Eltern über passende Angebote sowie über die Bedingungen für die Erstattung der anteiligen Kurskosten.

Auf weitere regionale gesundheitsfördernde Angebote sollte – soweit diese bekannt sind – ebenfalls hingewiesen werden, z. B. von Kommunen, Sportvereinen, Familienbildungsstätten, Wohlfahrtsverbänden sowie Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten.

Für die präventionsorientierte Beratung können z. B. die Broschüren des Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit (BIÖG) ([Kinder- und Jugendgesundheit - BIÖG Shop](#), [Broschüre Zeit für Digitales "Medien und Digitales - Elterninfo" - BIÖG Shop](#) und [Ernährung - Bewegung - Stressregulation - BIÖG Shop](#)) herangezogen werden. Teilweise können diese kostenlos bestellt werden. Einige sind auch in mehreren Sprachen verfügbar. Die Inhalte der externen unabhängigen Informationsquellen wurden nicht vom G-BA erstellt und geprüft. Für Inhalt und Qualität sind ausschließlich die Betreiber der Internetseiten verantwortlich.

Das ärztliche Gespräch als präventionsorientierte Beratung allein ist nicht in der Lage, alle Präventionsziele zu erreichen. Allerdings wird sein Effekt durch das Aufgreifen und die Wiederholung der ärztlichen Botschaften wie z.B. in Schulen und Sportvereinen verstärkt und findet auf diese Weise eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz, welche zu einer effektiven Gesundheitsförderung beiträgt.

2.1.6 Dokumentation

2.1.6.1 Dokumentation der U10

Die Dokumentationsparameter der klinischen Untersuchung sowie die Ergebnisseite werden strukturell, wie für die bisherigen Früherkennungsuntersuchungen in gleicher Art und Weise in der Anlage 1 der Kinder-RL – im Gelben Heft - abgebildet. Die Teilnahmekarte wird für den Nachweis der Durchführung der U10 entsprechend ergänzt.

Im Rahmen der Anamnese wird neben der aktuellen Anamnese des Kindes, die Familien- und Sozialanamnese zukünftig auch eine ergänzende Anamnese durchgeführt. Diese bezieht sich auf das Erfragen etwaiger weiterer Probleme des Kindes sowie der Einschätzung der Nutzung digitaler Medien als auch der körperlichen Aktivität.

24 [057-016l S3 Diagnostik-Therapie-Verlaufskontrolle-Diabetes-mellitus-Kinder-Jugendliche 2026-03.pdf](#)

Für das Erfragen der weiteren Themen, die besprochen werden sollen, wird eine offene Formulierung mit Nennung von Beispielen im Gelben Heft aufgeführt. Die Dokumentation der relevanten Ergebnisse der ergänzenden Anamnese sowie erforderliche weitere Maßnahmen werden im Ergebnisteil dokumentiert. Vgl. 2.1.2

Für die Einschätzung der digitalen Mediennutzung sowie der körperlichen Aktivität wird eine offene Formulierung mit Nennung von Beispielen im Gelben Heft aufgeführt. Das Ergebnis kann in einem Freitextfeld dokumentiert werden und soll bei der Gesamtbeurteilung der Untersuchungsergebnisse und der präventionsorientierten ärztlichen Beratung berücksichtigt werden.

Zukünftig wird im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung die psychische Gesundheit der Kinder überprüft.

Dafür wird ein validierter Fragebogen ausgegeben. Dieser ist in der neuen Anlage 7 – Elternversion - der Kinder-RL abgebildet. Es ist vorgesehen, das Ergebnis sowohl händisch als auch elektronisch dokumentieren zu können.

Perzentilkurven in der Früherkennung visualisieren den Verlauf des Wachstums, der Gewichtszunahme sowie des Kopfumfangs und bieten somit einen notwendigen Überblick. Sie helfen dabei, die Entwicklung eines Kindes im Vergleich zu anderen Kindern im gleichen Alter und Geschlecht zu bewerten. Diese Kurven ermöglichen es zum Beispiel Auffälligkeiten von Unter- oder Übergewicht zu erkennen, um frühzeitig medizinisch reagieren zu können. Sie sind ein zentraler Bestandteil der Prävention bei Kindern und Jugendlichen und bieten eine wichtige Informationsquelle für Eltern und Ärztinnen oder Ärzte.

Es ist geplant, auf der Grundlage der Daten der Publikationen:

„Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D et al. (2001) Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149:807-81“

sowie

„Kromeyer-Hauschild, K.; Moss, A; Wabitsch, M. (2015) Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland; Anpassung der AGA-BMI-Referenz im Altersbereich von 15 bis 18 Jahren. Adipositas 2/2015: 123-127“

die Perzentilkurven ab dem Alter von 7 bis 18 Jahren und ab 0-2 bzw. 0-6 Jahre für die Körpermaße, -gewicht und dem BMI für Mädchen und Jungen im Gelben Heft abzubilden.

2.1.6.2 Dokumentation der J1

Zukünftig werden die Dokumentationsparameter der klinischen Untersuchung sowie die Ergebnisseite strukturell, wie für die bisherigen Früherkennungsuntersuchungen in gleicher Art und Weise in der Anlage 1 der Kinder-RL - im Gelben Heft - abgebildet. Die Teilnahmekarte wird für den Nachweis der Durchführung der J1 sowie die ärztliche Beratung gemäß Schutzimpfungs-RL des G-BA entsprechend ergänzt.

Im Rahmen der Anamnese wird neben der aktuellen Anamnese des Kindes/der jugendlichen Person, die Familien- und Sozialanamnese zukünftig auch eine ergänzende Anamnese durchgeführt. Diese bezieht sich auf das Erfragen etwaiger weiterer Probleme des Kindes/der jugendlichen Person sowie der Einschätzung der Nutzung digitaler Medien als auch der körperlichen Aktivität.

Für das Erfragen der weiteren Themen, die besprochen werden sollen, wird eine offene Formulierung mit Nennung von Beispielen im Gelben Heft aufgeführt. Die Dokumentation der relevanten Ergebnisse der ergänzenden Anamnese sowie erforderliche weitere Maßnahmen

werden im Ergebnisteil dokumentiert. Vgl. Abschnitt 2.1.2, auch in den Tragenden Gründen zur Neufassung der JGU-RL.

Für die Einschätzung der Mediennutzung sowie der körperlichen Aktivität wird eine offene Formulierung mit Nennung von Beispielen im Gelben Heft aufgeführt. Das Ergebnis kann in einem Freitextfeld dokumentiert werden und soll bei der Gesamtbeurteilung der Untersuchungsergebnisse und der präventionsorientierten ärztlichen Beratung berücksichtigt werden. Vgl. Abschnitt 2.1.2, auch in den Tragenden Gründen zur Neufassung der JGU-RL.

Zukünftig wird im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen überprüft.

Dafür wird ein validierter Fragebogen ausgegeben. Dieser ist in der neuen Anlage 1 der JGU-Richtlinie abgebildet. Es ist vorgesehen, das Ergebnis sowohl händisch als auch elektronisch dokumentieren zu können. Vgl. Begründung unter Abschnitt 2.1.3, auch in den Tragenden Gründen zur Neufassung der JGU-RL.

Mit der Übernahme der Dokumentationsparameter in das Gelbe Heft entfällt der Berichtsvordruck ‚Jugenduntersuchung‘ (BAnZ Nr. 159 (S. 12.723/724) vom 27. August 1998). Durch die Erweiterung der Früherkennungsuntersuchungen für die Altersstufe 9- und 10-Jährige (U10) werden die Abstände zwischen den Untersuchungen verringert. Bislang gingen Eltern mit ihren Kindern bis zum 6. Lebensjahr zu den Früherkennungsuntersuchungen, wobei die anschließende Untersuchung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung dann erst frühestens mit 12 Jahren erfolgte. Der allgemeine Gesundheitszustand ist für Kinder und Jugendliche in Deutschland gut bis sehr gut. Entsprechend wenig wird eine Arztpraxis aufgesucht. Auch dadurch verliert sich das Bewusstsein für die anstehende J1. Mit der Abbildung dieser Inhalte der J1 im Gelben Heft sowie auf der Teilnahmekarte wird nunmehr davon ausgegangen, dass dies auch eine Erinnerungsfunktion hat, wodurch im Ergebnis u.a. die Teilnehmerate steigen wird und damit die Gesunderhaltung der Kinder und Jugendliche weiter gefördert werden kann.

Perzentilkurven in der Früherkennung visualisieren den Verlauf des Wachstums, der Gewichtszunahme sowie des BMI und bieten somit einen notwendigen Überblick. Sie helfen dabei, die Entwicklung eines Kindes/ der jugendlichen Person im Vergleich zu anderen Kindern und Jugendlichen im gleichen Alter und Geschlecht zu bewerten. Diese Kurven ermöglichen es zum Beispiel Auffälligkeiten von Unter- oder Übergewicht zu erkennen, um frühzeitig medizinisch reagieren zu können. Sie sind ein zentraler Bestandteil der Prävention bei Kindern und Jugendlichen und bieten eine wichtige Informationsquelle für Eltern und Ärztinnen oder Ärzte.

Es ist geplant, auf der Grundlage der Daten der Publikationen:

„Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D et al. (2001) Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149:807-81“

sowie

„Kromeyer-Hauschild, K.; Moss, A; Wabitsch, M. (2015) Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland; Anpassung der AGA-BMI-Referenz im Altersbereich von 15 bis 18 Jahren. Adipositas 2/2015: 123-127“

die Perzentilkurven ab dem Alter von 7 bis 18 Jahren und ab 0-2 bzw. 0-6 Jahre für die Körpermaße, -gewicht und dem BMI für Mädchen und Jungen im Gelben Heft abzubilden.

Aufgrund der Dokumentation des Parameters ‚Blutdruck‘ ist geplant, eine Perzentilkurve zum Blutdruck bei Jugendlichen im Gelben Heft auf der Grundlage der Daten der Publikation abzubilden:

„Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) 2. erweiterte Auflage“

2.1.7 Evaluation

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben, und begründeten Hinweisen nachgehen, dass sie nicht mehr mit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse übereinstimmen.

Entsprechend wird 5 Jahre nach Einführung eine Evaluation hinsichtlich Qualität und Zielerreichung vorgesehen, um die Früherkennungsuntersuchung ggf. zu optimieren. Nach 5 Jahren wird davon ausgegangen, dass die U10 in der Versorgung etabliert ist, und nach diesem Zeitraum relevante Daten in einer Evaluation erhoben werden können.

2.1.8 Sonstige Anpassungen

Im Abschnitt B ‚Früherkennungsuntersuchungen‘ wird im § 1 Absatz 4 die Datumsangabe geändert. Da es seitdem Änderungen gab und hier immer die aktuelle Fassung berücksichtigt werden muss, wird an dieser Stelle ein dynamischer Verweis auf die jeweils geltende Fassung aufgenommen.

Im § 2 ‚Allgemeines zu den Untersuchungen, Zeiträumen und Toleranzgrenzen‘ wird die Angabe zu den Lebensjahren – in der die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U-Untersuchungen) durchgeführt werden – um die Altersangabe bis einschließlich des 10. Lebensjahres erweitert. Gleiches erfolgte mit der Angabe zur Gesamtzahl der U-Untersuchungen auf insgesamt 11. Ein Toleranzzeitraum ist in diesem Lebensabschnitt der Kinder nicht erforderlich, da der Untersuchungszeitraum 2 Jahre umfasst und die medizinisch spezifischen Aspekte altersrelevant überprüft werden können.

Die zeitlich begrenzte Regelung (bis zum 31. März 2023) zur Überschreitung der Untersuchungszeiträume im Zusammenhang mit der Eindämmung von Infektionen und dem Schutz vor Überlastung von kinderärztlichen Einrichtungen wurde gestrichen.

Im Zuge der Änderung der Kinder-RL ist eine Dopplung einer Regelung hinsichtlich der ärztlichen Erfahrungen als Voraussetzung zur Erbringung der ärztlichen Leistung aufgefallen. Diese wird im § 68 mit dem Absatz 1 gestrichen, da sie im § 1 Absatz 5 verortet ist.

Im § 69 Absatz 1 Satz 2 wird das Wort ‚Befunde‘ durch die Wörter ‚Untersuchungen und Ergebnisse‘ ersetzt. Dies ist eine redaktionelle Änderung und entspricht der korrekten Bezugnahme der Dokumentationsitems.

3. Würdigung der Stellungnahmen

Der zuständige Unterausschuss Methodenbewertung hat am 26. Februar 2026 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Absatz 5, 5a und § 92 Absatz 7d SGB V mit einer Frist bis zum 31. März 2026 beschlossen. Die Anhörung fand am 28. Mai 2026 statt.

Zur Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen wird auf die Anlage 6 der Tragenden Gründe verwiesen. Die mündlichen Stellungnahmen enthielten keine neuen Hinweise oder Vorschläge, die nicht bereits Gegenstand der schriftlichen Stellungnahmen waren.

4. Bürokratiekostenermittlung

Kinder-RL:

Bürokratiekostenermittlung anlässlich der Änderung der Kinder-Richtlinie: Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder nach § 26 SGB V

Gemäß § 91 Absatz 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel Verfo die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungsarmer Regelungen bzw. Verwaltungsverfahren für vom Gesetzgeber bzw. G-BA als notwendig erachtete Informationspflichten. Sie entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.

Der vorliegende Beschluss ergänzt die neue U10 Früherkennungsuntersuchung und die Dokumentation der J1 gemäß JGU-RL in der Anlage 1 der Kinder-Richtlinie, dem Untersuchungsheft für Kinder. Mit dem neuen § 12a der Kinder-Richtlinie werden die Dokumentation der neuen Früherkennungsuntersuchung U10 und die Dokumentation der Früherkennungsuntersuchung J1 gemäß §§ 3, 5 JGU-RL erstmals gemeinsam im Untersuchungsheft für Kinder geregelt. In diesem Zusammenhang lassen sich neue Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer identifizieren:

Die Ergebnisse der beiden Früherkennungsuntersuchungen U10 und J1 sind künftig im Untersuchungsheft für Kinder zu dokumentieren. Dafür sind je Früherkennungsuntersuchung annähernd gleich viele Ankreuzfelder und einzelne Freitextfelder vorgesehen: U10 = 53 und J1 55 Datenfelder. Aufgrund der Mehrfachauswahl ist generell eine individuell unterschiedliche Anzahl an Feldern anzukreuzen.

In Anlehnung an die Messung des Statistischen Bundesamtes zum zeitlichen Aufwand für die Dokumentation einer Früherkennungsuntersuchung wird davon ausgegangen, dass hierfür ein zeitlicher Aufwand von zwei Minuten bei einer Mischung im Verhältnis 50:50 aus mittlerem und hohem Qualifikationsniveau (48,10 Euro/h) erforderlich ist. Dies ergibt Bürokratiekosten je Früherkennungsuntersuchung in Höhe von geschätzt 1,60 Euro (48,10 Euro/h / 60 x 2).

Laut dem Ergebnisbericht des vom Innovationsfonds beim G-BA geförderten Projektes „Evaluation Pädiatriezentrierte Integrierte Versorgung AOK-Junior“²⁵ liegt die Teilnehmerrate in der Altersgruppe der neu eingeführten U10 (die der selektivvertraglich geregelten U11 entspricht) bei 55 bis 83 Prozent bzw. im rechnerischen Durchschnitt bei etwa 70 Prozent. Als Ausgangspunkt zur Bestimmung der Fallzahl dient der Bevölkerungsstand Deutschlands nach Altersjahren²⁶. Zum Stichtag 31.12.2024 waren dies 1.599.537 9- und 10-Jährige. Um die Fallzahl an das Versorgungsgeschehen in der gesetzlichen Krankenversicherung anzupassen, wird von dieser Gesamtzahl ein Abschlag von zehn Prozent privatversicherter Personen vorgenommen und zudem die Teilnehmerrate von etwa 70 Prozent berücksichtigt. Hieraus ergibt sich eine U10-Fallzahl von 1.007.708 Kindern. Somit entstehen mit der erstmaligen Dokumentation der Früherkennungsuntersuchung U10 Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 1.612.333 Euro (1.007.708 x 1,60 Euro).

²⁵ vgl. EPIVA – Evaluation Pädiatriezentrierte Integrierte Versorgung AOK-Junior. Internet: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/epiva-evaluationpaediatricentrierte-integrierte-versorgung-aok-junior.121> [Zugriff: 04.02.2026]

²⁶ Quelle: Statistisches Bundesamt, abgerufen am: 04.02.2026

Es ist absehbar, dass sich mit Abbildung der Früherkennungsuntersuchung U10 im Untersuchungsheft für Kinder die jährliche Fallzahl erhöhen wird. Unter Berücksichtigung der weitgehenden Annäherung an die Teilnehmerrate der U9 (etwa 98 Prozent)²⁷ wird von etwa 705.000 jährlichen Untersuchungen im Rahmen der U10 ausgegangen. Damit fallen in den Folgejahren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 1.128.000 Euro (705.000 x 1,60 Euro) an.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland hat die Thematik der Inanspruchnahme der J1-Untersuchung auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten analysiert²⁸. Demnach ergibt sich eine bundesweite kumulierte Inanspruchnahmerate an der J1-Untersuchung von 43,4 Prozent. Unter Zugrundelegung der Daten des Statistischen Bundesamtes (692.591 13- bzw. 14-Jährige, abzüglich des Anteils Privatversicherter von etwa 10 Prozent; sind dies 297.814) entstehen mit erstmaliger Dokumentation der J1-Untersuchung Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 476.502 Euro (297.814 x 1,60 Euro).

Es ist absehbar, dass sich mit Abbildung der J1-Untersuchung im Untersuchungsheft für Kinder die Fallzahl zukünftig auf etwa 50 Prozent erhöhen wird. Somit ist in den Folgejahren von etwa 345.000 jährlichen Dokumentationen im Rahmen der J1 und damit jährlichen Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 552.000 Euro (345.000 x 1,60 Euro) auszugehen.

JGU-RL:

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Ärztinnen und Ärzten im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO. Die Quantifizierung der diesbezüglich entstehenden Bürokratiekosten ist in den Tragenden Gründen zum Beschluss zur Änderung der Kinder-Richtlinie: Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder nach § 26 SGB V abgebildet, da die Dokumentationsparameter für die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 im Untersuchungsheft für Kinder, Anlage 1 der Kinder-Richtlinie, ergänzt werden.

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
26.06.2023		Eingang Antrag der PatV zur Einführung einer neuen U-Untersuchung sowie Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung
17.08.2023	Plenum	Beschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens auf Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V
28.09.2023	UA MB	Beschluss über die Bekanntmachung eines weiteren Beratungsthemas zur Überprüfung gemäß § 26 in

27 Schmidtke C, Kuntz B, Starker A, Lampert T (2018). Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3(4): 68–77, Tabelle 2.

28 Riens, B, Mangiapane S (2013). Teilnahme an der Jugendgesundheitsuntersuchung J1–Eine retrospektive Kohortenstudie. URL: https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/42/J1_Bericht_Final_20130426.pdf (Abruf: 03.02.2026).

		Verbindung mit § 135 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V): Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung
23.11.2023	UA MB	Anhörung zum Einschätzungsverfahren
19.08.2024		IQWiG Rapid Report zum Screening zur Früherkennung einer familiären Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen an G-BA
26.02.2026	UA MB	Vorlage der Beschlussempfehlung, Festlegung der am Stimmabgabeverfahren zu beteiligenden Fachgesellschaften und Einleitung des Stimmabgabeverfahrens gemäß §§ 91 Absatz 5 sowie 92 Absatz 7d SGB V
28.05.2026	UA MB	Mündliche Anhörung
23.07.2026	UA MB	Würdigung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen, Abschluss der vorbereitenden Beratungen, Beschlussempfehlung
20.08.2026	Plenum	Beschlussfassung

6. Fazit

Der G-BA beschließt die Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder im Alter von 9 und 10 Jahren zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden.

7. Anlagen

Die Anlagen sind in der Zusammenfassenden Dokumentation (ZD) abgebildet.

- 1 Einschätzungsverfahren, Dokumentation, Stand: 13. und 23.11.2023 (siehe Abschnitt C-2 in der ZD)
- 2 Stellungnahme Fachberatung Medizin, Hypertonie, Stand: 14.01.2025 (siehe Abschnitt C-4.2 in der ZD)
- 3 Stellungnahme Fachberatung Medizin, Fragebögen psych., Stand: 12.09.2024 (siehe Abschnitt C-4.2 in der ZD)
- 4 Stellungnahme Fachberatung Medizin, FH Niederlande, Stand: 25.09.2024 (siehe Abschnitt C-4.2 in der ZD)
- 5 Stellungnahme Fachberatung Medizin, KiGGS, 2. Welle, Stand: 25.09.2019 (siehe Abschnitt C-4.2 in der ZD)
- 6 Auswertung der Stellungnahmen, Stand: 16.07.2026 (siehe Abschnitt B-6 in der ZD)

Berlin, den 20. August 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Die Vorsitzende

Dr. Optendrenk