

Zusammenfassende Dokumentation

Beratungsverfahren Methodenbewertung

Neufassung der Richtlinie zur Jugendgesundheitsunter-
suchung (Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie):
Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach
§ 26 SGB V sowie Neufassung der Richtlinie

Vom 20.08.2026

Unterausschuss Methodenbewertung TOP
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhalt

A	Beschluss und Tragende Gründe	6
A-1	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V.....	6
A-2	Auslöser des Beratungsverfahrens	6
A-2.1	Antrag der Patientenvertretung nach § 140f SGB V auf Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V	6
A-2.2	Ankündigung des Bewertungsverfahrens	6
A-2.3	IQWiG-Beauftragung und Rapid Report.....	6
B	Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens	7
B-1	Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen	7
B-2	Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens	7
B-3	Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer	7
B-4	Übersicht	7
B-4.1	Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde	7
B-4.2	Nicht zur Stellungnahme berechtigte Organisationen/Institutionen	9
B-5	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens.....	9
B-6	Schriftliche Stellungnahmen	9
B-6.1	Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen	10
B-6.2	Auswertung von unaufgefordert eingesandten Positionierungen.....	52
B-7	Mündliche Stellungnahmen	53
B-7.1	Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten	53
B-7.2	Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren.....	55
B-7.3	Auswertung der mündlichen Stellungnahmen.....	56
B-8	Würdigung der Stellungnahmen	56
C	Anlagen	57
C-1	Antrag.....	57
C-2	Unterlagen zur Ankündigung des Bewertungsverfahrens.....	57
C-2.1	Bekanntmachung im Bundesanzeiger (BAnz AT 09.10.2023 B3)	57
C-2.2	Fragebogen zur strukturierten Einholung erster Einschätzungen	57
C-2.3	Übersicht der eingegangenen Einschätzungen	57
C-2.4	Literaturlisten aus den Einschätzungen	57
C-2.5	Wortprotokoll zum Einschätzungsverfahren.....	57
C-3	Beauftragung des IQWiG zu Bewertung des aktuellen medizinischen Wissenstandes	57
C-3.1	Beschluss zur Beauftragung des IQWiG	57
C-3.2	Konkretisierung der IQWiG-Beauftragung	57

C-4	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens.....	57
C-4.1	Beschlussentwurf, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde	57
C-4.2	Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden	57
C-4.3	Tragende Gründe – Anlagenkonvolut 1-4	57
C-4.4	Darstellung der Änderungen im Richtlinien-Fließtext.....	57
C-4.5	Schriftliche Stellungnahmen.....	57
C-4.6	Wortprotokoll zum Stellungnahmeverfahren	57
C-5	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V (wird nach BMG Prüfung eingefügt)	57
C-6	Beschluss (BAnz AT) (wird nach BAnz-VÖ eingefügt).....	57
C-7	Tragende Gründe (wird nach BAnz-VÖ eingefügt).....	57

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BAnz	Bundesanzeiger
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
FBMed	Abteilung Fachberatung Medizin der Geschäftsstelle des G-BA
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
RL	Richtlinie
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
UA MB	Unterausschuss Methodenbewertung
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA

A Beschluss und Tragende Gründe

Der Beschluss zur Neufassung der Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung und die Tragenden Gründe zum Beschluss sind im Kapitel C abgebildet.

Das Bewertungsverfahren ist unter folgendem Link dokumentiert: <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/methodenbewertung/319/>.

A-1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V

Die Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V wird nach Beschlussfassung veranlasst. Nach Vorliegen des Prüfergebnisses ist dieses in Kapitel C abgebildet.

A-2 Auslöser des Beratungsverfahrens

A-2.1 Antrag der Patientenvertretung nach § 140f SGB V auf Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V

Die Patientenvertretung nach § 140f SGB V hat am 26. Juni 2023 einen Antrag auf Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V gestellt. Der Antrag ist in Kapitel C-1 abgebildet.

A-2.2 Ankündigung des Bewertungsverfahrens

A-2.2.1 Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger

Die Bundesanzeiger-Veröffentlichung zur Ankündigung des Bewertungsverfahrens ist in Kapitel C-2.1 abgebildet.

A-2.2.2 Fragebogen zur strukturierten Einholung erster Einschätzungen

Der Fragebogen zur strukturierten Einholung erster Einschätzungen ist in Kapitel C-2.2 abgebildet.

A-2.2.3 Eingegangene Einschätzungen

Die eingegangenen Einschätzungen sowie die Dokumentation der Anhörung zum Einschätzungsverfahren (Wortprotokoll) sind in Kapitel C-2.3 – C-2.5 abgebildet.

A-2.3 IQWiG-Beauftragung und Rapid Report

Der Beschluss zur Beauftragung des IQWiG und die Konkretisierung der Beauftragung vom 22. Februar 2024 sind in den Kapiteln C-3.1 und C-3.2 abgebildet.

Der IQWiG Rapid Report „Screening zur Früherkennung einer familiären Hypercholesterinämie bei Kindern und Jugendlichen, Auftrag S24-01, Stand: 26.08.2024 ist abrufbar unter www.iqwig.de. Er wird vom G-BA als eine Grundlage für die weiteren Beratungen unter Anwendung der Vorgaben der VerfO genutzt.

B Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens

B-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Der UA MB hat in seiner Sitzung am 26. Februar 2026 den in Kapitel B-4.1 aufgeführten Institutionen/Organisationen gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt Verfo Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme für dieses Beschlussvorhaben erteilt.

Folgenden Organisationen ist Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben:

- Bundesärztekammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V,
- Bundeszahnärztekammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V,
- Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) § 91 Absatz 5a SGB V
- Jeweils einschlägige in der AWMF organisierte Fachgesellschaften aus der Liste nach 1. Kapitel § 9 Absatz 5 Verfo gemäß § 92 Absatz 7d Satz 1, 1. Halbsatz SGB V

B-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens

Der UA MB beschloss in seiner Sitzung am 26. Februar 2026 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen (siehe Kapitel C-4.1 – C-4.4) wurden den Stellungnahmeberechtigten am 3. März 2026 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von vier Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

B-3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.
- dass bei nicht fristgerechtem Eingang einer schriftlichen Stellungnahme die Möglichkeit besteht, dass diese nicht mehr ausgewertet wird und in diesem Fall keine Einladung zur Anhörung erfolgt.

B-4 Übersicht

B-4.1 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde

In der nachfolgenden Tabelle sind die Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme gegeben wurde, aufgelistet und sofern eine solche abgegeben wurde, wurde dies unter Angabe des Eingangsdatums vermerkt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme
Bundesärztekammer (BÄK)	31.03.2026 (Verzicht)
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	26.03.2026 (Verzicht)
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	27.03.2026 (Verzicht)
Einschlägige, in der AWMF-organisierte Fachgesellschaften, vom G-BA bestimmt am 26.02.2026	
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- & Familienmedizin (DEGAM)	30.03.2026
Deutsche Gesellschaft für Kinder- & Jugendmedizin (DGKJ) <u>mit Unterstützung von</u> Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie & Jugendmedizin (DGSPJ) Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED) Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) AG Kinder- und Jugendgynäkologie	31.03.2026
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)	31.03.2026
Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin & Prävention (DGSMP)	12.04.2026
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie & Jugendmedizin (DGSPJ)	s. SN DGKJ
von AWMF bestimmt	
Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG)	
Deutsche Gesellschaft für Audiologie (DGA)	
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie & Geburtshilfe (DGGG)	
Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- & Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC)	
Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- & Kreislaufforschung (DGK)	
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE)	s. SN DGKJ
Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED)	s. SN DGKJ
Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie & Angeborene Herzfehler (DGPK)	30.03.2026
Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin	

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DGPP)	
Deutsche Gesellschaft für Prävention & Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR)	
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DKPM)	
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)	

B-4.2 Nicht zur Stellungnahme berechtigte Organisationen/Institutionen

Es wurden unaufgefordert keine Positionierungen abgegeben.

B-5 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

Die Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens sind in Kapitel C-4 abgebildet.

B-6 Schriftliche Stellungnahmen

Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in Kapitel C-4.5 abgebildet.



B-6.1 Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

Im Folgenden finden Sie die Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen, der stellungnahmeberechtigten Organisationen / Institutionen. Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in Kapitel C-4.5 abgebildet. In der nachstehenden Tabelle sind keine Ausführungen abgebildet, die lediglich die zur Stellungnahme gestellten Inhalte wiedergeben oder die das Stellungnahmeverfahren selbst beschreiben.

a. Allgemeine Hinweise der Stellungnehmenden

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
Allgemeine Hinweise der Stellungnehmer				
1.	DEGAM	Die Aufnahme der J1-Untersuchung in das Gelbe Vorsorgeheft ist zu begrüßen, da damit der bürokratische Aufwand reduziert wird und die Vorsorgeuntersuchung der 13 bis 14 jährigen Jugendlichen in die Systematik der Vorsorgen eingepasst wird.	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen.	
2.	DGKJP	Wir begrüßen generell die Einführung der zusätzlichen U Untersuchung und die Spezifizierung zur J 1. Gerade unter dem Aspekt, dass bisherige Untersuchungen zeigen, dass die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren schlechter geworden ist, ist ein verbessertes Screening hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten und Verhaltensproblemen hochgradig notwendig und sinnvoll, auch im Rahmen von U- oder J-Untersuchungen.	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen.	
3.	DGKI	Wir danken herzlich für die Möglichkeit zu der geplanten Änderung der Kinderrichtlinie mit Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder U10 unter	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
Allgemeine Hinweise der Stellungnehmer				
		Aktualisierung der Vorsorgeuntersuchung für Jugendliche J1 Stellung zu nehmen. Wir haben den Textentwurf des gemeinsamen Bundesausschusses mit unserer Screeningkommission, unserem zuständigen Vorstandsmitglied sowie gemeinsam mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen und den pädiatrischen Fachgesellschaften im Konvent für fachliche Zusammenarbeit der DGKJ mit Bezug zu dieser Thematik gemeinsam diskutiert und die nachfolgende Stellungnahme erarbeitet. Die teilnehmenden Fachgesellschaften finden Sie im Briefkopf. Inhaltlich hervorheben wollen wir unsere Einschätzung, dass wir bei den Vorsorgeuntersuchungen in dieser Altersgruppe die Anamneseerhebung mit Fragebögen bzw. Checklisten für geeignet und zielführend halten, um insbesondere auch im psychosozialen Bereich und im Themenbereich Mediennutzung die Situation gut und reproduzierbar einschätzen zu können. Hierfür stehen verschiedene Fragebögen zur Verfügung. Aktuell wird am Deutschen Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit ein Minimal-Data-Set erarbeitet und validiert, der möglicherweise zukünftig Verwendung finden kann. Bezüglich der Perzentilen empfehlen wir die Verwendung der Daten von Kromeyer-Hauschildt et al. (2001), um eine „Normalisierung“ von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen angesichts der Zunahme der Prävalenz der		

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
Allgemeine Hinweise der Stellungnehmer				
		Adipositas in dieser Altersgruppe zu vermeiden. Bei der Dokumentation des klinischen Untersuchungsbefundes halten wir zudem die explizite Erwähnung einer orientierenden neurologischen Untersuchung für höchst relevant. Diese stellt das Kernelement der Vorsorgeuntersuchung und Entwicklungsbeurteilung dar, und sollte grundsätzlich, also nicht nur bei U10 und J1 als Untersuchungselement geführt werden. Derzeit finden sich Teilaspekte der neurologischen Untersuchung unter „Bewegungsapparat“ - das wird aber der Thematik nicht gerecht. Bezüglich des Einschlusses eines allgemeinen und anlasslosen Laborscreenings auf Familiäre Hyperlipidämien verweisen wir auf die in letzter Abstimmung befindliche S3 Leitlinie zum Thema und die erwarteten Kommentierungen/Sondervoten der pädiatrischen Fachgesellschaften. Sofern im Rahmen der Anpassung des gelben Heftes auch die Art der Dokumentation neugestaltet werden soll, so empfehlen wir, die einzelnen Datenpunkte anders zu dokumentieren. Wir halten eine tabellarische Liste mit jeweils Feldern für „Nicht unauffällig“, „Auffällig“, „Beschreibung eines auffälligen Befundes“ für geeignet. In der jetzigen Form wird nicht ersichtlich, ob ein Merkmal untersucht worden ist oder nur unauffällig war.	Für die sprachliche Konsistenz in der Richtlinie werden die Begrifflichkeiten belassen, medizinisch relevante, neurologische Aspekte sind in der klinischen Untersuchung abgebildet. Die Empfehlungen der S3 LL können erst geprüft werden, wenn diese veröffentlicht ist. Hinweis zur Dokumentation siehe lfd. Nr. 13	

b. Stellungnahmen zum Beschlussentwurf

§ 3 Absatz 2

b) Familienanamnese

- besondere familiäre Erkrankungen
- Gab es schwere Herz-Kreislauferkrankungen oder plötzliche Todesfälle bei Familienmitgliedern im Alter von <50 Jahren?
- Ist eine familiäre Hypercholesterinämie bekannt?

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 1.b Familienanamnese				
4.	DGPK Gab es schwere Herz-Kreislauferkrankungen oder plötzliche Todesfälle bei Familienmitgliedern im Alter von <50 Jahren?	Die Frage nach familiären Herz-Kreislauferkrankungen war seit Jahrzehnten ein Bestandteil des Dokumentationsbogens der J1. Sie hat bei der Durchführung kaum Beachtung gefunden. In Deutschland sind weniger als 5% der von familiärer Hypercholesterinämie Betroffenen identifiziert, bevor sie ihren ersten Herzinfarkt oder Schlaganfall erleben. Die Strategie über die Familienanamnese Erkrankte zu identifizieren, bevor eine relevante Arteriosklerose eintritt, hat damit klar versagt. Sollen 50% der frühen Herzinfarkte verhindert und die Lebenserwartung der von FH betroffenen um 20-25 Jahre verlängert werden, ist ein universelles FH-Screening mit einer LDL-Cholesterinbestimmung und anschließender Genetik der konsequente diagnostische Schritt. Dies ist auch in der Neufassung der Leitlinie „Fettstoffwechselstörungen im	<u>Hinweis GF:</u> in Ergänzung zur Stellungnahme wurde von der FG eine zusammenfassende Darstellung zum "Screening zur Identifikation der Familiären Hypercholesterinämie im Kindesalter" übersandt, welche im Sammel-PDF abgebildet ist. Auf der Grundlage einer Nutzenbewertung durch das IQWiG sowie einer Stellungnahme der Fachberatung Medizin hat der G-BA im Ergebnis seiner Beratung die Frage zu schweren Herz-Kreislauferkrankungen oder	

		Kindesalter“, die in den nächsten Wochen publiziert werden wird, so beschlossen worden. Die in diesem Monat publizierte amerikanische „2026ACC/AHA/AACVPR/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Dyslipidemia“ empfiehlt nun ebenfalls ein generelles Screening auf FH für alle Kinder zwischen 9 und 11 Jahren. In Kombination mit einem reversen Kaskadenscreening lassen sich die höchsten Detektionsraten erreichen. Damit kann ein wesentlicher Schritt zur Prävention von Herzinfarkt und Schlaganfall geleistet werden. Dies ist umso mehr nötig, da in Deutschland die höchste kardiale Morbidität und Mortalität in Europa besteht.	plötzlichen Todesfällen bei Familienmitgliedern im Alter von <50 Jahren sowie bei Verdacht auf familiäre Hypercholesterinämie eine Laboruntersuchung des Low-Density-Lipoprotein (LDL) in die U10 aufgenommen. Zudem wird im Gelben Heft diese Untersuchung dokumentiert. Eltern können in Vorbereitung auf die Früherkennungsuntersuchung sich entsprechend mit dieser Fragestellung auseinandersetzen. Im Ergebnis dieser Änderung wird davon ausgegangen, dass Eltern sensibilisiert werden und somit eine höhere Aufmerksamkeit auf diese Erkrankungen in der Familie erreicht wird. 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 Teilnahmerate steigen wird und damit die Gesunderhaltung der Kinder und Jugendliche weiter gefördert werden kann. Die Empfehlung der amerikanischen LL zum Screening	
--	--	--	--	--

			von Kindern ist nicht neu hinzugekommen und hat einen „moderate Level of Evidenz“, nicht randomisierte Studien. Ein reverse Kaskadenscreening ist ethisch bedenklich, wenn der Nutzen eines universellen FH-Screenings für die Kinder nicht zuverlässig nachgewiesen wurde und sollte z. B. vom Ethikrat bewertet werden.	
--	--	--	---	--

§ 3 Absatz 2

d) ergänzende Anamnese

GKV-SV/DKG/PatV [keine Checkliste]	KBV: [Nutzung einer Checkliste gemäß Anlage 1a]
- Beratungsbedarf zu weiteren Themen, z. B.: – Probleme in der Schule, – Essverhalten und Ernährung, – Schlafstörungen, – Veränderungen durch die [GKV/DKG: Pubertät], [PatV: Geschlechtsreife, Adoleszenz] – erste Regelblutung und Sexualekontakte, – Rauchen, Alkohol- oder Drogenkonsum	Identifizierung des Gesprächsbedarfs der Jugendlichen unter Hinzuziehung der Checkliste gemäß Anlage 1a.

-	GKV-SV/PatV: [kein Fragebogen]	KBV/DKG: [Nutzung eines Fragebogens gemäß Anlage 1b]
Digitale Mediennutzung (Bildschirmzeit)		Identifizierung des Gesprächsbedarfs der Jugendlichen unter Hinzuziehung eines Fragebogens gemäß Anlage 1b.
Einschätzung der digitalen Mediennutzung, pro Tag in Stunden z. B.: - schulisch/privat; - Begrenzung der digitalen Medienzeit		
Körperliche Aktivität		
Einschätzung der körperlichen Aktivität pro Woche in Stunden: - Bewegung im Alltag, z.B. Gestaltung des Schulwegs, Freizeitaktivität - intensive körperliche Aktivität, z.B. im Sportverein		

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 1.d ergänzende Anamnese				
5.	DEGAM	Die Verwendung von Checklisten und Fragebögen wie 1, 1a, 1b sind sinnvoll, um Problemfelder zu erkennen und gezielt ansprechen zu können. Strukturiert die Gesprächsführung	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen. <u>GKV-SV:</u> In der Kinder-RL werden obligate Inhalte der Anamneseerhebung vorgegeben. Die vorgegebenen Inhalte bilden einen Rahmen, die konkrete Ausgestaltung des Anamnesegesprächs sollte	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 1.d ergänzende Anamnese				
			entsprechend der ärztlichen Kompetenz gemäß § 1 Abs. 5 der jeweiligen Untersuchungssituation angepasst werden. Zur Unterstützung einer strukturierten Anamneseerhebung können Fragebögen verwendet werden.	
6.	DGKJP – Fragen zur Nutzung digitaler Medien sowohl zur Dauer als auch zu Inhalten	– Für die sehr wichtige Abfrage der Mediennutzung bei Kindern plädieren wir für genaue Nachfrage nach den Inhalten und den Bildschirmzeiten. Es ist eine Fehlannahme, dass bei Mediennutzung nur die Zeitdauer eine Rolle spielt. Wir wissen, dass es auch um Inhalte geht. Für eine umfassende Einschätzung reicht die Vorlage des GKV-Spitzenverbandes und der Patientenvertretung nicht aus. Es muss systematisch und präziser nachgefragt werden.	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen. <u>KBV/DKG:</u> Eine differenzierte Erfassung der Mediennutzung und der körperlichen Aktivität ist wichtig für ihre valide Erhebung. Der Effekt bekannter Verzerrungspotentiale kann hiermit eingeschränkt werden, etwa wenn der Medienkonsum bagatellisiert und euphemisiert wird, wie <i>die jugendliche Person braucht doch das Internet für die</i>	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 1.d ergänzende Anamnese				
			<i>Schule.</i> Zudem unterscheiden sich die Medieninhalte in ihrem Schadenspotential. Soziale Medien gelten z.B. als aufrechterhaltende Faktoren bei Essstörungen. <u>GKV-SV:</u> Bei der J1 erfolgt eine orientierende Einschätzung der Mediennutzung. Diese soll bei der Gesamtbeurteilung der Untersuchungsergebnisse berücksichtigt werden, da ein problematischer Medienkonsum z. B. Übergewicht, Schlafprobleme, Bewegungsmangel oder psychische Probleme zur Folge haben kann. Kinder haben unterschiedliche Kompetenzen mit Medien umzugehen und reagieren individuell auf die Nutzung von Medien.	
7.	DGKJ Ergänzende Anamnese	Bei der Jugendgesundheitsuntersuchung haben sich	Die Stellungnahme wird dankend	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 1.d ergänzende Anamnese				
	zur Digitalen Medien-nutzung und Körper-lichen Aktivität: Hierzu sollen Checklisten /Fragebögen für die Jugendlichen und für die Personensorgeberechtigt en (im Allgemeinen die Eltern) verwendet werden.	standardisierte Anamnese-Fragebögen in der Praxis seit vielen Jahren bewährt, insbesondere der Mannheimer Jugendlichen-Fragebogen (MJF) für 12- bis 16-jährige von Esser und Laucht (Esser et al. 2015). Dieser dient zum zeiteffektiven Screening auf zahlreiche somatische und psychosoziale Belastungen und Erkrankungen und liegt leider nur deutschsprachig vor. Da Jugendliche nicht immer ausreichend genau Auskunft über ihre gesundheitliche und psychosoziale Situation Auskunft geben, hat es sich in der Praxis sehr bewährt, parallel eine Bezugsperson (im Allgemeinen ein Elternteil) ebenfalls mit einem standardisierten Fragebogen zu den genannten Themen zu befragen, zum Beispiel mit dem MEF für U10/U11/J1 des BVKJ (basierend auf dem MEF für 6- bis 12-jährige von Esser und Laucht 2015), der auf deutsch, englisch, russisch und türkisch vorliegt. Dadurch wird man zeiteffektiv auf eventuelle Diskrepanzen in der Selbst- und Fremdeinschätzung aufmerksam, die auf Probleme und/oder Beratungs-bedarf hinweisen können. Die von der KBV vorgeschlagenen Checklisten (Anlage 1a und 1b im „Fließtext zum Beschlussentwurf“ zur J1 vom 26.2.2026) erscheinen ebenfalls geeignet, wenn sie parallel von den Jugendlichen und den Eltern beantwortet werden. Auf jeden Fall ist ein solches Screening notwendig und soll überall mit denselben standardisierten Instrumenten durchgeführt werden, um eine Vergleichbarkeit und ggf. sogar wissenschaftliche Auswertbarkeit zu ermöglichen.	zur Kenntnis genommen. <u>GKV-SV: Siehe Nr. 5 und 6.</u> Auch die orientierende Einschätzung der körperlichen Aktivitäten soll bei der Gesamtbeurteilung der Untersuchungsergebnisse berücksichtigt werden. <u>KBV/DKG:</u> Die differenzierte Erhebung der körperlichen Aktivität ermöglicht eine reliablere und damit validere Erfassung. Auf dieser Grundlage kann die hierauf basierende individualisierte Beratung passgenauer erfolgen.	

§ 3 Absatz 2

2. Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung

GKV-SV/KBV/DKG/PatV	UPM/Vorsitz UA MB
unter Einbeziehung des Gesundheitsfragebogens KIDSCREEN-10 Index: Kinder- und Jugendlichenversion gemäß Anlage 1	<i>Keine Vorgabe des Erhebungsinstrumentes für die Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung</i>

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 2. Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung				
8.	DEGAM	Hier sollte der Gesundheitsfragebogen Anlage 1 zur Strukturierung zugrunde gelegt werden	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen.	
9.	DGKJP	Aus fachlicher Sicht ist dringend zu unterstützen, dass systematisiert und möglichst mit etablierten Instrumenten ein Screening zur Beurteilung der psychosozialen Entwicklung von Kindern stattfindet. Deshalb begrüßen wir sehr, dass der KIDSCREEN-10 als international anerkanntes und in viele Sprachen übersetztes Screeninginstrument zur Lebensqualität und emotionalen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hierfür verwendet werden soll. Es sei vorausschauend darauf hingewiesen, dass im Rahmen der deutschen Gesundheitsforschungszentren	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen. Das UPM/ Vorsitz des UA MB zieht seine Position zurück.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 2. Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung				
		Deutsches Zentrum für Psychische Gesundheit und Deutsches Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit an einem einfachen Screening, das open access ist, gearbeitet wird (Minimum-Data-Set Child, MDS-Child). Dieses Verfahren wäre gegebenenfalls nach der entsprechenden Validierung in der Zukunft auch einsetzbar. Generell unterstützen wir, dass möglichst eine hochgradige Systematisierung der Gesprächsinhalte mit Verwendung von evaluierten Kurzinstrumenten sowie klaren Vorgaben auch für die Gesprächsinhalte (Checklisten) vorgenommen wird. Ansonsten sehen wir die Gefahr, dass eine systematische Erhebung nicht stattfindet, was den gesamten Wert der Untersuchungen hinsichtlich der Früherkennung zu psychischen Belastungen wie auch riskantem Verhalten (Mediengebrauch etc.) deutlich schmälern würde. – Wichtig erscheint uns, dass durchführende Ärzt:innen die Risikofaktoren für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (z.B. Frühgeburtlichkeit, SES, psychische Erkrankung eines Elternteils etc.) kennen und hier gezielt nach Auffälligkeiten bei den Kindern screenen. Zudem ist die Einordnung der Ergebnisse aus dem Screening von Bedeutung. Hier	Die Prävalenz psychischer Auffälligkeit auf Grundlage der 2. KiGGS-Welle fällt mit 19,1% bei den Jungen höher aus als bei Mädchen mit 14,5%. Mit 22,3 % bzw. 22,2% ist die Prävalenz in der Altersgruppe 6-8 Jahre bzw. 9-11 Jahre am höchsten. Bei den Mädchen liegt die Prävalenz in den genannten Altersgruppen bei 13,8% bzw. 16,4% (Klipker	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 2. Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung				
		muss ggfs. auch geschult werden, welche Beratung und Maßnahmen sinnvoll und zielgerichtet sind – auch um eine Überdiagnostik zu vermeiden.	et al. 2018, siehe auch nachfolgende Tabelle). Psychische Auffälligkeiten sind häufig und daher Gegenstand der Musterweiterbildung Allgemeinmedizin FEWP FA Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendmedizin FEWP FA Allgemeinmedizin . Der Hinweis wird dankend zur Kenntnis genommen. Entsprechend ist in der im Abschnitt A §1 Absatz 3 der Kinder-RL geregelt, dass das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, die Ärztin oder der Arzt dafür Sorge tragen soll, dass diese Fälle, soweit erforderlich, im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und wenn nötig einer Therapie zugeführt werden.	
10.	DGKI Die Erhebung der psycho-sozialen Entwicklung soll mit einem standardisierten Erhebungsinstrument durchgeführt werden.	Immer wieder fragen Eltern, warum Früherkennungsuntersuchungen überall unterschiedlich durchgeführt werden und ob es keinen Standard gibt. Der Standard für die J1 ist die G-BA-Richtlinie für die Jugendgesundheitsuntersuchung. Für die Erhebung der psychosozialen Entwicklung wurde der KIDSCREEN-10 vorgeschlagen. Ebenso könnte man den MJF von	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen. Zusammenfassend wurde durch den G-BA festgestellt, dass aufgrund der umfangreichen, strukturierten Entwicklung des Fragebogens unter Einbezug einer ausreichend großen Anzahl an gesunden und	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 2. Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung				
		Esser und Laucht benutzen; das hätte den Vorteil, dass gleichzeitig viele wichtige somatische Probleme mit abgefragt würden, wozu neben dem KIDSCREEN-10 ein zusätzlicher Fragebogen nach Anlage 1a aus dem Fließtext für die J1 für die Jugendlichen und nach Anlage 7a aus dem Beschlussentwurf für die U10 für die Eltern nötig wird. Wichtig sind auf jeden Fall einheitliche Vorgaben. Wenn man die Auswahl der Erhebungsinstrumente der ausführenden Organisation überlässt, erfolgen die Untersuchungen nicht standardisiert, und die Ergebnisse sind nicht vergleichbar. Vergleichbarkeit muss aber das Ziel eines jeden Screenings sein.	chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen davon ausgegangen werden kann, dass der Fragebogen kulturübergreifend die 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 Index-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	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 2. Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung				
			Planung gezielter Unterstützungs- und Interventionsmaßnahmen helfen, um auf die spezifischen Bedürfnisse der Kinder eingehen zu können.	

§ 3 Absatz 2

3. Eingehende körperliche Untersuchung

a) Körpermaße

GKV-SV/KBV/DKG/PatV	UPM/Vorsitz UA MB
und Eintragung in das Somatogramm:	<i>Keine Nutzung des Somatogramms</i>

- Körpergewicht
- Körperlänge
- BMI

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 3. Eingehende körperliche Untersuchung, a) Körpermaße				
11.	DGKJP	– Warum die Perzentilenkurven entfallen sollen, erschließt sich uns aus medizinischer Sicht nicht. Sie sind sehr wichtige Parameter für die Beurteilung von Entwicklungsauffälligkeiten	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 3. Eingehende körperliche Untersuchung, a) Körpermaße				
	– Eintragung in das Somatogramm	bei Kindern und Jugendlichen, sowohl zum Beispiel im Verlauf einer Psychostimulanzienbehandlung wie auch bei möglichen neu auftretenden Essstörungen.		
12.	DGKJ „Körperlänge“ durch „Körperhöhe“ ersetzen Körpergewicht, Körperhöhe und BMI sollen in ein Somatogramm eingetragen werden, wie GKV-SV/KBV/ DKG/PatV dies vorsehen.	„Körperlänge“ bezeichnet die im Liegen gemessene Länge, sobald Kinder stehen können, soll die Körperhöhe im Stehen gemessen werden. Zur Beurteilung des Gewichts- und Längenwachstums ist gerade im pubertären Wachstumsschub nicht nur die Über- oder Unterschreitung von Grenzwerten wie P3, P10, P90 oder P97 von Bedeutung, sondern auch ein „Kreuzen“ ausgehend von anderen Perzentilenkurven wie P25, P50 oder P75. Dies ist ohne ein Somatogramm nicht möglich. Dafür sollen für das Körpergewicht und den BMI ältere Daten verwendet werden, wie die Daten von Kromeyer-Hauschildt et al. (2001) oder die Daten aus Welle 1 der KIGGS-Studie, da die Perzentilenkurven aus neueren Erhebungen durch die allgemeine Zunahme der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas nach oben verschoben werden. Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) empfiehlt daher die Verwendung der Perzentilenkurven von Kromeyer-	Für die Wahrung der sprachlichen Konsistenz über die Früherkennungsuntersuchungen wird die Angabe ‚Körperlänge‘ belassen. Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 3. Eingehende körperliche Untersuchung, a) Körpermaße				
	Bei Übergewicht (BMI >P90): Aufnahme der Abfrage von Adipositas-assoziierten Symptomen einer Hyperandrogenämie wie Akne, Acanthosis nigricans unregelmäßige Menstruation. Aufnahme der Abfrage von Symptomen eines Diabetes mellitus Typ 2 (Polydipsie, Polyurie, Abgeschlagenheit, Krankheitsgefühl)	Hauschildt et al. (2001). Bei Adipositas ist eine frühe Diagnosestellung assoziiert mit einer besseren Prognose (bezüglich des Metabolischen Syndroms, psychischer Probleme, der Fertilität bei Polyzystischem Ovar-Syndrom (Lis et al. 2023, Wechsung et al. 2025). Bei frühzeitiger Sensibilisierung der Betroffenen ist eine Einsparung sekundärer langfristiger Gesundheitskosten zu erwarten. Die Inzidenz des Diabetes mellitus Typ 2 im Jugendalter steigt an, wird aber häufig spät diagnostiziert. Frühzeitige Diagnose und Therapie verbessern die Prognose (Denzler et al. 2025).	In Ausübung der ärztlichen Tätigkeit wird davon ausgegangen, dass unter Beachtung der Körpermaße sowie des BMI eine entsprechende Abfrage erfolgt. Hierbei handelt es sich um eine neue Screeninguntersuchung, die eine Bewertung voraussetzt.	

§ 3 Absatz 2

3. Eingehende körperliche Untersuchung

b) Haut

- Auffällige Blässe

- Anhalt für Verletzungen (z. B. Hämatome, Petechien, Verbrennungen, Narben und Schnittverletzungen)
- Entzündliche Hautveränderungen
- c) Thorax, Lunge, Atemwege
 - Auskultation (Atemgeräusch/ Atemfrequenz)
 - Thoraxkonfiguration
- d) Hals
 - Struma
- e) Herz, Kreislauf
 - Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebengeräusche)
 - Blutdruckmessung
- f) Abdomen
 - Inspektion/Palpation:
 - Leber- und Milzvergrößerung
 - Hernien
 - Analregion
 - Pathologische Resistenzen
- g) Genitale und Pubertätsentwicklung
 - Untersuchung der äußeren Geschlechtsmerkmale
 - Feststellung der Tannerstadien B, PH, G
 - Stimmbruch
- h) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
 - Inspektion des ganzen Körpers
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Formveränderungen (z.B. Skoliose, Beinachsenfehlstellung, Fußdeformitäten)
 - Bewegungseinschränkung der Hüfte
 - Prüfung der aktiven und passiven Beweglichkeit
 - Muskeltonus
 - Muskeigenreflexe

- i) Mundhöhle, Kiefer, Nase
 - Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen
 - Kieferanomalien
- j) Augen
 - Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Strabismus
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
 - Prüfung der Sehschärfe: re/li mit genormten Sehprobentafeln (Kurz- und Weitsichtigkeit)
 - Farbsinnstörung
- k) Laboruntersuchung:
 - Bei Verdacht auf eine familiäre Hypercholesterinämie erfolgt eine Laboruntersuchung des Low-Density-Lipoprotein- (LDL)
- l) Blutdruckmessung

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 3.b-I				
13.	DGKJ Zeilen 13-21 Bei den verschiedenen genannten Organ-systemen soll je ein Ankreuzfeld für „unauffällig“ und „auffällig“ sowie eine freie Zeile für die Eintragung von Auffälligkeiten eingefügt werden.	Die Dokumentation der körperlichen Untersuchung ist unübersichtlich; es bleibt offen, ob Befunde unauffällig waren oder gar nicht untersucht wurden.	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen. Im Rahmen der Beratung zum Verfahren „Prüfung der Anforderung an die Dokumentation in der Anlage 1 der Kinder-RL“ wird der Hinweis geprüft.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 3.b-I				
14.	Unter b) sollen „Haut und Hautanhangsgebilde“ genannt werden.	Haare und Nägel sind als Hautanhangsgebilde von Bedeutung für den körperlichen Befund.	Der Hinweis - „Haare und Nägel“ wird aufgenommen.	b) Haut - <i>Auffälligkeiten an Haaren und Nägeln</i>
15.	Einzelne Befunde (wie unter b) „Auffällige Blässe“) sollen weggelassen werden, ebenso Untersuchungsmethoden und deren Erklärung (wie unter c) „Thorax, Lunge, Atemwege: Auskultation (Atemgeräusch und Atemfrequenz)“ und unter e) „Herz, Kreislauf: Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -neben Geräusche). Dies gilt analog für alle weiteren	Die Nennung einzelner Befunde (wie „Auffällige Blässe“) lässt andere möglicherweise für das Screening relevante Befunde in den Hintergrund treten; eine vollständige Liste relevanter Befunde kann ohnehin nicht erstellt werden. Untersuchungsmethoden (wie „Auskultation“) müssen nicht genannt werden, diese sind für Ärztinnen und Ärzte selbstverständlich. Ebenso selbstverständlich ist, worauf bei der Auskultation von Lunge und Herz geachtet werden muss.	Für die Wahrung der sprachlichen Konsistenz über die Früherkennungsuntersuchungen wird die Angabe ‚auffällige Blässe‘ belassen. Dies gilt auch für die weiteren Vorschlägen zu Änderungen von Angaben in dieser Stellungnahme.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 3.b-I				
	Unterpunkte.			
16.	e) Blutdruckmessung: Blutdruck in mmHg angeben	e): Wenn die gemessenen Blutdruckwerte angegeben werden, ist das für nachfolgende Untersucher nachvollziehbar und erlaubt Vergleiche mit neuen Messergebnissen.	Mit der Aufnahme von Somatogrammen für diese Altersgruppe wird eine vergleichende Bewertung der erhobenen Messwerte ermöglicht. Vgl. hierzu auch die Begründung in den Tragenden Gründen zur Kinder-RL im Abschnitt 2.1.6 Dokumentation.	
17.	f): „Inspektion/ Palpation“ und „Analregion“ streichen. g): „Genitale und Pubertätsentwicklung“: „Untersuchung der äußeren Geschlechtsmerkmale“ streichen.	f) und g): Untersuchungsmethoden müssen nicht genannt werden. Die Analregion gehört nicht zum Abdomen. Die Untersuchung der Brust und der Genitoanalregion über die Feststellung der Tanner-Stadien hinaus ist im Alter von 13 und 14 Jahren besonders bei Mädchen - manchmal aber auch bei Jungen - sehr häufig stark schambehaftet. Hier muss man sehr rücksichtsvoll vorgehen und bei verdächtigen Symptomen bei Mädchen auf eine Frauenärztin verweisen. Gleichzeitig muss man sensibel sein, dass extreme Angst vor der Untersuchung im Genitoanalbereich und der weiblichen Brust auch auf seelische Probleme durch Missbrauch hinweisen kann.	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen. Nach fachlicher Prüfung wird der Spiegelstrich „Inspektion der Analregion“ gestrichen, da in diesem Alter nicht mehr erforderlich. Anlassbezogen kann eine Inspektion erfolgen.	Streichung „Analregion“
18.	j): Felder für den	j): Wenn die Visuswerte seitengetrennt dokumentiert werden, ist	Klammerzusatz „Kurz-/Weitsichtig-	Im

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 3.b-I				
	ermittelten Visuswert getrennt für rechts und links einfügen, eventuell auch für das Ergebnis des Stereotest (Lang I positiv oder negativ). „Weitsichtigkeit“ und „Farbsinnstörung“ streichen.	das für nachfolgende Untersucher nachvollziehbar und erlaubt den Vergleich mit neu erhobenen Werten. Zur Beurteilung der binokularen Kooperation ist ein Stereotest sinnvoll; hier ist der Lang-Test I zu bevorzugen, weil er im Vergleich zu anderen Stereotests über die beste Sensitivität und Spezifität verfügt. Ein Screening auf Weitsichtigkeit (Hyperopie) ist bei Jugendlichen mit Sehprobentafeln kaum möglich, da sie die Hyperopie durch Akkommodation ausgleichen können. Sie bekommen eher Kopfschmerzen durch anhaltende Anspannung des Ciliarmuskels. Zur Diagnose ist eine Refraktionsbestimmung in Cycloplegie nötig, das ist aber kein Screening-Test. Es gibt keine Evidenz für den Nutzen eines Screenings auf Farbsinnstörungen im Jugendalter.	keit“ wird gestrichen. Es erfolgt neben der Dokumentation im Gelben Heft auch eine Dokumentation in der Patientenakte; entsprechend sind keine weiteren Ankreuzfelder im gelben Heft erforderlich.	Spiegelstreich - Prüfung der Sehschärfe : re/li mit genormten Sehprobentafeln wird (Kurz-/Weitsichtigkeit) gestrichen
19.	k): Hier streichen und als „4. Laboruntersuchung“ vor „5: Beratung“ einfügen. Zum Screening auf Familiäre Hypercholesterinämie verweisen wir auf die fast publikationsreife neue „S3-Leitlinie zur	k): Laboruntersuchungen gehören nicht zur körperlichen Untersuchung. Mit einer Inzidenz von ca. 1:350 ist die Familiäre Hypercholesterinämie die häufigste Stoffwechselstörung, wird aber nur selten früh genug diagnostiziert, um ein Kaskadenscreening in der Verwandtschaft und eine effektive Prävention zu ermöglichen. Die Einführung der Jugendgesundheitsuntersuchung im Jahr 1999 mit einem selektiven Screening, basierend auf der positiven	Dem Hinweis wird gedankt und entsprechend umgesetzt. Vgl. Würdigung in Zeilennr. 4.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 3.b-I				
	Diagnostik und Therapie von Hyperlipidämien bei Kindern und Jugendlichen“ der AWMF (Register-Nr. 27-068), die voraussichtlich bis zur Anhörung öffentlich zugänglich sein wird. Urinuntersuchung auf Protein, Erythrozyten, Ketonkörper und Zucker einfügen.	Familienanamnese für vorzeitige kardiovaskuläre Erkrankungen oder Todesfälle, hat nicht zu einer spürbar häufigeren Frühdiagnose und Frühtherapie geführt. Ein generelles Screening wird daher derzeit von zunehmend mehr Experten befürwortet. Dem DGKJ-Vorstand liegt die Leitlinie zur Prüfung/Genehmigung vor; derzeit bestehen in der DGKJ Zweifel, ob alle Kriterien für die Einführung eines generellen Screenings auf Hypercholesterinämie erfüllt sind.“ Eine Urinuntersuchung mit Streifentests auf die genannten Parameter ist ein wenig aufwändiges Screening auf Nierenerkrankungen und Frühstadien eines Diabetes mellitus Typ 1.	Hierbei handelt es sich um eine neue Screeninguntersuchung, die eine Bewertung voraussetzt.	
20.	Als neuen Absatz k) einfügen: Ohren: Gehörgang und Trommelfell Tonaudiometrie	Mit der Otoskopie ist eine wenig aufwändige Methode zum Screening auf Gehörgangsverlegungen und Trommelfellverletzungen sowie chronische Entzündungen des Mittelohrs in pädiatrischen Praxen etabliert. Die Tonaudiometrie dient zur Früherkennung einer Hochtonschwerhörigkeit, zum Beispiel durch zu laute Kopfhörer-Einstellung beim Hören von Musik, was bei Jugendlichen häufig ist. Je länger die Hochtonschwerhörigkeit unerkannt besteht, desto schlechter ist ihre Prognose.	Hierbei handelt es sich um eine neue Screeninguntersuchung, die eine Bewertung voraussetzt. Nachgelagert wird geprüft, ob eine fundierte Studienlage zu dieser Screeninguntersuchung vorliegt.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 3.b-I				
21.	I): Streichen.	I) Die Blutdruckmessung wird unter e) und I) genannt. Doppelungen sollen vermieden werden.	Vielen Dank für den redaktionellen Hinweis. Der Vorschlag wird umgesetzt.	Die Angabe +) Blutdruckmessung wird gestrichen.

§ 3 Absatz 2

4. Beratung:

Präventionsorientierte ärztliche Beratung, problemorientiert zu folgenden Themen:

GKV-SV	KBV/DKG/PatV
Informationen zu Präventionsangeboten z. B. der Krankenkassen	
Essverhalten und Ernährung (auf ausreichend Jodzufuhr achten)	
Bewegung und Sport	
Digitaler Medienkonsum	
Risikoverhalten und Unfallverhütung (Verkehr, Sport)	
[keine Aufnahme des Themas]	Symptome vom Diabetes Typ I (Gewichtsabnahme, häufiges Wasserlassen, viel trinken)
UV- Schutz	
Lärmschutz	
Sexualität, Infektionsschutz, Schwangerschaftsverhütung	
Umgang mit Suchtmittel (z. B. Alkohol und Nikotin)	

Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins. Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs- Richtlinie des G-BA überprüfen. HPV- Impfung für Jungen und Mädchen
[KBV/DKG Position: Meningokokken-Impfung für Kinder ab 12 Jahre]

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 4. Präventionsorientierte ärztliche Beratung, problemorientiert zu folgenden Themen:				
22.	DEGAM	Hier sollte der Punkt „Probleme im familiären, sozialen oder schulischen Umfeld“ aufgenommen werden.	Im Rahmen der Anamnese sollen wichtige Informationen über die Gesundheit, Entwicklung und das Lebensumfeld des Kindes/ der jugendlichen Person erfasst werden. In der JGU-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. Es wird davon ausgegangen, dass im Beratungsgespräch diese anamnestischen Erkenntnisse einfließen.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 4. Präventionsorientierte ärztliche Beratung, problemorientiert zu folgenden Themen:				
23.	DGKJ Eine Beratung zu den Symptomen eines Diabetes mellitus Typ 1 (Polydipsie, Polyurie, Gewichtsverlust) soll erfolgen (wie von KBV/DKG/PatV befürwortet).	Eine Studie in Baden-Württemberg hat gezeigt, dass durch gezielte Aufklärung über die genannten Frühsymptome die Ketoazidose-Rate in etwa halbiert werden kann (Holder und Eehalt 2019). Im Vergleich verschiedener Altersgruppen im Kindes- und Jugendalter zeigt in der Altersstufe der J1 bei Mädchen die zweithöchste und bei Jungen die höchste Inzidenz für die Erst-manifestation eines Diabetes mellitus (Buchmann et al. 2023). Diese Erstmanifestationen erfolgen bei fast einem Drittel der Betroffenen Kinder und Jugendlichen mit einer Ketoazidose, ob-wohl der Entwicklung einer Ketoazidose gehen im Regelfall typische Symptome (Polyurie, Polydipsie, Gewichtsverlust) vorausgehen (DDG). Die Diabetesmanifestation mit Ketoazidose ist mit einer schlechteren Langzeitprognose assoziiert, u.a. durch verursachte Schäden am Gehirn, die mit kognitiven Störungen verbunden sind. Die Vermeidung einer Ketoazidose geht außerdem mit dauerhaft besseren Behandlungsergebnissen des Diabetes einher.	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen. <u>GKV-SV:</u> Der GKV-SV schließt sich der Position der KBV/DKG/PatV an.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 4. Präventionsorientierte ärztliche Beratung, problemorientiert zu folgenden Themen:				
24.	Der Hinweis auf die HPV-Impfung bei Mädchen und Jungen soll entweder entfallen, oder es soll zusätzlich auf die Meningokokken-ACWY- und die Tdap-IPV-Impfung erfolgen.	In der Formulierung „Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA überprüfen“ sind die für die Altersgruppe 13 und 14 Jahre für Jungen und Mädchen empfohlenen Impfungen gegen HPV, Meningokokken ACWY und Tdap-IPV enthalten. Es macht keinen Sinn, hier die HPV-Impfung herauszuheben. Auch bei der Tdap-IPV-Impfung liegen die Impfquoten in diesem Alter nur bei sehr unbefriedigenden 57% (Rieck et al. 2025), und die Impfungen gegen MenACWY bei Jugendlichen laufen gerade erst an. Zudem wird es auch zukünftig Änderungen der Schutzimpfungs-Richtlinie geben. Daher erscheint es vorteilhaft, hier keine einzelnen Impfungen zu erwähnen.	Bundesweite¹ Bemühungen, dass Wissen zu HPV-Impfungen sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen zu steigern, soll durch diese Ergänzung explizit unterstützt werde. Die Nationale Lenkungsgruppe Impfen (NaLi) hat dies in ihrem HPV-Konzept zur Verbesserung der Krebsprävention ebenfalls hervorgehoben.² Es wird ebenfalls explizit auf die Impfung auf Meningokokken-hingewiesen, da diese 2025 für die Altersgruppe der 12 – 14 Jährigen	

1 [Schulprojekt HPV-Impfung | BMG](#)

2 [Das HPV-Impfkonzept der NaLi » HPV-Schwerpunkt » Nationale Lenkungsgruppe Impfen \(NaLi\) »](#)

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 2, 4. Präventionsorientierte ärztliche Beratung, problemorientiert zu folgenden Themen:				
			neu in die Schutzimpfungs-RL aufgenommen wurde. Mit dem Hinweis auf die Schutzimpfungs-RL des G-BA erfolgt eine Beratung zu allen zu Lasten der GKV erbringbaren Schutzimpfungen. Der RL-Text wird wie folgt geändert: „insbesondere - HPV-Impfung, auch bei Jungen - Meningokokken-Impfung“	

§ 5 Dokumentation

25. (1) Die Dokumentation der Untersuchung und Ergebnisse der Jugendgesundheitsuntersuchungen nach dem Abschnitt B erfolgt sowohl in der Patientenakte als auch im Untersuchungsheft für Kinder gemäß der Anlage 1 der Kinder-Richtlinie. Als Untersuchungsheft für Kinder gelten im Sinne dieser Richtlinie sowohl das Untersuchungsheft für Kinder gemäß Anlage 1 der Kinder-Richtlinie als auch das elektronische Untersuchungsheft für Kinder gemäß den Festlegungen nach § 355 Absatz 1 SGB V. Darüber hinaus wird jeweils die Teilnahme an der Untersuchung (J1) auf der separaten Teilnahmekarte des Untersuchungsheftes für Kinder dokumentiert. Die Dokumentationen nach den Sätzen 1 und 3 erfolgen jeweils gemeinsam entweder im Untersuchungsheft für Kinder gemäß Anlage 1 der Kinder-Richtlinie oder auf Wunsch der Versicherten im elektronischen Untersuchungsheft für Kinder.

26. (2) Für die Präventionsempfehlung wird eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt. Die Präventionsempfehlung erfolgt auf dem zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Vordruck gemäß den Inhalten nach Anlage 2.

27. (3) Der zuständige Unterausschuss des G-BA ist berechtigt, Änderungen [KBV: an der Checkliste (Anlage 1a)] und [KBV/DKG: an dem Fragebogen für die Eltern (Anlage 1b)] vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch die jeweilige Anlage nicht in ihrem wesentlichen Inhalt geändert wird. 1. Kapitel § 10 Absatz 1 Satz 2 der Verfahrensordnung gilt entsprechend.

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 5 Dokumentation				
28.	DGKI Für die Dokumentation empfehlen wir eine ausfüllbare Maske für die Praxiscomputer-Systeme, die ausgedruckt und mit einer Dokumentenhülle in einen Kinder-Untersuchungsordner eingeklebt werden kann. Dieser Ordner ersetzt dann das gelbe Heft.	Durch diese Änderung wird eine Reduktion des Dokumentationsaufwands erreicht, da nicht mehr im Praxis-Computer und im Untersuchungsheft getrennt dokumentiert werden muss. Der Kinderuntersuchungsordner muss nicht bei jeder Änderung der Richtlinie geändert werden, sondern es werden immer die aktuellen Versionen der einzelnen Untersuchungen eingeklebt. Der Ordner erhält von außen das Layout des Kinderuntersuchungshefts, innen die herausnehmbare Teilnahmekarte, die Zeiträume der einzelnen Untersuchungen sowie die jeweiligen Erläuterungen und Fragebögen.	Das Gelbe Heft dient der ärztlichen und zahnärztlichen Dokumentation der Untersuchungsergebnisse sowie den sich daraus ableitenden Maßnahmen für eine gesunde Entwicklung des Kindes. Bei einem Praxiswechsel wird die Weitergabe von anamnestischen und klinischen Befunden sowie die ärztliche Dokumentation zum Entwicklungsstand des Kindes erleichtert. In Vorbereitung auf die jeweilige Früherkennungsuntersuchung dient das Gelbe Heft den Eltern zur Information über die altersentsprechenden Untersuchungsinhalte.	

Anlage 1a:

Dissent

GKV-SV/DKG/PatV: *keine Checkliste*

KBV-Position: Anlage 1a Checkliste

- ☐ - Aus meiner Sicht bestehen keine Auffälligkeiten. Ich lasse die Vorsorgeuntersuchung im Rahmen der Routineuntersuchung durchführen und habe dabei keine besonderen Anliegen vorzubringen.
- ☐ - Ich würde gerne bei der Früherkennungsuntersuchung intensiver über folgende Punkte sprechen:
 - ☐ Essverhalten und Ernährung
 - ☐ Schmerzen (z.B. Kopf-, Bauch-, Knochenschmerzen)
 - ☐ Selbstschädigendes Verhalten
 - ☐ Nägelkauen
 - ☐ Nervöse Zuckungen (Tics)
 - ☐ Schlafprobleme (z.B. Ein-, Durchschlafen)
 - ☐ Sprachprobleme (inklusive Stottern und Lispeln)
 - ☐ Schulprobleme/
 - ☐ Angst vor der Schule und/oder Fehltage in der Schule (z.B. Mobbing)
 - ☐ Veränderungen durch die Pubertät
 - ☐ erste Regelblutung und Sexualkontakte
 - ☐ Rauchen/Alkohol/Drogen
 - ☐ Hyperaktivität, Aufmerksamkeits-/Konzentrationsprobleme
 - ☐ Einnässen und/oder Einkoten (Tag und/oder Nacht), Verstopfung

Außerdem möchte ich über folgende Themen sprechen:

[2 Zeilen für Notizen]

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
Anlage 1a				
29.	DGKJ Wir plädieren für die Nutzung einer Checkliste, wie die KBV dies befürwortet. Satz 1+2 ändern: „Aus meiner Sicht bestehen keine Probleme. Ich lasse die Vorsorgeuntersuchung als Routine machen und habe dabei keine besonderen Anliegen.“ Satz 3 ändern: „Ich würde gerne folgende Punkte ansprechen:“	Wie bei den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen steht auch für die Jugendgesundheitsuntersuchung nur begrenzte Praxiszeit zur Verfügung. Das Screening dient zur Aufdeckung relevanter Problemfelder. Intensivere, also zeitaufwändige Gespräche müssen ggf. bei einem Folgetermin besprochen werden. Hier muss eine Formulierung vermieden werden, die bei den Jugendlichen falsche Erwartungen weckt. Zusätzlich muss ein Elternfragebogen verwendet werden (analog zu Anlage 7a aus dem Fließtext zum Beschlussentwurf für die U10).	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen. GKV-SV: Siehe Nr. 5	
30.	Beim Unterpunkt „erste Regelblutung und Sexualkontakte“ das Wort „erste“ weglassen	In der Altersstufe der J1 haben viele Mädchen ihre erste Regelblutung bereits hinter sich, können aber durchaus Probleme mit den weiteren Regelblutungen haben (insbesondere Dysmenorrhoe). Diese werden so mit angesprochen. Über die	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
Anlage 1a				
		erste Regelblutung kann man eher bei U10 im Alter von 9 bis 10 Jahren proaktiv beraten.		

Anlage 1b:

Dissent

GKV-SV/PatV: *keinen Fragebogen*

KBV/DKG-Position: **Anlage 1b Fragebogen**

Digitale Mediennutzung (Bildschirmzeit)
Wie lange werden Medien durchschnittlich pro Tag in Stunden genutzt?
Schulisch:/Std pro Tag
- Privat:..../Std pro Tag
- Bestehen Begrenzungen der Mediennutzung:
Die Nutzung der Medien allgemein ist begrenzt: ja/nein
Der Zugang zu Gewaltspielen ist ausgeschlossen: ja/nein
Die Nutzung der sozialen Medien ist begrenzt ja/nein
Körperliche Aktivität
Einschätzung der körperlichen Aktivität pro Woche in Stunden (Bewegung im Alltag, z.B. Gestaltung des Schulwegs, Freizeitaktivität, intensive körperliche Aktivität, z.B. im Sportverein)

Alltagsbewegung:.....Std. pro Woche
Schulsport:.....Std.
Intensive sportliche Tätigkeit im privaten Bereich (Sportverein o.ä.): Std. pro Woche

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
Anlage 1b				
31.	DGKJ Zeilen 28-29 Auch hier plädieren wir für die Nutzung von Fragebögen, wie von KBV/DKG vorgesehen. Je ein Fragebogen für die Jugendlichen und für die Eltern Die Nutzung digitaler Bildschirmmedien soll mit folgenden Fragen erfasst werden: Gibt die/der Jugendliche das Mobiltelefon während der Schulzeit	In vielen Schulen werden die Mobiltelefone und andere private Bildschirmgeräte vor dem Unterricht ab- und danach wieder ausgegeben. In der Schule und bei den Hausaufgaben lässt sich die Nutzungszeit digitaler Bildschirmmedien erfassen. In der Freizeit kann die Nutzungszeit nach unserer Einschätzung im Jugendalter nicht mehr in Stunden erfasst werden, da die Jugendlichen zumindest in der Freizeit praktisch ständig über ihre Mobiltelefone und andere Geräte kommunizieren. Umso wichtiger ist die Beschränkung auf sichere Inhalte und die Abgabe des Mobiltelefons und anderer Bildschirmgeräte während der Nachtruhe, da die Jugendlichen sonst durch Nachrichten aus ihren sozialen Gruppen um die ohnehin in der Altersstufe knappe Schlafzeit gebracht werden können.	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen. <u>GKV-SV:</u> Siehe Nr. 6	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
Anlage 1b				
	ab?			
32.	Wie viele Stunden pro Woche werden digitale Bildschirmmedien in der Schule und bei den Hausaufgaben genutzt? Welche zeitlichen Beschränkungen bestehen in der Freizeit für die Nutzung digitaler Bildschirmmedien? Wie wird der Zugang zu nicht altersgerechten Inhalten (Gewalt, Pornographie etc.) begrenzt? Gibt die/der Jugendliche das Mobiltelefon und andere Geräte nachts ab? Die körperliche Aktivität soll mit folgenden Fragen erfasst werden: Wie hoch ist die Schritt-	Die Abfragen zur Nutzung digitaler Bildschirmmedien und zur körperlichen Aktivität sollen mit Fragebögen durchgeführt werden, damit Jugendliche und Eltern sich vorab mit den Fragen beschäftigen und sie somit präziser beantworten können. Die Auswertung wird dadurch zeiteffektiv. Diskrepanzen zwischen den Angaben von Eltern und Jugendlichen sind häufig für die Beratung relevant.	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen. <u>KBV/DKG:</u> Die gewählte Operationalisierung ist ein Kompromiss zwischen einer möglichst differenzierten Erfassung (vgl. Nr. 6) und dem zur Verfügung stehenden zeitlichen Rahmen. Die vorgeschlagenen Aspekte wie u.a. Differenzierung Schule vs. Freizeit, Beschränkung sind bereits umgesetzt. <u>GKV-SV:</u> Siehe Nr. 6	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
Anlage 1b				
	anzahl pro Woche? (misst heutzutage jedes Smartphone) Wie viel Stunden Schulsport pro Woche? Wieviel Stunden Freizeit- und Vereinssport pro Woche?			

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
Elterninformation				
33.	DEGAM Elterninformation Information der Jugendlichen	Es sollte eine getrennte Information für die Eltern und die Jugendlichen geben. Dies geht aus dem Beschlussentwurf nicht eindeutig hervor.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Information zur J1 ist so getextet, dass sich sowohl Eltern als auch die Kinder/Jugendlichen angesprochen fühlen können.	

3. Auswertung verfristet eingegangener schriftlicher Stellungnahmen [Hinweis GF: redaktionelle Streichung im Text vorgenommen]

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
Allgemeine Hinweise der Stellungnehmer				
31.	DGSMP Die DGSMP begrüßt grundsätzlich die Einführung einer Jugendgesundheitsuntersuchung J1, weil damit endlich der Ausweitung der Altersgrenzen für Untersuchungen im Jugendalter durch Änderung des § 26 SGB V am 25.07.2015 (Präventionsgesetz) Rechnung getragen wird. Gleichzeitig bedauert die DGSMP, dass auch für diese neu eingeführte Früherkennungsuntersuchung keine systematische Nutzenbewertung vorgelegt wird, gerade weil die J1 ja als selektivvertragliche Leistung bereits langjährig im Einsatz ist und daher eine Evaluation möglich gewesen wäre. Aus Sicht der DGSMP ist es dringend erforderlich, dass diese flächendeckend neu eingeführte Leistung ebenfalls evaluiert wird. Dazu sollte ein Absatz ergänzt werden, der mindestens eine		Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben, und begründeten Hinweisen nachgehen, dass sie nicht mehr mit	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
	Wirksamkeitsevaluation, prinzipiell aber eine Nutzenbewertung, idealerweise durch das IQWiG, vorsieht.		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.	
§ 1 Absatz 1, 5. Satz				
32.	Überarbeitung des Satzes „Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V, die sich altersentsprechend an das Kind, die jugendliche Person oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann.“	Die 2017 eingeführte Präventionsempfehlung hat sich nicht bewährt. Ausweislich des 1. Präventionsberichts der Nationalen Präventionskonferenz 2018 wurden die hier vorgesehenen Formulare bundesweit nur in vereinzelten Fällen eingesetzt, und zudem in weit überwiegender Zahl fehlerhaft, d.h. für andere Leistungen des SGB V (etwa Rehabilitationsleistungen). Insbesondere Präventionsempfehlungen für Kinder und Jugendliche werden nicht ausgesprochen. Es ist daher erforderlich, sich der sachgerechten Umsetzung des gesetzlichen Auftrags zur Einführung von Präventionsempfehlungen in einem eigenständigen Verfahren zu widmen.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 3 Absatz 1 d, ergänzende Anamnese				
33.	Die Verwendung einer Checkliste gemäß Anlage 1a wird unterstützt. In der Checkliste gemäß Anhang 7 1a fehlen zur vollständigeren Abbildung der psychischen Gesundheit gerade auch internalisierende Auffälligkeiten, z.B. Thema Depressive Stimmung/Suizidalität und Thema Ängste als eigenständiges Thema (auch unabhängig von Schulangst, zB soziale Ängste etc.).	Allerdings sollte sie nicht ohne Anwesenheit von Personal von Patienten oder Eltern ausgefüllt werden, sondern als Leitfaden für das gemeinsam Gespräch genutzt werden.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	
34.	Vermeidung des Begriffs der „Pubertät“, ersetzen durch „Geschlechtsreife, Adoleszenz“ (entsprechend PatV)	Der Begriff „Pubertät“ ist diskriminierend, weil damit die Bevölkerungsgruppe der jungen Heranwachsenden pauschal diskreditiert und dieser unter Verweis auf (vermeintliche) hormonelle Prozesse Unmündigkeit unterstellt wird.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <u>GKV-SV:</u> Pubertät ist ein allgemein verwendeter Fachbegriff für „Geschlechtsreife“. Eine Diskreditierung von Heranwachsenden ist damit nicht beabsichtigt. Die Adoleszenz hingegen markiert per Definition	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
			der Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Übergang zwischen Kindheit und Erwachsenenalter, ungefähr in der Altersspanne zwischen 10 und 19 Jahren. (Adolescent health) Die Patientenvertretung schließt sich der Formulierung von DKG; GKV-SV und KBV an.	
35.	Auflistung des Beratungsbedarfs im Bereich Mediennutzung und körperliche Aktivität Keine Verwendung eines Fragebogens gemäß Anlage 1b (entsprechend GKV-SV/ DKG/ PatV) Stattdessen sollten wichtige Hinweise und Spezifizierung der Regulierung von Medien durch Eltern und Kind selbst eingefügt werden, damit die Ärzte dieses Gespräch maximal informiert führen und gut beraten können. Es braucht klare Hinweise auf mögliche Systeme, Website zur weiteren	Die anamnestische Erhebung sollte überwiegend im direkten Arzt-Patienten-Gespräch ermittelt werden. Checklisten und Fragebogen zur Selbstausfüllen sind für Patienten/ Jugendliche/ Eltern häufig ermüdend und können die Anamnese erschweren, wenn sie mit sozial erwünschten Antworten ausgefüllt werden, insbesondere Menschen mit hoher sozialer Belastung. Eine Checkliste für Medienkonsum kann jedoch Gesprächsgrundlage für das gemeinsame Gespräch von Arzt und Patient sein. Dazu müsste die Checkliste in Bezug auf Medien jedoch deutlich spezifischer und differenzierter sein, siehe Anmerkungen links.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
	Info, eine Spezifizierung der Regulierung (durch technische Systeme, durch Zeitmessung und Abschalten etc.), oder Einsatz von helfenden Apps (z.B. Warte-Apps bevor Seiten aufgehen).			
§ 3 Absatz 2, 2. Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung				
36.	Die Vorgabe der Verwendung des KIDSCREEN-10 wird unterstützt. Wir fordern jedoch, dass aufbauend auf einem Fragebogen im Rahmen der Einführung der Früherkennungsuntersuchung im Weiteren die Handlungsableitung basierend auf den Ergebnissen des Fragebogens spezifiziert wird. Dazu sollten bei Implementierung der Früherkennungsuntersuchung über wissenschaftliche Begleitforschung bestimmte Patientenpfade bei bestimmten Auffälligkeitskombinationen als Handlungsempfehlung basierend auf KiDscreen entwickelt werden.	Viele Kinderärzte können in ihrer Handlungssicherheit in Bezug zur psychischen Gesundheit noch gestärkt werden. Es braucht bessere Handlungsanweisungen (z.B. auch stepped care approaches) basierend auf standardisierten Fragebögen.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Zusammenfassend wurde 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 gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen erfasst. Gepoolte Daten aus mehreren repräsentativen europäischen Surveys mit über 20.000 Kindern	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
			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.	

4. Literatur

DGKJ

- Esser G et al.: Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Thieme (Stuttgart) 2015. DOI: 10.1055/b-003-125857. Print ISBN 9783131260857, Online ISBN 9783131978059
- Kromeyer-Hauschildt K et al.: Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschr. Kinderheilk. (2001) 149:807-818
- Robert-Koch-Institut (RKI): KiGGS-Basiserhebung, https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Studien-und-Surveillance/Studien/KiGGS/kiggs_start_inhalt.html?nn=16780210#b, Abruf 20.3.2026
- Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG): <https://adipositas-gesellschaft.de/ueberadipositas/adipositas-im-kin-des-jugendalter/>, Abruf 20.3.2026
- Wechsung K, Neumann U, Balint N, Wiegand S. Polycystic Ovary Syndrome - Support and Prevention in Adolescence. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2025;85(9):927-933. Published 2025 Aug 1. doi:10.1055/a-2622-6321
- Lis K, Dauben L, Bredahl R, Kraus U, Müssig K, Spörkel O. Prävention nicht übertragbarer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Info Diabetologie. 2023;17(1):26-30. doi:10.1007/s15034-022-4464-3
- Denzer, C., Prinz, N., Ovcarov, O. et al. Typ-2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen – Notwendigkeit eines innovativen Versorgungskonzepts. Monatsschrift Kinderheilkd (2025). <https://doi.org/10.1007/s00112-025-02284-9>
- Holder M, Eehalt S: Deutliche Reduktion der diabetischen Ketoazidose bei Manifestation – Ergebnisse der Stuttgarter Ketoazidose Präventionskampagne. Diabetologie und Stoffwechsel 2019; 14(S 01): S27-S28. DOI: 10.1055/s-0039-1688185
- Buchmann M, Tuncer O, Auzanneau M, Eckert AJ, Rosenbauer J et al. (2023) Inzidenz, Prävalenz und Versorgung von Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Zeittrends und sozialräumliche Lage. J Health Monit 8(2): 59–81. DOI 10.25646/11385.2
- Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG): <https://www.ddg.info/arbeitsgemeinschaften/paedi-atrische-diabetologie/ketoazidose>, Abruf 20.3.2026
- Rieck T et al.: Impfquoten in Deutschland. Epid Bull 2025; 50:3-13 | DOI 10.25646/13589

B-6.2 Auswertung von unaufgefordert eingesandten Positionierungen

Es wurden keine unaufgeforderten Stellungnahmen eingereicht.

B-7 Mündliche Stellungnahmen

B-7.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 28. Mai 2026 eingeladen.

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerFO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerFO (abrufbar unter www.g-ba.de).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 28. Mai 2026 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/ Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- & Familienmedizin (DEGAM)	Dr. med. Lisa Degener	nein	nein	ja	nein	nein	nein
	Dr. Carsten Giesecking	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Kinder- & Jugendmedizin (DGKJ) <i>mit Unterstützung von</i> Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie & Jugendmedizin (DGSPJ) Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED) Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) AG Kinder- und Jugendgynäkologie	Dr. Burkhard Lawrenz	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für pädiatrische	Dr. med. Georg Leipold	nein	ja	ja	nein	nein	nein

Kardiologie & Angeborene Herzfehler (DGPK)							
Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)	Dr. Holger Prokisch	nein	ja	ja	nein	nein	nein

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“,

Stand: 20.07.2026

der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

B-7.2 Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren

Das Wortprotokoll der Anhörung am 28. Mai 2026 ist in Kapitel C-4.6 abgebildet.

B-7.3 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen

Die mündlichen Stellungnahmen enthielten keine neuen Hinweise oder Vorschläge, die nicht bereits Gegenstand der schriftlichen Stellungnahmen waren. Somit ergab sich aus den mündlichen Stellungnahmen für den Beschlussentwurf kein Änderungsbedarf.

B-8 Würdigung der Stellungnahmen

Die Würdigung der Stellungnahmen ist in den Tragenden Gründen (siehe Kapitel C-7) abgebildet.

C Anlagen

Die nachfolgend aufgeführten Anlagen des Kapitel C werden aktuell in dem separaten Sammel-pdf „**Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V sowie Neufassung der Richtlinie ZD-Anlagen Kapitel C**“ geführt.

C-1 Antrag

C-2 Unterlagen zur Ankündigung des Bewertungsverfahrens

C-2.1 Bekanntmachung im Bundesanzeiger (BAnz AT 09.10.2023 B3)

C-2.2 Fragebogen zur strukturierten Einholung erster Einschätzungen

C-2.3 Übersicht der eingegangenen Einschätzungen

C-2.4 Literaturlisten aus den Einschätzungen

C-2.5 Wortprotokoll zum Einschätzungsverfahren

C-3 Beauftragung des IQWiG zu Bewertung des aktuellen medizinischen Wissenstandes

C-3.1 Beschluss zur Beauftragung des IQWiG

C-3.2 Konkretisierung der IQWiG-Beauftragung

C-4 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

C-4.1 Beschlussentwurf, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde

C-4.2 Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden

C-4.3 Tragende Gründe – Anlagenkonvolut 1-4

C-4.4 Darstellung der Änderungen im Richtlinien-Fließtext

C-4.5 Schriftliche Stellungnahmen

C-4.6 Wortprotokoll zum Stellungnahmeverfahren

C-5 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V (wird nach BMG Prüfung eingefügt)

C-6 Beschluss (BAnz AT) (wird nach BAnz-VÖ eingefügt)

C-7 Tragende Gründe (wird nach BAnz-VÖ eingefügt)