

Zusammenfassende Dokumentation

Beratungsverfahren Methodenbewertung

Änderung der Richtlinie zur Früherkennung von Krankheiten
bei Kindern (Kinder-Richtlinie):

Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für
Kinder nach § 26 SGB V

Vom 20.08.2026

Unterausschuss Methodenbewertung
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	Abbildung der Beschlussunterlagen einer nicht vom Plenum angenommenen Position oder deren Beschreibung.....	6
A-3	Auslöser des Beratungsverfahrens	6
A-3.1	Antrag der Patientenvertretung nach § 140f SGB V auf Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Dokumentation der Jugendgesundheitsuntersuchung nach § 26 SGB V	6
A-3.2	Ankündigung des Bewertungsverfahrens	6
A-3.3	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.....	59
B-7	Mündliche Stellungnahmen.....	60
B-7.1	Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten.....	60
B-7.2	Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren.....	62
B-7.3	Auswertung der mündlichen Stellungnahmen.....	63
B-8	Würdigung der Stellungnahmen	63
C	Anlagen	64
C-1	Antrag.....	65
C-2	Unterlagen zur Ankündigung des Bewertungsverfahrens.....	65
C-2.1	Bekanntmachung im Bundesanzeiger (BAnz AT 09.10.2023 B3)	65
C-2.2	Fragebogen zur strukturierten Einholung erster Einschätzungen	65
C-2.3	Übersicht der eingegangenen Einschätzungen	65
C-2.4	Literaturlisten aus den Einschätzungen	65
C-2.5	Wortprotokoll zum Einschätzungsverfahren.....	65
C-3	Beauftragung des IQWiG zu Bewertung des aktuellen medizinischen Wissenstandes	65

C-3.1	Beschluss zur Beauftragung des IQWiG	65
C-3.2	Konkretisierung der IQWiG-Beauftragung	65
C-4	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens.....	65
C-4.1	Beschlussentwurf, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde	65
C-4.2	Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden	65
C-4.3	Tragende Gründe – Anlagenkonvolut 1-5	65
C-4.4	Darstellung der Änderungen im Richtlinien-Fließtext.....	65
C-4.5	Dokumentation U10 – Auszug Anlage 1.....	65
C-4.6	Dokumentation J1 – Auszug Anlage 1	65
C-4.7	Schriftliche Stellungnahmen.....	65
C-4.8	Wortprotokoll zum Stellungnahmeverfahren	65
C-5	Abbildung der Beschlussunterlagen einer nicht vom Plenum angenommenen Position oder deren Beschreibung.....	65
C-6	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V (<i>wird nach BMG Prüfung eingefügt</i>)	65
C-7	Beschluss (BANz AT) (<i>wird nach BANz-VÖ eingefügt</i>).....	65
C-8	Tragende Gründe (<i>wird nach BANz-VÖ eingefügt</i>).....	65

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 Änderung der Kinder-Richtlinie 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 Abbildung der Beschlussunterlagen einer nicht vom Plenum angenommenen Position oder deren Beschreibung

Die Beschlussunterlagen mit den dissent ins Plenum zur Beschlussfassung gegebenen Positionierungen sind in Kapitel C-5 abgebildet.

A-3 Auslöser des Beratungsverfahrens

A-3.1 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-3.2 Ankündigung des Bewertungsverfahrens

A-3.2.1 Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger

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

A-3.2.2 Fragebogen zur strukturierten Einholung erster Einschätzungen

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

A-3.2.3 Eingegangene Einschätzungen

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

A-3.3 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.igwig.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-4.3) 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)	31.03.2026
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	
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DGPP)	

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Prävention & Rehabilitation von Herz-Kreislauserkrankungen (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-4.7 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-4.7 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	Wir begrüßen sehr, dass eine zusätzliche Kindervorsorge U10 für 9 bis 10jährige Kinder in das Vorsorgeprogramm aufgenommen und die Lücke zwischen der U9 60.-64. Lebensmonat und der J1 (13-14 Jahre) eingeengt wird. Die 9 bis 10jährigen Kinder befinden sich in einem vulnerablen Alter, in dem sich wichtige Entwicklungsschritte vollziehen. Um physische und psychische Fehlentwicklungen rechtzeitig zu erkennen, ist eine Vorsorgeuntersuchung zum genannten Zeitpunkt wichtig. Die Aufnahme und Dokumentation im gelben Vorsorgeheft sind konsequent.	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 Aktualisierung der Vorsorgeuntersuchung für Jugendliche J1	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
Allgemeine Hinweise der Stellungnehmer				
		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 Adipositas in dieser Altersgruppe zu vermeiden. Bei der Dokumentation des klinischen Untersuchungsbefundes		

[illegible]

- besondere familiäre Erkrankungen
- Gab es schwere Herz-Kreislaufkrankungen oder plötzliche Todesfälle bei Familienmitgliedern im Alter von <50 Jahren?

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 12a Absatz 2, 1.b Familienanamnese				
4.	DGPK Gab es schwere Herz-Kreislaufkrankungen oder plötzliche Todesfälle bei Familienmitgliedern im Alter von <50 Jahren?	Die Frage nach familiären Herz-Kreislaufkrankungen 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 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	<i><u>Hinweis:</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.</i> 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-Kreislaufkrankungen oder plötzlichen Todesfällen bei Familienmitgliedern im Alter von <50 Jahren sowie bei Verdacht auf familiäre Hypercholesterinämie eine Laboruntersuchung des Low-Density-Lipoprotein (LDL) in die	

		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.	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. 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.	
--	--	---	---	--

§ 12a Absatz 2

d) ergänzende Anamnese

GKV-SV/DKG/PatV: <i>[keine Checkliste]</i>	KBV: <i>[Nutzung einer Checkliste gemäß Anlage 7a]</i>
Beratungsbedarf zu weiteren Themen, z. B.: – Probleme in der Schule, – Essverhalten und Ernährung, – Schlafstörungen, – Zwangshandlungen	Identifizierung des Gesprächsbedarfs der Personensorgeberechtigten (in der Regel die Eltern) unter Hinzuziehung der Checkliste gemäß Anlage 7a.

GKV-SV/PatV: <i>[kein Fragebogen]</i>	KBV/DKG: <i>[Nutzung eines Fragebogens gemäß Anlage 7b]</i>
Digitale Mediennutzung (Bildschirmzeit) Einschätzung der digitalen Mediennutzung, pro Tag in Stunden z. B.: – schulisch/privat, – Begrenzung der digitalen Medienzeit	Identifizierung des Gesprächsbedarfs der Personensorgeberechtigten (in der Regel die Eltern) unter Hinzuziehung eines Fragebogens gemäß Anlage 7b.
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
§ 12a Absatz 2, 1.d ergänzende Anamnese				
5.	DGKJP	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>das Kind braucht doch das Internet für die 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 U10 erfolgt eine orientierende Einschätzung der Mediennutzung. Diese soll bei der Gesamtbeurteilung der Untersuchungsergebnisse	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 12a Absatz 2, 1.d ergänzende Anamnese				
			berücksichtigt werden, da ein problematischer Medienkonsum z. B. Schlafprobleme, Bewegungsmangel, Übergewicht oder psychische Probleme zur Folge haben kann. Kinder haben unterschiedliche Kompetenzen mit Medien umzugehen und reagieren individuell auf die Nutzung von Medien.	
6.	DGKJ Hierzu sollen Checklisten /Fragebögen für die Personensorgeberechtigten (im Allgemeinen die Eltern) verwendet werden.	Bei den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen haben sich standardisierte Anamnese-Fragebögen in der Praxis seit vielen Jahren bewährt. Für das Alter von 9 bis 10 Jahren setzt der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ) den leicht abgeänderte Mannheimer Eltern-Fragebogen (MEF) von Esser und Laucht (BVKJ; Esser et al. 2015) (verfügbar in deutsch, englisch, russisch und türkisch) ein. Dieser dient dem zeiteffektiven Screening auf zahlreiche somatische und psychosoziale Belastungen und Erkrankungen. Die von der KBV vorgeschlagenen Instrumente (KIDSCREEN-10 in Kombination mit Anlage 7a im „Fließtext zum Beschlussentwurf“ zur U10 vom 26.2.2026) erscheinen ebenfalls geeignet. Auf jeden Fall ist ein solches Screening notwendig und soll überall mit denselben standardisierten Instrumenten durchgeführt werden, um	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 entsprechend der ärztlichen Kompetenz gemäß § 1 Abs. 5 der jeweiligen Untersuchungssituation angepasst werden. Zur Unterstützung einer strukturierten Anamneseerhebung können	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 12a Absatz 2, 1.d ergänzende Anamnese				
		eine Vergleichbarkeit und ggf. sogar wissenschaftliche Auswertbarkeit zu ermöglichen.	Fragebögen verwendet werden.	
7.	Ergänzende Anamnese zur Digitalen Mediennutzung und Körperlichen Aktivität Diese Abfrage soll mit einem Fragebogen wie von KBV/DKG vorgesehen (für Eltern durchgeführt werden, ebenso wie die Abfrage der Bewegungszeiten, getrennt nach Schulweg und anderen alltäglichen Wegen, am besten mit Schrittzahl (misst heutzutage jedes Smartphone), Schulsport, Freizeit- und Vereinssport. Zur Ausgestaltung der Fragebögen siehe weiter unten die Anmerkungen zu Anlage 7a und 7b.	Die Abfragen zur digitalen Mediennutzung und zur Bewegung sollen mit Fragebögen durchgeführt werden, damit die Eltern sich vorab mit den Fragen beschäftigen und sie somit präziser beantworten können. Die Auswertung wird dadurch zeiteffektiv.	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen. <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. <u>GKV-SV:</u> Siehe auch Nr. 6. Auch die orientierende Einschätzung der körperlichen Aktivitäten soll bei der Gesamtbeurteilung der Untersuchungsergebnisse berücksichtigt werden.	

§ 12a Absatz 2

2. Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung

GKV-SV/PatV	KBV/DKG	UPM/Vorsitz UA MB
unter Einbeziehung des Gesundheitsfragebogens KIDSCREEN-10 Index:		<i>Keine Vorgabe des Erhebungsinstrumentes für die Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung</i>
Kinder- und Jugendlichen-version gemäß Anlage 7	Elternversion gemäß Anlage 7	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 12a Absatz 2, 2. Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung				
8.	DEGAM	Die Verwendung eines Fragebogens (Anlage 7) für Eltern und Kinder und Jugendliche ist sinnvoll.	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 Deutsches Zentrum für Psychische Gesundheit und Deutsches Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen. Der UPM zieht seine Position zurück.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 12a Absatz 2, 2. Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung				
		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. Hinsichtlich der Frage, ab wann Kinder auch selbst diesbezüglich befragt werden bzw. einen Fragebogen ausfüllen können, verwundert die Anschauung, dass Neunjährige das nicht können sollten. In der klinischen Praxis ist dies die Regel, auch wenn es sicherlich einzelne Kinder und Jugendliche gibt, die aus verschiedenen Gründen damit überfordert sein können. Insofern plädieren wir schon bei der U10 für den Einsatz des KIDSCREEN-10 in der Eltern- als auch in der Kinder-/Jugendlichen-Version. Dies auch deshalb, weil bisweilen (z.B. internalisierende Symptome) diese nicht so gut von Dritten (z.B. den Eltern) berichtet werden wie von der Person selbst. 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	<u>PatV:</u> Der Hinweis auf die klinische Praxis wird dankend zur Kenntnis genommen. Er bestätigt die Ausführungen im Manual zum KIDSCREEN, dass Kinder und Jugendliche über 8 Jahre in der Lage sind, Fragen zu verstehen und zuverlässige und valide Antworten zu ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu geben.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 12a Absatz 2, 2. Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung				
		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 muss ggfs. auch geschult werden, welche Beratung und Maßnahmen sinnvoll und zielgerichtet sind – auch um eine Überdiagnostik zu vermeiden.	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 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	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 12a Absatz 2, 2. Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung				
			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.	DGKJ Die Erhebung der psychosozialen Entwicklung soll mit einem standardisierten Erhebungsinstrument durchgeführt werden.	Immer wieder fragen Eltern, warum Kinder-Früherkennungs-untersuchungen überall unterschiedlich durchgeführt werden, und ob es keinen Standard gibt. Der Standard ist die Kinder-Richtlinie des G-BA. Für die Erhebung der psychosozialen Entwicklung wurde der KIDSCREEN-10 vom GKV-SV/PatV und KBV vorgeschlagen. Der vom BVKJ benutzte MEF für U10/U11/J1 hätte den Vorteil, dass gleichzeitig viele wichtige somatische Probleme mit abgefragt würden. Dieser Fragebogen basiert auf dem MEF für 6- bis 12-jährige von Esser und Laucht (2015) und liegt auf deutsch, englisch, russisch und türkisch vor. Bei Verwendung des KIDSCREEN-10 ein zusätzlicher Fragebogen nach Anlage 1b nötig wird. Wichtig sind auf jeden Fall einheitliche Vorgaben. Wenn man die Auswahl des Erhebungsinstruments der ausführenden Organisation überlässt, erfolgen die	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 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-Score gut zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne körperliche und psychische Probleme sowie sozio-ökonomischen Statusgruppen. Daher soll zur Unterstützung des ärztlichen	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 12a Absatz 2, 2. Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung				
		Untersuchungen nicht standardisiert, und die Ergebnisse sind nicht vergleichbar. Vergleichbarkeit muss aber das Ziel eines jeden Screenings sein. Die Position von UPM/Vorsitz UA MB lehnen wir aus den genannten Gründen ab.	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.	

§ 12a 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
§ 12a Absatz 2, 3. Eingehende körperliche Untersuchung, a) Körpermaße				
11.	DEGAM Eintragung in das Somatogramm Blutdruckmessung	Die Eintragung ins Somatogramm ist sinnvoll, damit mögliche Fehlentwicklungen (Adipositas, Wachstumsstörungen u.a.) auch visuell erfasst werden. Auch ein erfolgreiches Gegensteuern kann im Verlauf besser positiv dargestellt werden.	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen.	
12.	DGKJP	Warum die Perzentilenkurven entfallen sollen, erschließt sich uns aus medizinischer Sicht nicht. Sie sind sehr wichtige Parameter für die Beurteilung von Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, sowohl zum Beispiel im Verlauf einer Psychostimulanzienbehandlung wie auch bei möglichen neu auftretenden Essstörungen.	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen.	
13.	DGKJ „Körperlänge“ durch „Körperhöhe“ ersetzen Körpergewicht, Körperhöhe und BMI sollen in ein Somatogramm eingetragen werden	„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 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 Perzentilen-	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
§ 12a Absatz 2, 3. Eingehende körperliche Untersuchung, a) Körpermaße				
		kurven 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-Hauschildt et al. (2001)		

§ 12a 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) Herz, Kreislauf

- Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebengeräusche)

e) Abdomen/Genitale

- Inspektion/Palpation:
 - Leber- und Milzvergrößerung
 - Hernien
 - Analregion
 - Pathologische Resistenzen

- Untersuchungen des äußeren Genitales
 - Feststellung der Tannerstadien B, PH, G
- f) Bewegungsapparat (Knochen, Muskeln, Nerven)
- Inspektion des ganzen Körpers
 - Asymmetrien
 - Schiefhaltung
 - Formveränderungen (z.B. Skoliose, Beinachsenfehlstellung)
 - Prüfung der aktiven und passiven Beweglichkeit
 - Muskeltonus
 - Muskeleigenreflexe
- g) Mundhöhle, Kiefer, Nase
- Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut
 - Verletzungszeichen
 - Kieferanomalien
- h) Augen
- Inspektion: morphologische Auffälligkeiten, Nystagmus, Strabismus
 - Pupillenstatus: Vergleich Größe, Form, Lichtreaktion re/li
 - Prüfung der Sehschärfe: re/li mit genormten Sehprobentafeln (Kurz- und Weitsichtigkeit)
- i) Laboruntersuchung:
- Bei Verdacht auf eine familiäre Hypercholesterinämie, erfolgt eine Laboruntersuchung des Low-Density-Lipoprotein- (LDL)

GKV-SV/PatV	KBV
j) Kein Eintrag	j) Blutdruckmessung

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 12a Absatz 2, 3. Eingehende körperliche Untersuchung, b) – j)				
14.	DGKJ, Zeilennr. 14-21 Bei den verschiedenen genannten Organ-systemen soll je ein Ankreuzfeld für „un-auffällig“ und „auffällig“ sowie eine freie Zeile für die Eintragung der Auffälligkeiten eingefügt werden.	Die Dokumentation der körperlichen Untersuchung ist unüber-sichtlich; 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.	
15.	Unter b) sollen „Haut und Hautanhangsgebilde“ ge-nannt 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>
16.	Einzelne Befunde (wie unter b) „Auffällige Blässe“) sollen weggelassen werden, ebenso Untersuchungsmethoden und deren Erklärung (wie unter c)	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 Auskul-	Für die Wahrung der sprachlichen Konsistenz über die Früherkennungsuntersuchungen wird die Angabe ‚auffällige Blässe‘ belassen. Dies gilt auch für die weiteren Änderungen von Angaben in dieser Stellungnahme.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 12a Absatz 2, 3. Eingehende körperliche Untersuchung, b) – j)				
	„Thorax, Lunge, Atemwege: Auskultation (Atemgeräusch und Atemfrequenz)“ und unter e) „Herz, Kreislauf: Auskultation (Herzfrequenz, -rhythmus, -töne und -nebengeräusche). Dies gilt analog für alle weiteren Unterpunkte.	tation von Lunge und Herz geachtet werden muss.		
17.	e): „Abdomen und Anogenitalregion“ statt „Abdomen/ Genitale“ „Inspektion/Palpation“ streichen. Bei „Feststellung der Tanner-Stadien B, PH, G“ hinzufügen „(altersgerecht?)“ f): „Bewegungsapparat	Änderung, da die Analregion inspiziert werden soll. Untersuchungsmethoden müssen nicht genannt werden. Sollte die Pubertät akzeleriert sein, muss im Alterszeitraum der	Nach fachlicher Prüfung wird der Spiegelstrich „Inspektion der Analregion“ gestrichen, da in diesem Alter nicht mehr für erforderlich. Anlassbezogen kann eine Inspektion erfolgen. Die Früherkennungsuntersuchung findet im Alter von 9 bis 10 Jahren	Streichung „Analregion“

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 12a Absatz 2, 3. Eingehende körperliche Untersuchung, b) – j)				
	(Knochen, Muskeln, Nerven)“ ändern in: “Neurologie und Bewegungsapparat: Orientierende neurologische Untersuchung: - Hirnnerven - Reflexe - Muskeltonus und Motorik - Sensibilität - Koordination und Feinmotorik Untersuchung des Bewegungsapparats auf - Asymmetrien - Formveränderungen der Wirbelsäule (z.B. Skoliose, Hyperkyphose, Hyperlordose) - Beinachsenfehlstellung - aktive und passive Gelenkbeweglichkeit	U10 dringend eine kinderendokrinologische Abklärung erfolgen, bevor die Wachstumsfugen sich verfrüht schließen können. Pädiater sind in der Lage, durch Kontinuität der Betreuung, Anamnese, Beobachtung und orientierende neurologische Untersuchung (deren Umfang sie selbst kontextbezogen bestimmen), Kinder auf eine Vielzahl von neurologischen Auffälligkeiten und Erkrankungen zu screenen und ggf. Ausschluss- oder Bestätigungsdiagnostik zu veranlassen.	statt. Im Rahmen der Untersuchung werden die Tannerstadien erhoben. Entsprechend kann medizinisch eine akzelerierte Pubertät festgestellt werden. Für die sprachliche Konsistenz in der Richtlinie werden die Begrifflichkeiten belassen, medizinisch relevante, neurologische Aspekte sind in der Richtlinie über alle Früherkennungsuntersuchungen abgebildet.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 12a Absatz 2, 3. Eingehende körperliche Untersuchung, b) – j)				
18.	h): Augen Felder für den ermittelten Visus getrennt für rechts und links einfügen, eventuell auch für das Ergebnis des Stereotests (Lang I positiv oder negativ). „Weitsichtigkeit“ streichen.	Wenn die Visuswerte seitengetrent dokumentiert werden, ist 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.	Klammerzusatz „Kurz-/Weitsichtigkeit“ 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.	Im Spiegelstrich - Prüfung der Sehschärfe : re/li mit genormten Sehprobentafeln wird (Kurz-/Weitsichtigkeit) gestrichen
19.	i): 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	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 Fa-	Der Hinweis wird umgesetzt. Vgl. Würdigung in Zeilennr. 4.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 12a Absatz 2, 3. Eingehende körperliche Untersuchung, b) – j)				
	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	milienanamnese 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 i) 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. Je länger eine Hochtonschwerhörigkeit un erkannt 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 Screeningmethode vorliegt.	
21.	j): Blutdruckmessung: Blutdruck in mmHg angeben	Wir schließen uns der Argumentation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV, in den Tragenden Gründen zum Beschlussentwurf zur U10 vom 26.2.2026) und der darin zitierten Empfeh-	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 12a Absatz 2, 3. Eingehende körperliche Untersuchung, b) – j)				
	(Anmerkung DGKJ: zu mmHg: Lt google nur in der Schweiz mit Leerzeichen)	lung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK) an. Die essentielle Hypertonie ist im Kindesalter selten, aber mit steigender Prävalenz der Adipositas und rückläufiger körperlicher Aktivität steigt auch die Prävalenz der arteriellen Hypertonie an. Zum Screening ist eine Blutdruckmessung eine geeignete, wenig aufwändige Methode; zur Konfirmationsdiagnostik ist die ambulante 24h-Blutdruckmessung in der pädiatrischen Kardiologie etabliert; es gibt konsenterte Therapieempfehlungen, und die Langzeitprognose einer unbehandelten Hypertonie ist schlechter als die einer behandelten. Die häufigsten Ursachen von Bluthochdruck bei Schulkindern sind Nierengefäß- und Nierenerkrankungen mit Behandlungsbedarf (Wühl 2023). Dabei bestehen meist starke Erhöhungen des Blutdrucks, die leichter erfassbar sind, und unbehandelt mit einer schlechten Prognose einhergehen. Wenn die gemessenen Blutdruckwerte angegeben werden, ist das für nachfolgende Untersucher nachvollziehbar und erlaubt Vergleiche mit neuen Messergebnissen.	<u>GKV-SV:</u> Eine Recherche zu Leitlinien-Empfehlungen zum Screening auf Hypertonie bei asymptomatischen Kindern und Jugendlichen hat gezeigt, dass LL-Empfehlungen für ein Bluthochdruck-Screening auf einer schwachen Evidenz (Beobachtungsstudien, Expertenmeinung) basieren und somit eine geringe Aussagesicherheit aufweisen. Die USPSTF kommt auf der Grundlage eines systematischen Reviews zu dem Schluss, dass die derzeitige Datenlage nicht ausreicht, um das Nutzen-Schaden-Verhältnis eines Bluthochdruck-Screenings bei Kindern und Jugendlichen zu beurteilen.	
22.	DEGAM [Dopplung mit Zeile 11] Eintragung in das Somatogramm Blutdruckmessung	Die Eintragung ins Somatogramm ist sinnvoll, damit mögliche Fehlentwicklungen (Adipositas, Wachstumsstörungen u.a.) auch visuell erfasst werden. Auch ein erfolgreiches Gegensteuern kann im Verlauf besser positiv dargestellt werden.	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen. <u>GKV-SV:</u> siehe Nr. 21.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 12a Absatz 2, 3. Eingehende körperliche Untersuchung, b) – j)				
23.	GfH Laboruntersuchung Bei Verdacht auf eine familiäre Hypercholesterinämie: Laboruntersuchung des Low-Density-Lipoprotein (LDL) Änderungsvorschlag: Laboruntersuchung von Gesamtcholesterin sowie HDL- und LDL-Cholesterin mit anschließender genetischer Diagnostik bei Werten über der 95. Perzentile (134 mg/dl LDL-C). Im positiven Fall familiäres Kaskaden-screening.	Die heterozygote familiäre Hypercholesterinämie (FH) ist die häufigste monogene Stoffwechselerkrankung. Sie wird autosomal-dominant vererbt und geht mit einem deutlich erhöhten Risiko für vorzeitige kardiovaskuläre Erkrankungen einher. Bei einer geschätzten Prävalenz von etwa 1:200 sind in Deutschland mehr als 300.000 Personen betroffen. Dennoch ist bei weniger als 5 % dieser Personen eine pathogene Variante identifiziert bzw. die Diagnose gestellt worden (5–7). Damit bleibt die FH in Deutschland erheblich unterdiagnostiziert und infolgedessen auch unzureichend behandelt. Langzeitdaten belegen eindrucksvoll den Nutzen einer frühen Diagnose und Behandlung (1). Die Diagnosestellung einer FH im Rahmen der U9/J1 ist in Deutschland bislang selten. Gemäß internationaler Leitlinien sollte jedoch bereits im Kindes- und Jugendalter eine frühzeitige Diagnostik und – bei genetisch bestätigter Diagnose – eine Therapie zur Vermeidung kardiovaskulärer Folgeerkrankungen eingeleitet werden (1–5+9). Die derzeit in Arbeit befindliche S3 Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Hyperlipidämie bei Kindern und Jugendlichen spricht sich mit Expertenkonsens (93%) für das Angebot eines populationsweiten zweistufigen Screenings im Rahmen der neu einzuführenden U10 aus, erst eine LDL-C Messung (aus	Vgl. Würdigung in Zeilennr. 4	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 12a Absatz 2, 3. Eingehende körperliche Untersuchung, b) – j)				
		Kapillarblut aus der Fingerbeere) gefolgt von einer genetischen Analyse bei Konzentrationen über dem Grenzwert. Bei Nachweis einer pathogenen Variante sollte den betroffenen Personen eine humangenetische Beratung angeboten werden. In diesem Rahmen soll auch über die Möglichkeit einer genetischen Testung von Angehörigen im Sinne einer Kaskadentestung aufgeklärt werden. Diese Empfehlung entspricht dem Konsens Der S3 LL. Das Screening von Kindern im Alter von 9-11 Jahren wird ebenfalls in der aktuellen Dyslipidämie-Leitlinie der amerikanischen Fachgesellschaften empfohlen (Blumenthal et al., 2026).		

§ 12a 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	
Bewegung und Sport	
[keine Aufnahme des Themas]	Gefahr von Haltungsschäden (u.a. aufrechte Haltung, zu viel Sitzen)

Digitaler Medienkonsum	
<i>[keine Aufnahme des Themas]</i>	Symptome vom Diabetes Typ I (Gewichtsabnahme, häufiges Wasserlassen, viel trinken)
Schulalltag	
UV- Schutz	
Aufklärung über Impfungen/ Vorschlag eines Impftermins. Impfstatus entsprechend Schutzimpfungs- Richtlinie des GBA überprüfen. HPV- Impfung für Jungen und Mädchen	
GKV-SV/DKG/KBV	PatV
Pubertät	Heranwachsen, frühe Geschlechtsreife, Adoleszenz

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 12a Absatz 2, 4. Präventionsorientierte ärztliche Beratung, problemorientiert zu folgenden Themen:				
24.	DEGAM Erläuterung zum körperlichen Befund Beratung zu den Checklisten und Fragebögen (7, 7a,7b)	Zunächst sollte mit Kind/Jugendlichem und Eltern das Ergebnis der körperlichen Untersuchung besprochen werden. Dann sollten eventuelle Gesprächsbedarfe anhand der Checkliste und der Fragebögen erörtert werden. Über gewünschte Themen hinaus sollte, wenn nicht bereits geschehen, folgende Problemfelder aktiv angesprochen werden: Präventionsangebote, Ernährung, Bewegung, Haltungsschäden, Medienkonsum, Schulalltag, Impfungen.	Es wird davon ausgegangen, dass es ärztliche Praxis ist, Auffälligkeiten in den Untersuchungen mit den Kindern/Jugendlichen und Eltern zu besprechen. Entsprechend sind zusätzliche Themengebiete in die Beratung aufgenommen worden.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 12a Absatz 2, 4. Präventionsorientierte ärztliche Beratung, problemorientiert zu folgenden Themen:				
		Symptome Diabetes Typ1, UV-Schutz, Pubertät und Schwangerschaftsverhütung erscheinen zum jetzigen Zeitpunkt entbehrlich. Der symptomatische Typ1 Diabetes würde ohnehin durch die Urinuntersuchung auffällig.	Eine Urinuntersuchung stellt eine neue Screeninguntersuchung dar. Die Aufnahme dessen setzt eine Bewertung voraus.	
25.	DGKJP § 12a U10 (2) 4 a)	Warum der Begriff der Pubertät in der Vorlage der Patientenvertretung nicht verwendet wird und bei Neunjährigen bereits von beginnender Adoleszenz gesprochen wird, erschließt sich entwicklungspsychologisch und kinder- und jugendpsychiatrisch nicht. Es geht ja hier um medizinische Bedingtheiten und nicht um soziologische Konstrukte.	<u>PatV</u> : Die Patientenvertretung schließt sich der Position von DKG; GKV-SV und KBV an.	
26.	DGKJ Zeilennr. 26-29 Wir unterstützen die Position von KBV/DKG /PatV zur Beratung zur aufrechten Haltung und der Problematik zu vielen Sitzens.	Im Alter von 9 bis 10 Jahren kommt es durch schlechte Haltung und zu viel Sitzen häufig zu Muskelverkürzungen und Einschränkungen der Beweglichkeit, die über lange Zeit zu chronischen Rückenschmerzen beitragen können. Diese sind bekanntermaßen ein bevölkerungsweites Gesundheitsproblem.	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen. Der GKV-SV schließt sich der Position der KBV/DKG/PatV an.	
27.	Wir unterstützen die Position von KBV/DKG /PatV, über die Symptome von Diabetes mellitus aufzuklären (Polyurie, Polydipsie,	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 Ehehalt 2019). Im Vergleich verschiedener Altersgruppen im Kindes- und Jugendalter zeigt die Altersstufe der U10 bei den Mädchen die höchste und bei den Jungen die zweithöchste Inzidenz für die	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen. Der GKV-SV schließt sich der Position der KBV/DKG/PatV an.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 12a Absatz 2, 4. Präventionsorientierte ärztliche Beratung, problemorientiert zu folgenden Themen:				
	Gewichtsverlust).	Erstmanifestation eines Diabetes mellitus (Buchmann et al. 2023). Diese Erstmanifestationen erfolgen bei fast einem Drittel der Betroffenen Kinder und Jugendlichen mit einer Ketoazidose, obwohl 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.		
28.	Aufnahme einer optionalen Beratung der Mädchen zur Menarche je nach Pubertätsentwicklung	In der Altersstufe der U10 beginnt bei Mädchen meist die Pubertät. Ein Hinweis auf die bevorstehende Menarche kann das Gespräch eröffnen und auf seelische Probleme und Ängste im Zusammenhang mit der Pubertätsentwicklung eröffnen.	Im Beratungsthema Pubertät/Adoleszenz kann dieses Thema angesprochen werden.	
29.	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	Die Impfung gegen Meningokokken wird erst für das Alter 12 – 14 Jahre empfohlen.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
§ 12a Absatz 2, 4. Präventionsorientierte ärztliche Beratung, problemorientiert zu folgenden Themen:				
		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 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	

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
§ 12a Absatz 2, 4. Präventionsorientierte ärztliche Beratung, problemorientiert zu folgenden Themen:				
			umformuliert: „insbesondere HPV-Impfung, auch für Jungen“	

Dokumentation der Ergebnisse

Relevante anamnestische Ergebnisse:	
Entwicklung altersgemäß: ☐ ja ☐ nein	
Körpermaße:	
Körpergewicht in kg	
Körperlänge in cm	
BMI in kg/m ²	
Medikation	Eintrag der (Dauer-) Medikation?
Blutdruck	Messergebnis
Laboruntersuchung	Wenn ja, welche? Labor?

Gesamtergebnis:	
keine Auffälligkeiten	☐
Auffälligkeiten zur Beobachtung:	
weitere Maßnahmen vereinbart:	
Prüfung, Aufklärung und ggf. Veranlassung der Durchführung von:	
Impfstatus beim Verlassen der Praxis vollständig:	☐ ja ☐ nein
fehlende Impfungen:	
Bemerkungen:	
Terminvereinbarung	
nächster Impftermin am:	
Stempel	Unterschrift und Datum:

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
Dokumentation der Ergebnisse				
30.	DGKJ Für die Dokumentation empfehlen wir eine ausfüllbare Maske für die Praxiscomputer-Systeme, die ausgedruckt und mit einer Dokumentenhülle in einen Kinder-Untersuchungsordner eingehftet werden kann. Dieser Ordner ersetzt dann das gelbe Heft.	Durch diese Änderung wird eine Reduktion des Dokumentationsaufwands erreicht. Der Kinderuntersuchungsordner wird nicht bei jeder Änderung der Richtlinie geändert, sondern es werden immer die aktuellen Versionen der einzelnen Untersuchungen eingehftet. 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 7a:

Dissent

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

KBV-Position: Anlage 7a Checkliste für die Eltern

Checkliste: Ich habe Gesprächsbedarf zu den Themen:

	Nein	Ja
Kopfschmerzen		
Bauchschmerzen		
Schmerzen allgemein		
Allergien (z. B. Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis)		
Asthmatische Beschwerden/chronische Bronchitis		
Übergewicht/Fettsucht (Adipositas)/Untergewicht		
Essverhalten und Ernährung		
Sprachprobleme (z. B. Stottern, Lispeln, Sprachentwicklung)		
Schulprobleme (z. B. Fehltage, Schulausschluss, Angst, Leistung, Verhalten)		
Emotionales Verhalten (z. B. Lügen, Wutanfälle)		
Zwanghaftes Verhalten (z. B. Waschzwang, Kontrollzwang)		
Schlafprobleme (z. B. Ein/Durchschlafen, noch im Elternbett)		
Hyperaktiv/Zappelig		
Einnässen und/oder Einkoten (Tag und/oder Nacht)		
Verstopfung/Probleme mit dem Stuhlgang		

Tics (z. B. nervöse Zuckungen, Blinzeln, Räuspern)		
Rauchen, Alkohol, Drogen		
Digitaler Medienkonsum		
Sportliche Betätigung		

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
Anlage 7a				
31.	DGKJ Den Satz „Ich habe Gesprächsbedarf zu folgenden Themen:“ ändern zu: „Ich sehe Probleme bei meinem Kind in folgenden Punkten:“ Der Punkt „Rauchen, Alkohol, Drogen“ kann weggelassen werden. Der Punkt „Sportliche	Wir plädieren dringend für eine Checkliste für die Eltern, wie sie die KBV in Anlage 7a vorlegt. Viele Eltern sehen Probleme bei ihren Kindern, haben aber nicht unbedingt Gesprächsbedarf dazu und würden das dann nicht ankreuzen. Die Frage nach Rauchen, Alkohol und Drogen führt bei Eltern von Kindern im Alter von 9 bis 10 Jahren erfahrungsgemäß sehr häufig zu Irritation oder Belustigung.	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen. <u>KBV</u>: Die Formulierung ist bewusst gewählt, um auf die Aspekte zu fokussieren, welche aus Sicht der Eltern so signifikant sind, dass sie auch zu thematisieren statt zu vernachlässigen sind. <u>GKV-SV</u>: siehe Nr. 7	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
Anlage 7a				
	Betätigung“ soll in „Körperliche Aktivität“ umbenannt werden.	In Anlage 7b wird der Begriff „Körperliche Aktivität“ verwendet, der neben der „sportlichen Betätigung“ auch Alltagsaktivitäten einbezieht. Das ist hier sicher mitgemeint und soll vereinheitlicht werden.		

Anlage 7b:

Dissent

GKV-SV/PatV: keine Anlage 7b

KBV/DKG-Position: Anlage 7b Fragebogen für die Eltern

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 und anderen nicht altersgerechten Spielen 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 7b				
32.	DGKJ Die Mediennutzung soll mit folgenden Fragen erfasst werden: Gibt das Kind das Mobiltelefon während der Schulzeit ab? Wie viele Stunden pro	Die Abfragen zur digitalen Mediennutzung und zur Bewegung sollen mit Fragebögen durchgeführt werden, damit die Eltern sich vorab mit den Fragen beschäftigen und sie somit präziser beantworten können. Die Auswertung wird dadurch zeiteffektiv. Wir unterstützen daher hier die Position von KBV/DKG nachdrücklich. 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	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	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
Anlage 7b				
	Woche werden digitale Bildschirmmedien in der Schule und bei den Hausaufgaben genutzt? Wie viele Stunden pro Woche verbringt das Kind in der Freizeit mit digitalen Bildschirmmedien? 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 das Kind das Mobiltelefon und andere Geräte nachts ab? Die körperliche Aktivität soll mit folgenden Fragen	Freizeit ist das naturgemäß schwieriger. Umso wichtiger ist die Beschränkung auf bestimmte Nutzungszeiten, sichere Inhalte und die Abgabe des Mobiltelefons und anderer Bildschirmgeräte während der Nachtruhe, da die Kinder sonst durch Nachrichten aus ihren sozialen Gruppen um Schlafzeit gebracht werden können.	umgesetzt. <u>GKV-SV</u>: Siehe Nr. 6.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
Anlage 7b				
	erfasst werden: Wie hoch ist die Schrittanzahl pro Woche? (misst heutzutage jedes Smartphone) Wie viel Stunden Schulsport pro Woche? Wieviel Stunden Freizeit- und Vereinssport pro Woche?			

U10

Elterninformation zur Untersuchung von Kindern im Alter von 9 und 10 Jahren

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
Elterninformation				
33.	DEGAM Es sollte eine einfache Sprache verwendet und	Verwendung von Fremdworten (Adoleszenz, Präventionsangebote) erschweren den niederschwelligen Zugang zur Vorsorgeuntersuchung.	Die Stellungnahme wird dankend zur Kenntnis genommen. Die medizinisch fachliche Darstellung im gesamten Gelben	

	Fremdworte vermieden werden.		Heft dient der Vorbereitung der Eltern auf die Untersuchung. Im ärztlichen Gespräch können dann ggf. Fragen erläutert und geklärt werden.	
--	------------------------------	--	---	--

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				
34.	DGSMP Die DGSMP begrüßt grundsätzlich die Einführung einer Kindergesundheitsuntersuchung U10, 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 für die flächendeckende Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung – anders als für andere Leistungen – keine systematische Gesamtbewertung des Nutzens	Die Formulierungen Evaluation “hinsichtlich Qualität und Zielerreichung” und die Durchführung der Evaluation „anhand einer repräsentativen Stichprobe“ ist sehr wenig spezifisch und suggeriert eher die Überprüfung von Prozessqualität statt Ergebnisqualität, da auch die Spezifikation eines mindestens longitudinalen Designs zur Evaluation der Wirkung der Früherkennungsuntersuchung notwendig wäre. Zudem wissen wir aus der Vergangenheit, dass eine „De- Implementierung“ bestehender Leistungen bei fehlendem Nachweis des Nutzens sehr herausfordernd ist und aufgrund vieler zuwiderlaufende Interessen oft auch dann nicht durchgesetzt wird, wenn keine Zeichen des Nutzens bzw. der Wirksamkeit auf Populationsebene nachweisbar sind.	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 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.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
	vorgelegt werden kann, sondern nur Teile der neuen Früherkennungsuntersuchung tatsächlich in Bezug auf Implementierungsstrategien etc. in ihrem Nutzen bewertet sind (z.B. Kaskadenscreening auf familiäre Hypercholesterinämie). Vor diesem Hintergrund ist zu begrüßen, dass zumindest Evaluation nach 5 Jahren geplant ist. Problematisch ist, dass hier jedoch nicht spezifiziert wird, ob tatsächlich die Wirkung (z.B. frühzeitigere Erkennung und Vermeidung von Verschlechterung psychischer Erkrankungen) evaluiert wird, oder nur Prozessparameter. Aus Sicht der DGSM ist es dringend erforderlich, dass insbesondere neue eingeführte Leistungen, aber auch die bereits bestehenden Leistungen im Rahmen des § 26 (d.h. der bestehenden Früherkennungsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter, also der U1 bis U9 sowie der J1) einer solchen Nutzenbewertung mit passenden		zu optimieren.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
	kausal aussagekräftigen Designs und Mixed Methods Evaluationen unterzogen werden und danach zielgerichtet überarbeitet oder auch überdacht werden können. Die kann deutlich klarer im Kapitel Evaluation gefordert werden.			
§ 12a Absatz 2, 1 d, ergänzende Anamnese				
35.	Checkliste gemäß Anlage 7a Wir unterstützen die Verwendung einer Checkliste, allerdings kann diese nicht, wie im Text steht, als evidenz-basiert bezeichnet werden. Zudem sollte sie nicht ohne Anwesenheit von Personal von Eltern ausgefüllt werden, sondern als Leitfaden für das gemeinsam Gespräch genutzt werden. In der Checkliste gemäß Anhang 7a fehlen zur vollständigeren Abbildung der psychischen Gesundheit gerade auch internalisierende	Sie ist lediglich eine Hilfe für die Gesprächsführung des Arztes, und kann die Vollständigkeit von Anamnesen unterstützen. Evidenzbasiert hieße, dass die Abfrage in einer Checkliste sicher zu einer früheren Erkennung von Gesundheitsproblemen führt, und dies ist nicht nachgewiesen. Zur Vermeidung von Stigmatisierung und sozialer Erwünschtheit, gerade bei Eltern mit den meisten psychosozialen Belastungen, sollten die Checklisten in den Praxen jedoch nicht einfach von den Eltern vorausgefüllt werden, sondern das Gespräch zwischen Eltern und Arzt leiten und der Arzt sollte die Checkliste im gemeinsamen Gespräch ausfüllen.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <u>KBV</u>: Insbesondere der großen Varianz in der Lesekompetenz der Kinder in diesem Alter ist die Elternversion gewählt worden. Dies schließt ein gemeinsames Ausfüllen gemeinsam mit dem Kind nicht aus. Ein weiteres Szenario ist, dass Eltern zusammen mit dem Nachwuchs die Wartezeit in der Praxis zum Ausfüllen nutzen. Hier besteht jederzeit die Möglichkeit von Nachfragen beim Personal. Die Checkliste ist nicht abschließend, weitere	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
	Auffälligkeiten, z.B. Thema Depressive Stimmung/Suizidalität und Thema Ängste als eigenständiges Thema (auch unabhängig von Schulangst, zB soziale Ängste etc.).		anamnestische Fragen im Hinblick auf diese Aspekte sind möglich, wenn erforderlich.	
36.	Fragebogen gemäß Anlage 7b <i>[Hinweis GF: Stellungnahme bezieht sich vermutlich auf die Anlage 7; entsprechend müsste diese Stellungnahme unter § 12a Absatz 2, 2. Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung eingefügt werden]</i> Wir unterstützen die Verwendung eines in vielen unterschiedlichen Populationen validierten Fragebogens. Auch wenn dieser breit Lebensqualität misst, und nicht psychoemotionale Entwicklung von Kindern, korreliert er stark mit Verhaltensauffälligkeiten (SDQ, Effektstärke $d = 1.30$) und mit überdurchschnittlich häufigen psycho-somatischen Beschwerden ($d = 1.69$) (siehe Kidscreenseite).	Die anamnestische Erhebung sollte überwiegend im direkten Arzt-Patienten-Gespräch ermittelt 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. Für die ärztliche Praxis wird ein Auswertungsmanual zur Verfügung gestellt. Diese übersichtliche Darstellung ist Grundlage für das ärztliche Gespräch mit den Eltern.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
	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 Früherkennungsunter-suchung über wissenschaftliche Begleitforschung bestimmte Patientenpfade bei bestimmten Auffälligkeitskombinationen als Handlungsempfehlung basierend auf KiDscreen entwickelt werden.			
§ 12a Absatz 2, 2. Beurteilung der psycho-sozialen Entwicklung				
37.	Wir können nachvollziehen, dass der KIDSCREEN-10 als Instrument angewendet wird, auch wenn dieses Instrument in dem kinderärztlichen Setting nicht flächendeckend eingesetzt wird, s. dazu auch Kommentar oben. Wichtig ist, dass Handlungsanweisungen wissenschaftlich unterstützt abgeleitet werden können, und dies	Die Verwendung des KIDScreen sollte – etwa über ein Projekt des Innovationsfond – in Modellregionen angewandt und im Sinne von Handlungsableitung überprüft werden, um Handlungssicherheit zu generieren. Eine Nutzenbewertung des KIDScreen mit entsprechenden evidenzbasierten wissenschaftlich unterstützen Handlungsempfehlungen könnte dann die Evidenzanforderung der Leistungen des GBA erfüllen.	Mit der Einführung der U10 wird der KIDSCREEN-10 verpflichtend eingesetzt werden. Zusammenfassend wurde festgestellt, dass aufgrund der umfangreichen, strukturierten Entwicklung des Fragebogens unter Einbezug einer ausreichend großen Anzahl an gesunden und chronisch erkrankten Kindern und	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
	ist derzeit evidenzbasiert nicht evidenzbasiert möglich.		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 Index mit 10 Items verwendet werden. Dieser Fragebogen ist ein wissenschaftlich validiertes Erhebungsinstrument und misst zuverlässig und aussagekräftig die generelle	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
	Weiter ist die Handlungsableitung nicht eindeutig erkennbar. Es braucht einen Hinweis auf bestehende Leitlinien und insbesondere nicht-pharmakologische Therapie und Präventionsmöglichkeiten sollten an bestimmte Referenzwerte gekoppelt werden, damit eine evidenzbasiertere Vorgehensweise in den Praxen implementiert wird.		Kinder-RL im Abschnitt 2.1.6 Dokumentation.	
§ 12a Absatz 2, 4. Präventionsorientierte ärztliche Beratung, problemorientiert zu folgenden Themen:				
39.	Vermeidung des Begriffs der Pubertät und ersetzen durch „Heranwachsen, frühe Geschlechtsreifung, Adoleszenz“ (entsprechend PatV)	Der Begriff „Pubertät“ ist diskriminierend, weil damit die Bevölkerungsgruppe der älteren Kinder/ jungen Heranwachsenden pauschal diskreditiert und dieser unter Verweis auf (vermeintliche) hormonelle Prozesse Unmündigkeit unterstellt wird.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Pubertät ist ein allgemein verwendeter Fachbegriff für „Geschlechtsreife“. Eine Diskreditierung von Heranwachsenden ist damit nicht beabsichtigt. Die Adoleszenz hingegen markiert per Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Übergang zwischen Kindheit und Erwachsenenalter, ungefähr in der Altersspanne zwischen 10 und 19 Jahren.	

Lfd. Nr.	Inst. / Org. Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung	Änderung BE ja / nein
			(Adolescent health) Die Patientenvertretung schließt sich der Position von DKG; GKV-SV und KBV an. Siehe auch unter Nr. 25	
§ 69a – Evaluation [Hinweis GF: Bezieht sich vermutlich auf die Anlage 1 der Kinder-RL]				
40.	Anlage 1 Teilnahmekarte	Eine Ergänzung/ Ausweitung der Teilnahmekarte auf U10 und J1 wird unterstützt.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.	

4. Literatur

DGPK

- 2026 ACC/AHA/AACVPR/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA
- Guideline on the Management of Dyslipidemia, <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2025.11.016>
- International Atherosclerosis Society guidance for implementing best practice in the care of familial hypercholesterolaemia, Nature Reviews Cardiology | Volume 20 | December 2023 | 845–869
- AWMF-S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie von Hyperlipidämien im Kindes- und Jugendalter, in press

DGKJ

- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e. V. (BVKJ): Mannheimer Elternfragebogen (MEF) für ältere Kinder und Jugendliche zur U10/U11/J1 (abgeändert nach Günter Esser und Manfred Laucht). <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/media/58724b6cb49d385434002517/source/elternfragebogen-u10-u11-j1-181216-pdf..pdf>, Abruf 20.3.26
- 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
- Wühl E: Basiswissen Bluthochdruck – Bluthochdruck bei Kindern und Jugendlichen. Hrsg.: Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL und Deutsche Gesellschaft für Hochdruck und Prävention, Heidelberg 2023, <https://www.hochdruckliga.de/fileadmin/downloads/patienten/Basiswissen-Kinder.pdf#:~:text=Wenn%20Ihre%20Kinder%C3%A4rztin/Ihr%20Kinderarzt%20bei%20Ihrem%20Kind,einem%20Alter%20von%20etwa%203%E2%80%935%20Jahren%20m%C3%B6glich>, Abruf 21.3.2026
- 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/paediatrische-diabetologie/ketoazidose>, Abruf 20.3.2026
- Rieck T et al.: Impfquoten in Deutschland. Epid Bull 2025; 50:3-13 | DOI 10.25646/13589

GfH

1. Luirink IK, Wiegman A, Kusters DM, Hof MH, Groothoff JW, de Groot E, et al. 20-Year Follow-up of Statins in Children with Familial Hypercholesterolemia. New England Journal of Medicine. 2019;381(16):1547-56.
2. Wiegman A, Gidding SS, Watts GF, Chapman MJ, Ginsberg HN, Cuchel M, et al. Familial hypercholesterolaemia in children and adolescents: gaining decades of life by optimizing detection and treatment. Eur Heart J. 2015;36(36):2425-37.
3. McGowan MP, Hosseini Dehkordi SH, Moriarty PM, Duell PB. Diagnosis and Treatment of Heterozygous Familial Hypercholesterolemia. J Am Heart Assoc. 2019;8(24):e013225.
4. Watts GF, Gidding SS, Hegele RA, Raal FJ, Sturm AC, Jones LK, et al. International Atherosclerosis Society guidance for implementing best practice

in the care of familial hypercholesterolaemia. *Nat Rev Cardiol.* 2023;20(12):845-69.

5. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J.* 2020;41(1):111-88.

6. Trinder M, Francis GA, Brunham LR. Association of monogenic vs polygenic hypercholesterolemia with risk of atherosclerotic cardiovascular disease. *JAMA Cardiol.* 2020;5(4):390-9.

7. Hu P, Dharmayat KI, Stevens CAT, Sharabiani MTA, Jones RS, Watts GF, et al. Prevalence of Familial Hypercholesterolemia Among the General Population and Patients With Atherosclerotic Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Circulation.* 2020;141(22):1742-59.

8. Beheshti SO, Madsen CM, Varbo A, Nordestgaard BG. Worldwide Prevalence of Familial Hypercholesterolemia: Meta-Analyses of 11 Million Subjects. *J Am Coll Cardiol.* 2020;75(20):2553-66.

9. Blumenthal RS, Morris PB, Gaudino M, Johnson HM, Anderson TS, Bittner VA, et al. 2026

ACC/AHA/AACVPR/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Dyslipidemia: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation.* 2026.

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	Dr. med. Georg Leipold	nein	ja	ja	nein	nein	nein

pädiatrische 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“, 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-4.8 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-8) abgebildet.

C Anlagen

Die nachfolgend aufgeführten Anlagen des Kapitel C werden aktuell in dem separaten Sammel-pdf „**Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung für Kinder nach § 26 SGB V** 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 1-5
 - C-4.4 Darstellung der Änderungen im Richtlinien-Fließtext
 - C-4.5 Dokumentation U10 – Auszug Anlage 1
 - C-4.6 Dokumentation J1 – Auszug Anlage 1
 - C-4.7 Schriftliche Stellungnahmen
 - C-4.8 Wortprotokoll zum Stellungnahmeverfahren
- C-5 Abbildung der Beschlussunterlagen einer nicht vom Plenum angenommenen Position oder deren Beschreibung
- C-6 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V (*wird nach BMG Prüfung eingefügt*)
- C-7 Beschluss (BAnz AT) (*wird nach BAnz-VÖ eingefügt*)
- C-8 Tragende Gründe (*wird nach BAnz-VÖ eingefügt*)