

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)49(17)
gel. VB zur öffent. Anh. am
17.12.2025 - KHAG
15.12.2025



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzt*innen

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform

(BT-Drucksache 21/2512 vom 03.11.2025)

15. Dezember 2025

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Vorbemerkung

Eines der Ziele der Krankenhausreform, die mit dem KHVVG der vergangenen Legislaturperiode begonnen und mit KHAG fortgeführt wird, ist die Konsolidierung der Krankenhauslandschaft durch eine Konzentration der spezialisierten Versorgung. Die Pädiatrie hat den angestrebten Strukturwandel bereits durchlaufen und erhebliche Standortschließungen sind erfolgt. So sank zwischen 1991 und 2012 die Anzahl der Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin von 440 auf 364, bis 2023 reduzierte sich diese Zahl weiter auf jetzt nur noch 323 pädiatrische Einrichtungen.¹

Im Gegensatz zur Erwachsenenmedizin besteht daher kein Bedarf mehr für eine zusätzliche Konzentration, vielmehr ist es erforderlich, um eine angemessene flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, die bestehenden pädiatrischen Standorte mit ihren Spezialisierungen zu bewahren und finanziell abzusichern. Der Anspruch auf eine spezialisierte stationäre Versorgung darf in Deutschland nicht nur für Erwachsene, sondern muss uneingeschränkt auch für Kinder und Jugendliche gelten.

Struktur- und Qualitätsverlust

Die Kinder- und Jugendmedizin hat sich in den letzten Jahrzehnten stetig weiterentwickelt und differenziert. Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin halten heute eine hochspezialisierte stationäre Versorgung vor, die die Erwachsenenmedizin analog nachbildet: z.B. Kinderreumatologie und -gastroenterologie, -pneumologie, und -nephrologie, etc. Zuletzt hat der 129. Deutsche Ärztetag 2025 beschlossen, insbesondere die vorgenannten Teilgebiete, in die (Muster)Weiterbildungsordnung der Ärzt*innen im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin als Schwerpunkte des Gebietes, aufzunehmen. Die Krankheitsbilder von Kindern- und Jugendlichen unterscheiden sich häufig deutlich von denen der Erwachsenen und daher ist diese spezialisierte Versorgung mit hoher Expertise nur durch Pädiater möglich.

Unter diesem Gesichtspunkt ist die Streichung der im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) eingeführten Leistungsgruppen *Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie* (LG 16) und *Spezielle Kinder- und Jugendmedizin* (LG 47) nicht nachzuvollziehen.

¹ <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/news-archiv/meldung/rettet-die-kinderstation-start-der-bundesweiten-aktion-zur-sicherung-der-krankenhausversorgung-fuer-kinder-und-jugendliche/> und <https://www.dgkj.de/unsere-arbeit/politik/kein-kinderspiel-die-krankenhausreform-im-fokus>

1. Zu SGB V § 136c Beschlüsse des G-BA zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

Bisher bekommen Krankenhausstandorte, die onkochirurgische Leistungen nur in geringem Umfang erbringen ein partielles Abrechnungsverbot. Jetzt soll dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Möglichkeit eingeräumt werden, für Indikationsbereiche eine niedrigere Prozentzahl festzulegen als die ansonsten gesetzlich vorgesehenen 15 Prozent, sofern dies zur Aufrechterhaltung der Versorgung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist.

BVKJ-Position:

Die höhere Flexibilität des G-BA ist zu begrüßen. Allerdings sollten die Eingriffe bei Kindern und Jugendlichen grundsätzlich getrennt erfasst und bewertet werden, um zu verhindern, dass bedarfsnotwendige kinderchirurgische Abteilungen von der Versorgung ausgeschlossen werden.

2. Zu Anlage 1

In den Spalten Qualifikation und Verfügbarkeit bei der Leistungsgruppe Nummer 2 werden die besonderen Anforderungen an die Qualitätskriterien bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen als Alternative dargestellt, um der Abgrenzung von der Erwachsenenmedizin besser Rechnung zu tragen. Die Leistungsgruppe 16 Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie wird gestrichen; auch die Inhalte der Leistungsgruppe 47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin werden ersatzlos gestrichen.

BVKJ-Position:

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist in LG 2 auf die LG 47 mit einem FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie zu verweisen. Sollte die LG 47 entfallen, ist wenigstens bei den Anforderungsbereichen „Personelle Ausstattung - Qualifikation und Verfügbarkeit“ jeweils das Wort „Alternative“ zu streichen und folgende Formulierung voranzustellen: „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:“

Die ersatzlose Streichung der LG 16 und 47 ist nicht nachvollziehbar. Eine Differenzierung der speziellen Leistungen für Kinder und Jugendliche scheint angesichts der sehr kleinteiligen Unterteilung von Subdisziplinen der Erwachsenenmedizin auf der Hand zu liegen. Eine Streichung widerspricht der Intention der Krankenhausreform nach einer Förderung der Spezialisierung unter Qualitätsgesichtspunkten. Mittels einer eigenen Leistungsgruppe ließen sich auch die strukturellen und realistischen personellen Mindestanforderungen bei der

speziellen Behandlung von Kindern und Jugendlichen transparent abbilden und in der zukünftigen Landeskrankenhausplanung klar definieren. Die Verpflichtung der Bundesländer, Einrichtungen mit einer Spezialisierung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen beplanen zu müssen, sollte nicht leichtfertig aufgegeben werden.

Es kann derzeit auch nicht ausgeschlossen werden, dass durch eine Streichung finanzielle Anreize gesetzt werden, Kinder und Jugendliche zukünftig nicht mehr von pädiatrischen Experten, sondern Erwachsenenmediziner*innen behandeln zu lassen. Dadurch droht auch der spezialisierten Weiterbildung in den pädiatrischen Schwerpunkten die Finanzierung entzogen zu werden. Es droht eine Situation, wo die spezialisierte Weiterbildung in den pädiatrischen Schwerpunkten ausschließlich an Unikliniken möglich sein wird, so geht Expertise und Versorgung, auch im niedergelassenen Bereich, in der Fläche in ganz Deutschland verloren.

Statt einer Streichung sollte das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) dazu verpflichtet werden, bei der Zuordnung von Krankenhausfällen zu Abrechnungsgruppen (dem sogenannten „Grouping“) immer auch das Alter der Patienten zu berücksichtigen. Nur so kann sichergestellt werden, dass Kinder und Jugendliche automatisch in die spezifischen pädiatrischen Fallgruppen eingeordnet werden.

Das InEK ist weiterhin zu verpflichten, Leistungen von den in den Krankenhausdatensatz meldenden Kliniken mit einem bundeseinheitlichen Fachabteilungsschlüssel Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinder- und Jugendchirurgie zu kennzeichnen, wenn die Behandlung überwiegend in einer Abteilung oder einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinder- und Jugendchirurgie erfolgt ist.

Davon abgesehen ist die Verpflichtung einer Vorhaltung von drei Fachärzten für jeden Schwerpunkt in der Kinder- und Jugendmedizin nicht notwendig, um eine zeitlich umfängliche Versorgung in der Leistungsgruppe 47 (bzw. 46) sicherzustellen. Die FÄ sollten verschiedene Zusatzqualifikationen(-weiterbildungen) sowie Schwerpunkte haben dürfen. Wir verweisen hier auf die mit der AWMF im März 2025 abgestimmten Vorschlag für die Strukturvorgaben für die LG 47.

Bei der Leistungsgruppe 49 – Kinder-Hämatologie und Onkologie ist der Zusatz „Leukämie und Lymphome“ zu streichen. Alle soliden Tumoren und Hirntumoren in der Kinder- und Jugendmedizin werden in der Kinder-Hämatologie und Onkologie behandelt und machen mehr als die Hälfte aller kinderonkologischen Neuerkrankungen aus

3. Zu § 75a SGB V Weiterbildungsförderung

In der ambulanten und stationären Pädiatrie droht ein Ärztemangel, der dringend Gegenmaßnahmen erfordert. Hierzu gehört vor allem eine Stärkung der ambulanten pädiatrischen Weiterbildung. In ihrem Koalitionsvertrag haben Union und SPD beschlossen, die Kapazitäten der Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin auszubauen. Hierzu ist eine Gleichstellung der Pädiatrie mit der Allgemeinmedizin in der ambulanten Weiterbildungsförderung nach § 75 a SGB V zielführend und kann jederzeit, auch in Form eines fachfremden Änderungsantrages umgesetzt werden.

In der Weiterbildungsförderung nach § 75 a SGB V bestehen derzeit noch große Unterschiede zwischen Allgemeinmedizin und Pädiatrie, die sachlich nicht begründet werden können und die sich angesichts des Mangels an Kinder- und Jugendärzt*innen verbieten. **Der BVKJ fordert daher, die Pädiatrie in der Förderung der Weiterbildung der Allgemeinmedizin gleichzustellen.**

Hausarztzentrierte Versorgung

In der hausarztzentrierten Versorgungsrealität spielen Kinder- und Jugendärzt*innen eine existentielle Rolle, als Primärärzt*innen, die Aufgaben der Patientensteuerung im Gesundheitssystem übernehmen (Lotsensystem). **Soll die Pädiatrie in Zukunft weiterhin in die Lage versetzt werden, ihre primärärztliche Funktion zu erfüllen, braucht sie die primärärztliche Weiterbildungsförderung und damit die Gleichstellung mit der Allgemeinmedizin im Sinn des hausärztlichen Versorgungsbereichs nach § 73 1a.**

Obwohl die Pädiatrie, neben der Allgemeinmedizin, die einzige Fachgruppe ist, die komplett in der hausärztlichen Versorgung angesiedelt ist, werden Kinder- und Jugendärzt*innen bei der Weiterbildung als „grundversorgende Fachärzte“ behandelt. Dies gefährdet die Nachwuchsgenerierung in der Pädiatrie und damit das parteiübergreifend verfolgte Ziel der Politik, die hausarztzentrierte Versorgung zu stärken.

§ 75 a sieht eine Mindestförderung von 7.500 Stellen im hausärztlichen Bereich vor. Selbst unter Einbeziehung der Pädiatrie wird diese auch in den nächsten Jahren nicht ausgeschöpft. So entstehen keine neuen Haushaltsverpflichtungen für KVen oder GKV. (2023: Geförderte VZÄ in Allgemeinmedizin 5.847, Pädiatrie 417).

Weiterbildungsordnung

In der neuen Musterweiterbildungsordnung (MWBO) (2018) ist der Erwerb von Kompetenzen Grundvoraussetzung für Erlangung des Facharzttitels. In der Kinder- und Jugendmedizin gibt es mehrere Kompetenzfelder, für deren Erwerb eine **ambulante Praxiserfahrung erforderlich** ist: Impfungen, Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen, die Diagnostik und Therapie in der

Sozialpädiatrie sowie große Teile der Kompetenzen der Behandlung der psychischen und psychosomatischen Störungen.

Mindestens einen hälftigen Anteil machen ambulante Praxiserfahrungen bei weiteren Kompetenzen aus, eine rein klinische Weiterbildung garantiert keine volle Punktzahl. Hierzu gehören u.a. Infektionskrankheiten, Diabetologie, Erkrankungen des Verdauungstraktes, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Diagnostische Verfahren. **Ein ambulanter Weiterbildungsabschnitt in der Kinder- und Jugendmedizin ist praktisch unumgänglich, um die Weiterbildungsinhalte vollständig erwerben zu können.**

Auch vor dem Hintergrund der **reduzierten Weiterbildungskapazitäten in den Kinderkliniken** werden Weiterbildungsverbünde zwischen Kliniken und weiterbildenden Praxen essentiell sein, um zukünftig noch ausreichend pädiatrischen Nachwuchs für die primärärztliche Versorgung, die Kinderkliniken und die mittlerweile gut etablierte pädiatrische Schwerpunktversorgung weiterzubilden. **Ohne eine verlässliche Förderung der ambulanten Weiterbildung droht eine Gefährdung der pädiatrischen Versorgung in Praxis und Klinik schon bald einzutreten.**

Formulierungsvorschlag

Wo im § 75a die Allgemeinmedizin erwähnt ist, muss entsprechend die Kinder- und Jugendmedizin Aufnahme finden. Insbesondere ist in Abs. 3 die Anzahl der zu fördernden Stellen auf 8.250 zu erhöhen, wovon mindestens 750 Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin geschaffen werden sollen.

Der BVKJ empfiehlt folgende Änderungen in § 75a (Ergänzungen in **Grün**, Streichungen in **Rot**):

(1)¹Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sind zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung verpflichtet, die allgemeinmedizinische **und kinder- und jugendmedizinische** Weiterbildung in den Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren zu fördern. ²Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen tragen die Kosten der Förderung für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin **und Kinder- und Jugendmedizin** im ambulanten Bereich je zur Hälfte. ³Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung gewährt. ⁴Die Förderung ist von der Weiterbildungsstelle auf die im Krankenhaus übliche Vergütung anzuheben und an den Weiterzubildenden in voller Höhe auszuzahlen.

(2)¹Die Krankenkassen sind zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung auch verpflichtet, die allgemeinmedizinische **und kinder- und jugendmedizinische** Weiterbildung in zugelassenen Krankenhäusern und in Vorsorge- und

Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, zu fördern.²Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der mit den Krankenhäusern vereinbarten Budgets gewährt.

(3)¹Die Anzahl der zu fördernden Stellen soll bundesweit insgesamt mindestens 7.500 betragen.²Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen nicht begrenzen.

(4)¹Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Förderung nach den Absätzen 1 bis 3.²Sie haben insbesondere Vereinbarungen zu treffen über

1. die Höhe der finanziellen Förderung,
2. die Sicherstellung einer durchgängigen Förderung auch bei einem Wechsel in eine andere Weiterbildungsstelle in einem Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung,
3. die Verteilung der zu fördernden Stellen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen,
4. ein finanzielles Ausgleichsverfahren, wenn in einem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung mehr oder weniger Weiterbildungsstellen gefördert werden, als nach Nummer 3 vorgesehen sind, sowie
5. die zu fördernden Fachärzte aus dem Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung, die an der Grundversorgung teilnehmen (grundversorgende Fachärzte).

³Mit der Bundesärztekammer ist das Benehmen herzustellen.⁴Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.

(5)¹Die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Förderung der allgemeinmedizinischen und kinder- und jugendmedizinischen Weiterbildung vermindert sich um den von den privaten Krankenversicherungsunternehmen gezahlten Betrag.²Über die Verträge nach Absatz 4 ist das Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung anzustreben.

(6)¹Die nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 zu vereinbarende Höhe der finanziellen Förderung ist so zu bemessen, dass die Weiterzubildenden in allen

Weiterbildungseinrichtungen nach den Absätzen 1 und 2 eine angemessene Vergütung erhalten. 2In Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der hausärztlichen Versorgung eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat, soll eine höhere finanzielle Förderung vorgesehen werden. 3Die Vertragspartner haben die Angemessenheit der Förderung regelmäßig zu überprüfen und soweit erforderlich anzupassen.

(7) In den Verträgen nach Absatz 4 kann auch vereinbart werden, dass

1. die Fördermittel durch eine zentrale Stelle auf Landes- oder Bundesebene verwaltet werden,
2. eine finanzielle Beteiligung an regionalen Projekten zur Förderung der Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendmedizin erfolgt,
3. bis zu 5 Prozent der vorgesehenen Fördermittel überregional für die Errichtung und Organisation von Einrichtungen, die die Qualität und Effizienz der Weiterbildung verbessern können, und für die Qualifizierung von Weiterbildern bereitgestellt werden,
4. in einem Förderungszeitraum nicht abgerufene Fördermittel in den darauffolgenden Förderzeitraum übertragen sowie überregional und unabhängig von der Art der Weiterbildungseinrichtung bereitgestellt werden.

(8) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Erfüllung der in Absatz 1 genannten Aufgaben kooperieren oder eine Kassenärztliche Vereinigung mit der Durchführung der Aufgaben nach Absatz 1 beauftragen.

(9) 1Die Absätze 1 und 4 bis 8 gelten für die Förderung der Weiterbildung in der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 entsprechend. 2Es sind bundesweit bis zu 2 000 Weiterbildungsstellen, ~~davon mindestens 250 Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin,~~ zu fördern.

Kontakt:

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ)

Mielenforster Straße 2, 51069 Köln

Telefon: 0221/68909-0

E-Mail: info@bvkj.de

Internet: www.bvkj.de

Präsident:

Dr. med. Michael Hubmann

Vizepräsident*innen:

Dr. med. Anke Steuerer

Dr. med. Stefan Trapp

Hauptgeschäftsführer:

Tilo Radau

Referent Gesundheitspolitik:

Simon K. Hilber

Tel.: [030 280 475 10](tel:03028047510)

E-Mail: simon.hilber@bvkj.de

Lobbyregister beim Deutschen Bundestag: Registernummer R000638