



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzt*innen

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)61(1)
gel. VB zur öffent. Anh. am
28.01.2026 - Kindergesundheit
23.01.2026

Stellungnahme zum Antrag der Fraktion Bündnis 90/Grünen

Kindergesundheit stärken – Versorgung umfassend verbessern und nachhaltig finanzieren

(BT-Drucksache 21/2721)

22. Januar 2026

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

Vorbemerkung

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ) begrüßt, dass die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen mit ihrem Antrag die Kinder- und Jugendgesundheit als eigenständiges Thema auf die Agenda heben und so die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen wie auch die besonderen Herausforderungen der Kinder- und Jugendmedizin adressieren.

Der BVKJ teilt nicht nur allgemein das Ansinnen, „die Kindergesundheit endlich in den Mittelpunkt der Gesundheitspolitik zu rücken“, sondern auch viele konkrete Punkte der Themen- und Problembeschreibung des Antrags, insbesondere was den enormen Handlungsbedarf bei Sicherstellung der kinderheilkundlichen Versorgung auch in Zukunft anbelangt.

Aus Sicht des BVKJ sollte dabei die stationäre und ambulante Versorgung nicht getrennt, sondern als interdependente und homogene Herausforderung betrachtet werden, die ganzheitliche Lösungsansätze verlangt.

So bedarf es etwa bei der Sicherstellung des ärztlichen Nachwuchses im stationären wie im ambulanten Sektor einer ambulanten Weiterbildungsförderung, weil andernfalls die notwendige umfassende Vermittlung der Weiterbildungsinhalte aller Anwärter der Kinder- und Jugendmedizin nicht möglich ist und sich ein Flaschenhals bildet.

Zu 16. Weiterbildungsförderung

Aus Sicht des BVKJ ist der Ausbau der Kapazitäten der Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin das wichtigste politische Ziel zur Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung der laufenden Legislaturperiode.

Um diesen Ausbau zu ermöglichen, ist eine Gleichstellung der Pädiatrie mit der Allgemeinmedizin in der ambulanten Weiterbildungsförderung nach § 75 a SGB V zielführend.

Kinder- und Jugendärzt*innen sind die Hausärzt*innen von Kindern und Jugendlichen, der Koalitionsvertrag weist ihnen als Primärärzt*innen die Aufgabe der Patientensteuerung zu. Soll die Pädiatrie in Zukunft weiterhin in die Lage versetzt werden, ihre primärärztliche Funktion zu erfüllen, braucht sie die primärärztliche Weiterbildungsförderung.

Mit der Gleichstellung würde ein Webfehler bei der Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung behoben. Denn obwohl die ambulante kinder- und jugendärztliche Versorgung

gemäß § 73 (1a) SGB V vollständig dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet wird, findet die pädiatrische Weiterbildungsförderung derzeit limitiert im Rahmen der fachärztlichen Versorgung statt.

Aktuell steht so bundesweit nur ein Kontingent von 250 geförderten Stellen zur Verfügung, das bereits seit 2020 überschritten wird. 2023 gab es 942 Ärzte in ambulanter Weiterbildung, ($\hat{=}$ 417 Vollzeitäquivalente). Bei aktuell über 216 offenen Planungsbereichen für die Kinder- und Jugendmedizin ist die flächendeckende Versorgung von Kindern und Jugendlichen schon heute im selben Maße gefährdet, wie die allgemeinmedizinische Versorgung der Erwachsenen. In einigen Regionen sind für Neugeborene keine fristgerechten Termine für die U3 in einer kinder- und jugendärztlichen Praxis zu bekommen. Vor allem kleinere und ländliche Kinderkliniken beklagen den Mangel an fachärztlichem Nachwuchs.

Zentrale Inhalte der Weiterbildungsordnung Kinder- und Jugendmedizin (2020), wie Prävention, Impfungen, Vorsorgen und longitudinale Betreuung, sind i.d.R. nur in den Praxen vermittel- und erlernbar. Ambulante Weiterbildungsabschnitte sind daher für zukünftige Fachärzt*innen fast immer obligat. Weiterbildungskapazitäten in den Kinderkliniken wurden in den letzten Jahren abgebaut. Bundesweit werden bereits Weiterbildungsverbünde zwischen Kinderkliniken und Praxen aufgebaut, um in Zukunft die kinder- und jugendärztliche Versorgung sicherstellen zu können. Für deren Funktionieren ist die Förderung essentiell, da in den Praxen die Ärzt*innen in Weiterbildung aufgrund des Facharztstandards die Kosten ihrer Ausbildung nicht selbst erwirtschaften können.

§ 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).

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband und die KBV begrüßen die Zuordnung der Pädiatrie zum hausärztlichen Versorgungsbereich im § 75a SGB V. Durch die Förderung der Pädiatrie im hausärztlichen Versorgungsbereich würde auch die fachärztliche Weiterbildung profitieren, indem im Kontingent von 2.000 fachärztlichen Weiterbildungsstellen 250 Förderstellen frei würden.

Wie die GMK im September 2023 fordert auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme vom Juli 2024 zum GVSG und seinem Beschluss vom 23.05.2025 die Förderung der pädiatrischen Weiterbildung analog zur allgemeinärztlichen Weiterbildung in § 75a SGB V.

Zu 1. Leistungsgruppen 16 und 47

Die Differenzierung der speziellen Leistungen für Kinder und Jugendliche sollte in der Tat, entgegen anderslautender Pläne erhalten bleiben. Es ist nicht einzusehen, dass einerseits eine sehr kleinteilige Unterteilung von Subdisziplinen in der Erwachsenenmedizin, mit einer Förderung der Spezialisierung unter Qualitätsgesichtspunkten einhergehen soll, gleichzeitig die besonderen Qualitäts- und Vorhaltebedingungen der spezialisierten Kinder- und Jugendmedizin nicht abgebildet werden sollten.

Mittels einer spezialisierten Leistungsgruppe lassen sich die strukturellen und personellen Mindestanforderungen bei der speziellen Behandlung von Kindern und Jugendlichen transparent abbilden und auch in der zukünftigen Landeskrankenhausplanung klar definieren.

Dass es hierfür notwendig ist, dass die Krankenhäuser die spezialisierten pädiatrischen Leistungen auch entsprechend zu verschlüsseln, benennt der Antrag zu Recht.

Zu 2. Untere Grenzverweildauer

Die Erhebung von Abschlägen von der Fallpauschale bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer ist eine bürokratische Maßnahme, die die problematische Folge hat, dass finanzielle Anreize gesetzt werden, Kinder und Jugendliche nicht zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu entlassen. Gerade in den Wintermonaten wurde hierdurch die Zahl der verfügbaren Betten künstlich beschränkt. Entscheidend ist aber, dass hierdurch Patienten und ihre Familien unnötig belastet wurden. Die Abschaffung der unteren Grenzverweildauer war aus Sicht der Kinder- und Jugendlichen überfällig und sollte nicht weiter verzögert werden. Deshalb ist diese Forderung aus Sicht des BVKJ sehr zu begrüßen.

Zu 3. Institutsambulanzen

Der BVKJ begrüßt, dass partiell und zeitweise, im Rahmen einer Ermächtigungsregelung für Krankenhäuser, die ambulante Versorgung bei bestehenden Versorgungslücken durch Krankenhäuser unterstützt wird. Dabei muss jedoch klar sein, dass, im Sinne einer patienten- und qualitätszentrierten, ökonomisch sinnvollen Patientenversorgung, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die sich niederlassen wollen, ein eindeutiger gesetzlicher Vorrang gegenüber stationären Einrichtungen eingeräumt wird, die sich zur ambulanten Versorgung ermächtigen lassen wollen oder bereits ermächtigt sind.

Eine pauschale Ermächtigung allein durch Vorhandensein einer Fachabteilung ist weder in der konservativen noch chirurgischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen sinnvoll.

Um ein ungezieltes Überlaufen der Spezialambulanzen zu verhindern, ist auch hier eine primärärztliche Steuerung notwendig. Zumindest muss ein pädiatrischer Überweisungsvorbehalt eingeführt werden.

Zu 4. Hybrid-DRGs

Der BVKJ begrüßt diese Forderung. Obwohl Kinder und ihre Familien in besonderer Weise von der Ambulantisierung profitieren würden, wurde die Entwicklung von Hybrid-DRG für Kinder, Jugendliche und generell Menschen mit Behinderungen 2024 mit dem Beschluss des KHVVG gestoppt. Diese unverständliche Entscheidung muss korrigiert werden.

Hybrid-DRGs haben große Vorteile, nicht nur aber besonders für Kinder und Jugendliche: Der Heilungsprozess wird durch das vertraute Umfeld beschleunigt, während die Anwesenheit enger Bezugspersonen die psychische Belastung spürbar reduziert. Der Flaschenhals in der Versorgung würde geweitet und die Ressourcen von Kinderkliniken und Schwerpunktpraxen im Interesse der Familien besser genutzt. Von den Vorteilen für die Patienten abgesehen, lassen sich aber durch die Vermeidung von langwierigen Klinikaufenthalten auch unnötige Kosten sparen. Kinder sollen auf keinen Fall aus abrechnungstechnischen Gründen stationär statt ambulant behandelt werden.

Zu 5. Telemedizinische Angebote

Eine pädiatrisch fachkompetente telemedizinische oder digitale Beratungsstelle kann einen Bestandteil der zukünftigen Notfallversorgung darstellen, aber nur insoweit als dadurch nicht erforderliche Arzt-Patientenkontakte in Präsenz in Notdienstpraxen/Notaufnahmen vermieden werden. Ein telefonisches und videounterstütztes ärztliches Versorgungsangebot 24 Stunden täglich, getragen „auch durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin“, geht jedoch an der Versorgungsrealität und den vorhandenen Kapazitäten vorbei. Kinder- und Jugendärzte können nicht zusätzlich zum bestehenden ärztlichen Bereitschaftsdienst ein weiteres paralleles Versorgungsangebot schultern. Gerade in kleinen Bundesländern in der Pädiatrie sind solche Angebote nicht leistbar, da Pädiater nicht einmal 5% der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ausmachen (Bundesarztreger 2024). So ist z.B. in Bremen bereits heute eine 5-7fach höhere Dienstbelastung im pädiatrischen Bereitschaftsdienst zu tragen, als durch die Kollegen der anderen Fachgruppen durch den allgemeinen Bereitschaftsdienst.

Ein zusätzliches Angebot zu Regelöffnungszeiten wird Praxisschließungen zur Folge haben, die die Patientenversorgung gefährden.

Zu 6. Sozialpädiatrische Zentren

Der BVKJ begrüßt die Stärkung der Sozialpädiatrischen Zentren und hält die Ausweitung von Zulassungszeiträumen auf 10 Jahre für vertretbar. Die Ermöglichung von SPZ-Zweigestellen und eine aufsuchende Behandlung ist aus Sicht des Verbandes sinnvoll.

Zu 7. Kinderkrankenpflege

Aus Sicht des BVKJ war die faktische Abschaffung der Kinderkrankenpflege ein Desaster mit Ansage. Schon 2016 hat der Verband davor gewarnt, dass es hierdurch zu einer drastischen Verschlechterung der pflegerischen Versorgung von Kindern kommen wird.

Die Pflege von Kindern erfordert eine spezielle Ausbildung, weil Kinder keine kleinen Erwachsenen sind, sondern sie je nach Alter besondere Anforderungen an die Pflegepersonen stellen.

Für die Pflege von Kindern wird spezielles Fachwissen benötigt, das nicht am Rande einer generalistischen Ausbildung erworben werden kann, wie sich jetzt auch gezeigt hat. Die fertigen generalistisch ausgebildeten Pflegekräfte sind nicht in der Lage, sofort in der Behandlung von jungen Patienten eingesetzt zu werden. Für die Kinderkrankenpflege galt bis 2020 in nahezu allen Kliniken eine Einarbeitungszeit bis drei Monaten (außer Neo/ Intensiv), danach war die Übernahme aller Dienste möglich. Heute planen Kinderkrankenhäuser mit einer Einarbeitung von mindestens 6 Monaten, oft noch länger. Die immensen Herausforderungen bei der Einarbeitung führen zu Stress und Überforderung bei Berufsanfängern und bestehenden Pflegeteams.

Bei der pädiatrischen Intensivpflege zeichnet sich ab, dass die Qualitätsstandards des Gemeinsamen Bundesausschusses zeitnah nicht mehr erfüllt werden können. Abgesehen von dem Schaden, der damit für die Versorgung folgt, wird das zu Einnahmeausfällen führen.

Zu 8. und 9. School Nurses

Der BVKJ begrüßt den Vorschlag, bei der Einführung des geplanten Pflege- und Gesundheitsexperten-Einführungsgesetzes das Pediatric Nursing und das School Nursing als eine Ausprägung des Advanced Practice Nursing zu implementieren. Der Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften ist international längst ein fester Bestandteil der schulischen Gesundheitsversorgung.

Schulgesundheitsfachkräfte können im Schulalltag die ersten Ansprechpartner sein, wenn Schüler plötzlich krank werden oder sich verletzen. Sie leisten schnelle Hilfe und beraten Kinder, Eltern und Lehrkräfte. Besonders für Kinder mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes,

Asthma oder Allergien können sie eine wertvolle Unterstützung sein. Das entlastet Lehrkräfte und Eltern erheblich.

Damit Schulgesundheitsfachkräfte in Deutschland etabliert werden können, braucht es verlässliche Rahmenbedingungen – allem voran eine dauerhafte Finanzierung durch Länder und Kommunen. Zudem sollte die Berufsbezeichnung klar definiert und rechtlich geschützt werden, um Qualität zu sichern.

Zu 10. Frühe Hilfen

Die Frühen Hilfen sind ein unverzichtbares Angebot für junge Familien. Maßnahmen die die strukturierte Kooperation sozialer Dienste mit dem Gesundheitswesen während der Schwangerschaft und rund um die Geburt dienen, sollten aus Sicht des BVKJ ausgebaut werden. Die Lotsensysteme der Frühen Hilfen sollten rechtlich verankert und regelhaft finanziert werden. Das Angebot von Kliniklotsen ist zu ergänzen durch eng mit der Praxis verknüpfte Familienlotsen. Dafür sollten die Lotsen in Kooperation mit Praxen agieren, ggf. sogar in den Praxen tätig werden und direkt Kinder aus den Praxen übernehmen, Risikofamilien und Familien mit Hilfebedarf unterstützen, beraten, begleiten, vermitteln und im Zweifel auch nachverfolgen, wenn Hilfen nicht geklappt haben. Ein Großteil der Familien nimmt zumindest die ersten U-Untersuchungen wahr. Pädiatrische Praxen sind daher ein wichtiger Ort, um niedrigschwellig psychosozial belastete Familien zu erreichen.

Zu 13. Mentale Gesundheit

Die mentale Gesundheit wird immer mehr zum zentralen Gesundheitsthema bei Jugendlichen in Deutschland. Jeder fünfte junge Mensch zeigt Belastungen – eine Situation, die sich seit Corona verschlechtert hat. Psychische Erkrankungen in jungen Jahren können schwerwiegende Folgen für das spätere Leben haben. Mit der Erkrankung ist auch die Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfe nach wie vor mit erheblichem Stigma verbunden. Diese Stigmatisierung verhindert oft, dass Betroffene rechtzeitig professionelle Unterstützung suchen, obwohl frühzeitige Intervention entscheidend für den Behandlungserfolg wäre. Aus Sicht des BVKJ liegt in dem Abbau von Stigmatisierung auch eine Aufgabe der Öffentlichen Gesundheit, insofern begrüßt er die Forderung des Antrags.

Zu 14. Lieferengpässe

Wie der Antrag zu Recht festhält, kann keine Entwarnung bezüglich des Mangels bei Kinderarzneimitteln gegeben werden. Die im ALGVVG ergriffenen Maßnahmen können nur erste Schritte gewesen sein - ausgehend von den sehr niedrigen Festbeträgen waren die

angesetzten Steigerungen wohl noch nicht ausreichend. Immer noch kommt es zu Engpässen, die eine leitliniengerechte Behandlung von Kindern und Jugendlichen unmöglich machen. Daneben ist es für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen dringend erforderlich, dass Prüfverfahren beim Einsatz von Off-Label-Medikamenten entfallen.

Die ausreichende Versorgung mit Arzneimitteln für Kinder und Jugendliche ist nicht nur eine gesundheitspolitische Fragestellung, sondern bedarf wirtschaftlicher Strukturveränderungen, sodass es für Unternehmen wieder attraktiv wird, in Europa zu produzieren.

Zu 17. Ambulante HNO-Operationen

Aus Sicht des BVKJ ist die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ambulanten HNO-Operationen keinesfalls befriedigend gelöst. Hierzu braucht es nach unserer Überzeugung keine Hinwirkung des Bundes auf die Länder, die dann wiederum auf die KVen einwirken sollen. Der Engpass entsteht durch die völlig unzureichende Berücksichtigung der OP-Kosten in der bundesweit geregelten ambulanten Vergütung. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb derselbe Eingriff im stationären Bereich deutlich besser vergütet wird als im ambulanten. In einigen Fällen liegt die Vergütungsdifferenz beim Zehnfachen. Hier wäre die Möglichkeit für eine kostendeckende Vergütung über Hybrid-DRGs – siehe unsere Ausführungen zu 4.

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