



Wortprotokoll der 28. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 28. Januar 2026, 16:15 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Zoom-Meeting.

Vorsitz: Dr. Tanja Machalet, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 5

Antrag der Abgeordneten Johannes Wagner, Dr. Janosch Dahmen, Simone Fischer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Kindergesundheit stärken – Versorgung umfassend verbessern und nachhaltig finanzieren

BT-Drucksache 21/2721

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

**Mitglieder des Ausschusses**

Fraktionen	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Beek, Sascha van Borchardt, Simone Hiller, Dr. Matthias Janssen, Anne Müller, Axel Pauls, Dr. Thomas Pilsinger, Dr. Stephan Schmidt, Sebastian Seitz, Nora Streeck, Dr. Hendrik Theiss, Dr. Hans Weiss, Dr. Maria-Lena Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Aumer, Peter Demuth, Ellen Ehm, Lars Grasse, Adrian Knoerig, Axel Ludwig, Dr. Saskia Müller, Sepp Reddig, Pascal Rupprecht, Albert Staffler, Katrin Stegemann, Albert Timmermann-Fechter, Astrid
AfD	Baum, Dr. Christina Bloch, Joachim Dietz, Thomas Ebenberger, Tobias Hess, Nicole Schießl, Carina Sichert, Martin Weiss, Claudia Ziegler, Kay-Uwe	Bessin, Birgit Birghan, Dr. Christoph Bollmann, Gereon Fetsch, Thomas Giersch, Alexis L. Kempf, Martina Möller, Stefan Przygodda, Kerstin Schmidt, Dr. Paul
SPD	Machalet, Dr. Tanja Mieves, Matthias David Moll, Claudia Pantazis, Dr. Christos Schwartz, Stefan Seitzl, Dr. Lina Yüksel, Serdar	Ahmetovic, Adis Dittmar, Sabine Glöckner, Angelika Kersten, Dr. Franziska Peick, Jens Schmidt, Dagmar Stadler, Svenja
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Fischer, Simone Heitmann, Linda Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Wagner, Johannes	Grau, Dr. Armin Nick, Dr. Ophelia Piechotta, Dr. Paula Rietenberg, Sylvia
Die Linke	Gürpinar, Ates Merendino, Stella Schötz, Evelyn Stange, Julia-Christina	Arndt, Dr. Michael Brückner, Maik Fey, Katrin Gebel, Kathrin



Liste der Auskunftspersonen

Öffentliche Anhörung am 28. Januar 2026, 16:15 Uhr, PLH E 300
„Kindergesundheit stärken“

- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ)¹
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)²
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)³
- Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD)²
- Prof. Dr. med. Ursula Felderhoff-Müser¹
Universitätsklinikum Essen, Klinik für Kinderheilkunde
- Prof. Heidrun Thaiss³
Technische Universität München
- Julia Venzke⁴
Mitinitiatorin der Petition „Gesundheitsfachberufe – Erhalt des Wahlrechts nach § 59 Pflegeberufegesetz innerhalb der Pflegeausbildung“
- Rita Zöllner³
Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB)

¹ Auf Vorschlag der Fraktion der SPD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

² Auf Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

³ Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

⁴ Auf Vorschlag der Fraktion Die Linke zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 16:16 Uhr

Einzigster Tagesordnungspunkt

Antrag der Abgeordneten Johannes Wagner, Dr. Janosch Dahmen, Simone Fischer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Kindergesundheit stärken – Versorgung umfassend verbessern und nachhaltig finanzieren

BT-Drucksache 21/2721

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD):

Liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr verehrte Sachverständige hier im Saal und online, Staatssekretär Sorge ist auf dem Weg hierher. Sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich darf Sie ganz herzlich zur zweiten Anhörung des Gesundheitsausschusses heute hier begrüßen. Es ist auch wieder eine Mischung aus Präsenz- und Online-Meeting. Ich möchte die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Zoom-Schalte bitten, sich mit Namen anzumelden – das ist, wie ich das sehe, aber der Fall –, damit Ihre Teilnahme auch erkennbar ist. Ich möchte Sie bitten, Ihre Mikrofone stumm zu schalten.

Meine Damen und Herren, es geht heute in der Anhörung um den Antrag von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Kindergesundheit stärken – Versorgung umfassend verbessern und nachhaltig finanzieren“. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN verweisen in ihrem Antrag auf die Kinderrechtskonvention, die allen Kindern das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit zuspricht, wozu eben auch der Zugang zu Gesundheitsdiensten gehört. Diesem Recht sei Deutschland verpflichtet. Als Konsequenz fordert die Fraktion, dass die notwendigen strukturellen, finanziellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit alle Kinder und Jugendlichen in Deutschland unabhängig von Herkunft, Wohnort oder sozialem Status die bestmögliche medizinische Versorgung erhalten. Zur Umsetzung dieser Forderung wurde ein umfangreicher Maßnahmenkatalog zusammengestellt, über den wir hier heute mit Ihnen, liebe Sachverständige, sprechen wollen.

Bevor wir beginnen, will ich einige Anmerkungen zum Ablauf machen. Wir haben 60 Minuten Zeit für Fragen und Antworten. Die Fragen werden abwechselnd nach Fraktionen an die Sachverständi-

gen gestellt. Es beginnt die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Die weitere Reihenfolge orientiert sich dann an der Stärke der Fraktionen und beruht auf einer ausschussinternen Vereinbarung. Es wird immer eine Frage an einen Sachverständigen oder eine Sachverständige gestellt. Die Frage- und Antwortzeit sind insgesamt auf drei Minuten begrenzt. Ich darf darum bitten, dass die einzelnen Wortbeiträge möglichst kurz gefasst werden, damit wir möglichst viele Fragen beantworten können. Ich bitte die Sachverständigen entsprechend der Regelung in § 70 Absatz 6 Satz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beim ersten Aufruf, und nur beim ersten, etwaige finanzielle Interessenverknüpfungen in Bezug auf den Beratungsgegenstand offenzulegen. Das soll unsere öffentlichen Anhörungen sowohl für die Abgeordneten als auch für die Zuschauerinnen und Zuschauer transparenter machen. Ich danke auch den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben. Die Anhörung wird wie immer live im Parlamentsfernsehen übertragen und das Wortprotokoll wird im Anschluss auf der Seite des Ausschusses zur Verfügung gestellt. Die online teilnehmenden Sachverständigen weise ich noch darauf hin, dass sie, sobald Sie das Mikro geöffnet haben, hier auf dem Video-Würfel zu sehen sein werden und eben auch im Parlamentsfernsehen und auch im Nachgang das Bild noch stehen bleibt. Die Gäste auf der Besuchertribüne, es sind nicht so viele, weise ich trotzdem darauf hin, dass es keine Beifallsbekundungen und Zwischenrufe geben soll und keine Aufzeichnungen der Anhörung per Smartphone oder anderen Geräten stattfinden dürfen. Ich darf jetzt mit der Anhörung beginnen. Die erste Frage stellt der Kollege Wagner, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Bitteschön.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende und Dank auch an alle Sachverständigen, dass sie heute hier sind. Meine erste Frage geht an Herrn Dr. Artlich, der online dabei sein müsste. Ist das richtig? Ja, ich sehe ihn. Die Frage an Sie ist: Warum schätzen Sie es als relevant ein, dass die Leistungsgruppen 16 – spezielle Kinder- und Jugendchirurgie und 47 – spezielle Kinder- und Jugendmedizin in der Krankenhausreform erhalten bleiben und warum ist es wichtig, diese auch weiterzuentwickeln und nicht zu streichen, so wie es aktuell vorgesehen ist?



Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Artlich, bitte.

Dr. Andreas Artlich (Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD)): Vielen Dank für die Frage. Zunächst einleitend, Interessenkonflikte habe ich nicht zu deklarieren. Wir müssen uns zur Beantwortung dieser Frage immer klar machen, dass die spezialfachärztliche Pädiatrie in Deutschland im Unterschied zu der Erwachsenenmedizin ganz überwiegend an den Kliniken verortet ist. Wenn wir jetzt diese beiden speziellen Leistungsgruppen aufgeben, dann beschädigen wir nicht nur die spezialärztliche Pädiatrie im stationären Bereich, sondern auch im ambulanten Bereich, weil es für die Kliniken gar keinen Anreiz mehr gibt, einen Spezialbereich, beispielsweise der Kindergastroenterologie, zu unterhalten. Dann fällt der Anreiz weg für die Kliniken, das im stationären Bereich zu organisieren und dann beschädigen wir in der Fläche die ambulante spezialärztliche Versorgung. Wir halten es auch für wichtig, dass die politische Wahrnehmung erhalten bleibt, dass die spezialärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen wichtig ist. Deswegen schlagen wir vor, die Leistungsgruppen zu erhalten, genau wie es im Antrag formuliert ist. Da muss der Leistungsgruppen-Grouper entsprechend angepasst werden und dann müssen die Strukturmerkmale der Leistungsgruppen in der speziellen Pädiatrie, pädiatriespezifisch operationalisiert werden. Das ist ganz wichtig. Wenn man sich entscheidet, die Leistungsgruppen wegfällen zu lassen, dann müssen wir darauf bestehen, dass 0 bis 16 einfach spezifisch in einer Kinderklinik zu behandeln ist, weil das sonst nicht sichergestellt ist, dass diese Kinder ein pädiatriespezifisches Betreuungsangebot bekommen. Das betrifft insbesondere auch die altersgruppenspezifische Pflege, zu der wir im Laufe der Anhörung sicherlich heute Nachmittag noch zu sprechen kommen.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann wären die CDU/CSU an der Reihe. Frau Zeulner, bitte.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Vielen herzlichen Dank. Meine Frage geht an Frau Prof. Dr. Heidrun Thaiss. Vielen Dank, dass Sie heute nach Berlin gekommen sind. Ich hätte folgende Frage: Welchen Eindruck haben Sie von der Gesundheit und

Resilienz von Kindern und Jugendlichen nach der Pandemie und aktuell? Welche politischen Maßnahmen sehen Sie in diesem Bereich als dringend geboten an?

Die **Vorsitzende**: Frau Prof. Thaiss, bitteschön.

Prof. Heidrun Thaiss (Technische Universität München): Ganz herzlichen Dank für die Möglichkeit, hier Stellung nehmen zu dürfen. Ich habe auch keine Interessenkonflikte zu deklarieren. Ich freue mich, dass neben der wichtigen individuellen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Krankheitsfall auch hier der Child Public Health-Aspekt eine Rolle spielt. Die bekannten Trends von akuten zu chronischen Erkrankungen, das bedeutet immerhin bis zu 25 Prozent chronisch kranker Kinder mit speziellen Hilfebedarfen, zum Beispiel im schulischen Kontext, und von infektiösen zu psychischen Erkrankungen, haben in der Pandemie noch eine Aggravierung erfahren, die noch nicht wieder vollständig behoben ist. Insbesondere bedürfen hier ältere Mädchen der Aufmerksamkeit. 20 Prozent von ihnen zeigen immer noch Ängste und Depressionen mit Beeinträchtigungen der Lebensqualität. Das wird durch weltweite Krisen verstärkt. Allerdings, ich glaube, das muss man auch betonen, sind nicht alle Auffälligkeiten behandlungsbedürftig gemäß den Autoren der 8. COPS Y Erhebungswelle (Child Outcomes in PSYchology), die das explizit betonen. Denn viele junge Frauen entwickeln tatsächlich auch Coping-Strategien und nutzen persönliche Ressourcen und ihre mittlerweile nach der Pandemie tatsächlich auch wieder gefestigten sozialen Netzwerke. Sie stärken so ihre Resilienz. Daneben sehen wir aber auch somatische Folgen durch den Bewegungsmangel und die Nutzung sozialer Medien. Insbesondere ist hier auf die Gewichtsentwicklung bei Jungen, die noch durch bildungsferne und soziale Problemlagen verstärkt wird, zukünftig zu achten. Zu den Maßnahmen: Dringende Maßnahmen für eine sichere Planung, egal in welchem der genannten Bereiche, sind zunächst eine valide Datengrundlage, insbesondere auch longitudinal. Hier könnten neben dem RKI wie bisher auch die deutschen Zentren für Kindergesundheit zukünftig einen Beitrag leisten, damit wir nicht immer nur auf die Berichte und den Fokus der Kassen mit dem entsprechenden Bias angewiesen sind. Daneben wäre die Harmonisierung



und die Zusammenführung der Daten aus den vorhandenen U-Untersuchungen, den Schuleingangsuntersuchungen, die Wiedereinführung der 4.- und 8.-Klassenuntersuchung mit Stärkung des Personals auch des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes im ÖGD und die Standardisierung und damit Qualitätssicherung der genannten Vorsorgen und Reihenuntersuchungen von Bedeutung – und das in der Datenerhebung und auch in der Auswertung. Wichtig ist mir noch zu betonen, dass wir dringend eine Zusammenführung der oftmals parallelen Angebote aus unterschiedlichsten Sektoren mit demselben Ziel der Förderung der Kindergesundheit brauchen. Hier sind meines Erachtens erhebliche Ressourcen zu heben, nicht nur sozialgesetzbuch- und ressortübergreifend. Ich nenne hier die Einzelmaßnahmen der Eingliederungshilfe, der Schulbegleitung, der Teilhabeassistenten, der Sicherungspflege und viele andere. Es braucht die systemische Implementierung des Gesundheitsgedankens in den Institutionen, die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung und die Implementierung und Stärkung der Schulgesundheitspflege.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Frau Weiss, bitte schön.

Abg. **Claudia Weiss** (AfD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde gerne den Gemeinsamen Bundesausschuss fragen. Welche konkreten Punkte des Antrages erfordern aus Ihrer Sicht Änderungen an den Richtlinien des G-BA, zum Beispiel Bedarfsplanung, Qualitätssicherung oder Strukturvergaben und welche Punkte liegen außerhalb Ihrer Zuständigkeit?

Die **Vorsitzende**: Herr Prof. Hecken, bitteschön.

Prof. Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Ganz herzlichen Dank für die Frage, Josef Hecken, Gemeinsamer Bundesausschuss, keine Interessenkonflikte. Es bedarf, bezogen auf den Gemeinsamen Bundesausschuss, einer gesetzlichen Anpassung hinsichtlich der gesonderten Ausweisung von Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche. Wir haben heute die Bedarfsplanung auf der Basis des § 101 SGB V für den Bereich der Arztgruppe der Psychotherapeuten nur als einheitliche Gruppe und eine Quotenregelung, wonach

20 Prozent der insgesamt ausgewiesenen Sitze für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen vorgehalten werden sollen. Das ermöglicht keine passgenaue Steuerung, weil wir wachsende Versorgungsbedarfe bei Kindern und Jugendlichen regional unterschiedlich sehen, das heißt in städtischen Gebieten, in sozial benachteiligten Gebieten brauche ich wesentlich mehr Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche als möglicherweise in anderen Bereichen. Deshalb gibt's schon seit mehreren Jahren das Begehren des Gemeinsamen Bundesausschusses, hier die Befugnis zur gesonderten Planung zu erhalten. Das würde auch Planungssicherheit für in Ausbildung befindliche Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche mit sich bringen, weil sie eben nicht darauf warten müssen, dass irgendwo der fünfte Sitz frei bleibt oder frei wird, sondern es eine gesicherte Perspektive wäre. Das würde auch das Berufsbild insgesamt stärken. Hier bräuchten wir also zwingend eine Ermächtigung. Alle anderen Maßnahmen, die den G-BA adressieren, also Verbesserung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, Verbesserung der Möglichkeiten auch zur Behandlung im Zusammenhang mit der Schwangerschaft oder mit der Geburt auftretender psychischer Belastungssituationen, können im Rahmen des bestehenden Settings ausgeführt werden. Besonderer Aufmerksamkeit bedürfen hier aber die im Rahmen der Notfallversorgung auch zu diskutierenden Zentren zur Notfallversorgung von Kindern. Hier ist aus meiner Sicht ganz wichtig, dass entsprechende Strukturen geschaffen werden, die bundesweit einheitliche Qualitätsstandards und Standortentscheidungen ermöglichen. Hier wäre möglicherweise eine Nachschärfung im Gesetz oder eine Ermächtigung an den G-BA notwendig, das zu definieren.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Prof. Hecken. Die SPD, Herr Dr. Pantazis.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an Frau Prof. Felderhoff-Müser. Der Antrag der Grünen fordert, Hybrid-DRGs auch für Leistungen an Kindern und Jugendlichen sowie Menschen mit Behinderungen zu ermöglichen. Welche spezifischen Anforderungen sehen Sie für Hybrid-DRGs in der Pädiatrie, etwa hinsichtlich Komplexität der Fälle, personeller Vorhaltekosten und Ergebnisqualität?



Prof. Dr. med. Ursula Felderhoff-Müser (Universitätsklinikum Essen, Klinik für Kinderheilkunde): Ursula Felderhoff, Universitätsklinikum Essen und Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Keine Interessenskonflikte. Hybrid-DRGs begrüßen wir im Allgemeinen. Insbesondere für den kinderchirurgischen Bereich ist das eine sehr gute Möglichkeit, Kindern Krankenhausaufenthalte zu ersparen und auch sektorenübergreifend zu arbeiten. Was beachtet werden soll, das gilt im Wesentlichen für den Bereich der konservativen Kinder- und Jugendmedizin, ist, dass dann besonders schwere Fälle nicht an den Krankenhäusern hängen bleiben sollten, sondern dass klare Definitionen abgrenzen, welche Fälle wo zu leisten und wie sie zu vergüten sind. Insgesamt begrüßen wir die Einführung von Hybrid-DRGs insbesondere zunächst auch für die Kinder- und Jugendchirurgie, so wie es vorgesehen war.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Der Kollege Wagner für die Grünen hat das Wort.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine nächste Frage geht an die DGKJ, an Dr. Rodeck dieses Mal. Das KHVVG (Krankenhausversorgungsbesserungsgesetz) hat vorgesehen, die Abschläge von den Fallpauschalen bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer bei Kindern und Jugendlichen ab dem Jahr 2027 abzuschaffen. Das KHAG (Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform) soll diese Abschaffung um ein Jahr verzögern, was wir in unserem Antrag ablehnen. Wie schätzen Sie die Auswirkungen dieses Vorgehens ein?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Rodeck, bitte.

Dr. Burkhard Rodeck (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)): Burkhard Rodeck, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Vielen Dank für die Frage. Die Einhaltung der unteren Grenzverweildauer ist der Erwachsenenmedizin entlehnt. In der Kinder- und Jugendmedizin sind die Eltern diejenigen, die oft auch gegen ärztlichen Rat auf möglichst rasche Entlassung drängen. Am aufwendigsten in der Behandlung der Kinder sind die ersten

Stunden nach der Aufnahme, sprich Diagnostik, Therapie, Einleitung. Danach wird es ruhiger. Der finanzielle Abschlag bei rascher Entlassung und damit eben auch unterhalb der unteren Grenzverweildauer trägt dazu bei, dass die Kinder- und Jugendmedizin unattraktiv ist im Sinne von ökonomischen Erlösen. Warum jetzt die Verzögerung? Abgesehen von dem Generalargument, die Krankenhausreform darf nicht scheitern, gibt es eigentlich kein inhaltliches Gegenargument. Die Nichtbeachtung oder -umsetzung einzelner sinnvoller Maßnahmen im Rahmen des KHAG wird nach unserer Einschätzung als Kollateralschaden für die Kinder und Jugendlichen in Kauf genommen. Ist das fair für die Kinder? Ich erinnere an all das, was wir dieser Generation im Rahmen der Pandemieabwehr zugemutet haben. Insofern Zustimmung zu dem Antrag. Danke.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön, Herr Dr. Rodeck. Dann wäre jetzt Frau Stange für die Linken an der Reihe. Bitteschön.

Abg. **Julia-Christina Stange** (Die Linke): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich möchte gerne Julia Venzke fragen, die Petentin. Die ist, glaube ich, online zugeschaltet. Sie haben eine sehr erfolgreiche Petition zur Ausbildung in der Kinder- und Jugendpflege eingebracht. Welche Auswirkungen hätte nach Ihrer Ansicht die Streichung des Wahlrechts auf Spezialisierung auf Kinder- und Jugendpflege auf die Versorgungsqualität?

Die **Vorsitzende**: Frau Venzke, bitte.

Julia Venzke (Mitinitiatorin der Petition „Gesundheitsfachberufe – Erhalt des Wahlrechts nach § 59 Pflegeberufegesetz innerhalb der Pflegeausbildung“): Schönen guten Tag. Vielen Dank. Auch bei mir liegen keine Interessenskonflikte vor. Wir sehen ein ganz großes Risiko bei der Versorgungsqualität, wenn die Wahlmöglichkeit zum gesonderten Berufsabschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpflege entfällt. Grundsätzlich muss man sagen, jeder frisch Examinierte benötigt Einarbeitung und Anleitung zum Start ins Berufslebens. Wir merken jetzt aber bereits nach fünf Jahren oder nach drei Jahren Examen in der Generalistik, dass die neuen Kolleginnen und Kollegen deutlich mehr Einarbei-



tungszeit benötigen, was wiederum die Teams, die sowieso unter Personalmangel leiden, extrem belastet, was die neuen Kolleginnen und Kollegen ebenfalls belastet und zum Teil sehr frustriert. Die Häuser sind gezwungen, Einarbeitungskonzepte neu zu entwickeln und längere Einarbeitungszeiten einzuplanen. Von Einheitlichkeit brauchen wir da gar nicht mehr sprechen. Die Kinderkrankenpflege wird dadurch auch für viele Leute tatsächlich unattraktiv, weil sie sagen, sie möchten keine lange Ausbildung in anderen Bereichen, in der Altenpflege, in der Erwachsenenpflege durchlaufen. Sie möchten zu Kindern. Wir dürfen nicht davon ausgehen, wie wir vor 20 Jahren gestartet haben, sondern wie Kolleginnen und Kollegen heutzutage starten. Wenn ich weiß, ich habe mein Examen bestanden, ich kann jetzt nach einer gewissen Einarbeitung arbeiten, ich mich aber nicht sicher fühle und alleine nicht wirklich auch kränkere Patienten versorgen kann, dann wird es nicht mehr attraktiv, diesen Beruf zu lernen, was den Fachkräftemangel in der Kinderkrankenpflege noch viel, viel, viel mehr und drastischer eskalieren lässt. Darüber brauchen wir nicht zu sprechen. Ohne Menschen, die die Kinder versorgen, ist die Qualität einfach gar nicht mehr gegeben. Fehlende Fachexpertise im kindlichen Bereich kann man nicht in kurzen Einarbeitungen oder durch eine generalistische Ausbildung auffangen.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann kommen wir jetzt zum zweiten Block. Die Reihenfolge nach dem, wie gesagt, besprochenen System. Es würde jetzt Frau Janssen für die CDU/CSU fragen.

Abg. **Anne Janssen** (CDU/CSU): Vielen Dank. Meine Frage geht an Frau Prof. Thaiss. Sie befassen sich schon sehr lange mit dem Thema Gesundheitskompetenz und Sie haben auch gerade schon die Schulgesundheitsfachkräfte angesprochen. Können Sie uns aus Ihrer Sicht den Mehrwert dieser Fachkräfte schildern, vielleicht auch im Vergleich zu den Mental Health Coaches?

Prof. Heidrun Thaiss (Technische Universität München): Die Notwendigkeit einer effektiven Schulgesundheitspflege zur Entlastung von Lehrkräften und Eltern ergibt sich vor allem aus der genannten Zunahme chronisch Kranker und aus verschiedenen

Gründen wie vulnerable Kinder und Jugendliche im Schulsystem und deren dauerhafter Versorgungsbedarfe. Hinzu kommt das Ziel der Ermöglichung von Teilhabe und Inklusion. Genannt sei nur die rasche Rückkehr in den Unterricht. Die besondere Bedeutung einer frühen Prävention, die kennen wir alle – Stichwort Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Wenn wir ganz früh anfangen, dann zahlt sich das aus in der Lebensperspektive. Wir entlasten Eltern – Stichwort Arbeitsplatzsicherheit. Insbesondere Mütter können am Arbeitsplatz verbleiben, können ihrer Tätigkeit wieder nachgehen. Wir haben aktuell Zahlen, dass Mütter von Kindern mit Diabetes zu mehr als der Hälfte, 55 Prozent, ihre Arbeitszeit reduzieren und zu mehr als einem Drittel ihre Arbeit aufgeben, um für die Kinder zu sorgen. Wir haben auch die Möglichkeit, für die Kinder und deren Versorgung im schulischen Kontext da zu sein. Schulgesundheitsfachkräfte sind in der Regel in der Kinderkrankenpflege ausgebildet. Sie sind Fachpersonen und speziell berufsbegleitend weiterqualifiziert. Sie sind dauerhaft gleichberechtigt in den pädagogischen Teams etabliert und im System persönliche Ansprechpersonen und Koordinatoren in allen gesundheitlichen Fragen im Kontext Schule. Sie übernehmen die Lotsenfunktion auch außerhalb in das medizinische System. Sie ermöglichen auch für Benachteiligte Zugänge. Ihnen obliegt also die Einordnung, die Steuerung akuter und chronischer Ereignisse. Wir kennen Verletzungen, Versorgen medizinische Notfälle, Status asthmaticus, und Fragen von Hygiene und Infektion und Impfschutz, nicht zuletzt nach der Pandemie. Idealerweise sind sie mit Fach- und Rechtsaufsicht beim öffentlichen Gesundheitsdienst verankert – Stichwort Gesundheitskompetenz. Da haben wir valide Daten aus Rheinland-Pfalz. Wir haben eine Steigerung der Gesundheitskompetenz nach Etablierung von Schulgesundheitsfachkräften im Vergleich zu Schulen ohne bis zu 75 Prozent nach zwölf Monaten; Früherkennung gesundheitlicher Problemlagen bis zu 90 Prozent; Versorgen chronisch kranker Kinder 88 Prozent; Unterstützung von Elterngesprächen 70 Prozent und Unterrichtsteilhabe 74 Prozent. Also Stichwort hier: Chancengerechtigkeit. Wichtig auch noch mal, weil wir die fachlichen Argumente, ich glaube, da sind wir alle überzeugt. Aber es geht ja auch um die Ökonomie. Neben der Steigerung der Gesundheitskompetenz und der Förderung der Inklusion ist der ökonomische Nutzen von ganz besonderer



Bedeutung. Wir haben eine Reduktion von Rettungseinsätzen von bis zu 64 Prozent. Reha-Verkürzung, Verbleib im Unterricht, Vermeidung von Notfallbehandlung. Im Gegensatz zu den Mental Health Coaches ist das eben ein dauerhaftes Angebot durch qualifizierte Kräfte, die eben sehr lange qualifiziert sind.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann wäre jetzt die AfD an der Reihe. Frau Weiss, bitte.

Abg. **Claudia Weiss** (AfD): Vielen Dank. Ich habe eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Der Antrag fordert eine nachhaltige Finanzierung der Kindermedizin. Welche finanziellen Stellschrauben, das heißt, DRG-Anpassung, Vorhalt der Finanzierung, Zuschläge oder Sicherstellungszuschläge, sind aus Ihrer Sicht medizinisch sinnvoll? Welche bergen das Risiko, Ineffizienzen zu verstetigen?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Rodeck, bitte.

Dr. Burkhard Rodeck (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)): Vielen Dank für die Frage. Zum Teil ist sie von Dr. Andreas Artlich vom VLKKD schon beantwortet worden. Wir sind der Meinung, dass die Leistungsgruppe 47 und die Leistungsgruppe 16, also spezielle Kinder- und Jugendmedizin und spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, weiter erhalten bleiben soll, auch wenn das jetzt aktuell keine finanziellen Nachteile mit sich bringt. Allerdings verschwindet dann diese Begrifflichkeit aus der gesundheitspolitischen Diskussion und aus der öffentlichen Diskussion, sodass wir zumindest, selbst wenn diese Leistungsgruppen nicht erhalten bleiben, dafür plädieren, dass die Leistungsgruppe Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin umbenannt wird in Kinder- und Jugendmedizin, damit eben nicht nur alles allgemein ist, sondern die spezielle Kinder- und Jugendmedizin auch enthalten ist. Das ist der eine Punkt. Der zweite Punkt ist die Fortführung der Zuschläge, der Sondererlöse für die Kinder- und Jugendmedizin in Höhe von 288 Millionen Euro. Diese muss natürlich weitergeführt werden, bis die Sachlage in der Krankenhausreform so geregelt ist, dass auch die Spezialisierung der Kinder- und Jugendmedizin dort abgebildet wird. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön, Herr Dr. Rodeck. Dann käme Herr Yüksel für die SPD-Fraktion.

Abg. **Serdar Yüksel** (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Hubmann, wenn er ordnungsgemäß mit seinem Auto geparkt hat. Herr Dr. Hubmann, laut Koalitionsvertrag sollen die begrenzten Kapazitäten von Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin ausgebaut werden. Von 2 000 Weiterbildungsstellen für die grundversorgenden Fachärzte sind derzeit lediglich 250 Stellen für die Pädiatrie reserviert. Welchen Stellenwert hat die ambulante Weiterbildungsförderung für die Kinder- und jugendärztliche Versorgung?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Hubmann, bitte.

Dr. Michael Hubmann (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ)): Michael Hubmann, Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzt:innen. Vielen Dank für die Einladung. Entschuldigung, dass ich online dabei bin. Wir hoffen bei der Weiterbildungsförderung auf die Umsetzung des Koalitionsvertrags. Ich glaube, die Vorschläge liegen auf dem Tisch. Wir gehören zum hausärztlichen Versorgungsbereich. Die Weiterbildungsordnung bildet eindeutig Kompetenzen ab, die wir in der Kombination mit den Kliniken gemeinsam erreichen wollen und auch können, wenn wir die Weiterbildungsförderung haben. Wir sehen dort großen Erfolg unserer Weiterbildungsverbände, die für uns auch im direkten Zusammenhang mit der Zusammenarbeit mit den Kliniken bestehen. Die Mehrzahl der Kolleginnen wird bereits jetzt ambulant und stationär ausgebildet. Nur wenn wir die Gleichstellung mit der Allgemeinmedizin bekommen und auch den Ausbau der Förderung, können wir den Erfolg aufrechterhalten. Aktuell liegen wir bereits über der für uns durch die letzte Gesetzgebung vorgeschriebenen Menge von 250 Stellen, es sind ca. 400 Stellen. Wenn wir da keine Änderungen bekommen, wird das nicht zu halten sein. Der Rückgang der Facharztanerkennungen für Kinder- und Jugendmedizin hat damit natürlich auch ein Problem in der weiteren Versorgung der Kinder und Jugendlichen zur Folge. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Wagner, bitte.



Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Da ich eine sehr ähnliche Frage an Dr. Hubmann stellen wollte, überspringe ich das jetzt, weil ich seine Antwort schon gehört habe. Wir fordern, dass ja auch im Antrag, Eine Frage an den VLKKD, Dr. Artlich, noch einmal. Im KHVVG wurde geregelt, dass Kinderabteilungen auch ambulante Versorgung abrechnen dürfen, ohne dass sie dafür persönliche Ermächtigungen der Krankenversicherungen brauchen. Der Rahmenvertrag hierzu ist nach unserem Kenntnisstand bisher noch nicht in Kraft, weil es in der Selbstverwaltung darüber Streit gibt. Sind Sie der Auffassung, dass es eine gesetzliche Nachschärfung bräuchte, damit eine vollumfängliche ambulante Leistungserbringung für Kinder und Jugendliche im Krankenhaus auf den Weg gebracht werden kann? Bitte erläutern Sie Ihre Antwort.

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Artlich, bitte.

Dr. Andreas Artlich (Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD)): Vielen Dank für Ihre Frage. Tatsächlich ist der Rahmenvertrag noch nicht zustande gekommen. Und zwar entzündet sich der Streit der Selbstverwaltungspartner an der Frage, wie die Zuweisung zu diesen Institutsambulanzen gesteuert wird. Wir sind gemeinsam mit allen pädiatrischen Fachgesellschaften der Ansicht, dass es selbstverständlich eine Zuweisungssteuerung braucht. Aber die kann sich nicht, so wie der GKV-Spitzenverband das vorschlägt, nach Diagnoselisten richten. Denn wenn wir Diagnoselisten für die Zuweisung zum Kriterium machen, dann blenden wir das ganze Kollektiv derjenigen Kinder aus, die noch gar keine Diagnose haben. Wir sprechen uns dafür aus, dass es einfach eine Zuweisungssteuerung durch diesen Überweisungsvorbehalt gibt. Es gibt viele niedergelassene Kinderärzte, die entsprechende Vordiagnostik durchführen und die an einem bestimmten Punkt dann ein Kind in die Kliniken weiter überweisen wollen und sollen. Das ist der sogenannte Überweisungsvorbehalt. Das wäre nach unserem Dafürhalten genau das Richtige. Das wollen wir alle gemeinsam. Diagnoselisten machen überhaupt keinen Sinn. Da müsste man wirklich schauen, wie die Selbstverwaltung da vorankommt. Gegebenenfalls müsste man nochmal gesetzlich nachschärfen. Wenn ein Überweisungsvorbehalt

nicht gewünscht ist, dann gäbe es grundsätzlich noch die Möglichkeit, das Ganze zu strukturieren analog des Rahmenvertrags für die Hochschulambulanzen. Da wären auch sozusagen unsere Bedürfnisse als Kliniken und die Bedürfnisse der niedergelassenen Ärzte gut dargestellt und denen würde gut Rechnung getragen.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann wäre Frau Borchardt für die CDU/CSU an der Reihe. Bitte schön.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an die Vereinigung der Pflegenden in Bayern, an Frau Rita Zöllner. Schildern Sie uns bitte die aktuelle Lage in der Ausbildung zur Kinderkrankenpflegefachperson. Was empfehlen Sie uns hier? Wie bewerten Sie den Vorschlag, eine bundeseinheitliche Fachweiterbildung zur Kinderpflegefachperson zu etablieren? Herzlichen Dank.

Die **Vorsitzende**: Frau Zöllner, bitte.

Rita Zöllner (Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB)): Vielen Dank. Ich habe keine Interessenkonflikte. In der Generalistik findet in erster Linie in den ersten zwei Jahren die Ausbildung für alle gemeinsam statt und im dritten Jahr folgt die Spezialisierung und somit ist eine Vertiefung auch im Bereich der pädiatrischen Pflege möglich. Jedoch wird sie nicht flächendeckend angeboten und die Umsetzung hängt stark vom Träger der praktischen Ausbildung und von den Pflegeschulen ab. Nicht alle Ausbildungsanbieter haben ausreichende Kapazität oder Interesse, den pädiatrischen Vertiefungsansatz anzubieten. Daran, dass es nur wenigen Kliniken in den letzten Jahren gelungen ist, diese Einarbeitungskonzepte für die generalistisch ausgebildeten Kinderpflegefachkräfte anzubieten, ist nicht die generalistische Ausbildung schuld, sondern die Trägheit der Betriebe. Es gibt auch sehr viele positive Beispiele, wo die Umsetzung sehr gut geklappt hat. Die kann ich bei Gelegenheit, wenn es interessiert, aufzählen. Die erwähnte Hochrechnung in Deutschland, die die Zahl der Kräfte beschreibt und die beschreibt, dass die Fachkräfte fehlen aufgrund der Generalistik, ist so nicht nachzuvollziehen, da dieser Mangel in der Neonatologie



bereits seit vielen Jahren besteht, auch schon vor der Einführung der generalistischen Ausbildung. Bereits 2015 wurde sie im Bericht des G-BA als Fachkräftemangel schon beschrieben. Wir als VdPB stehen hinter der Generalistik und auch hinter den Inhalten, die vermittelt werden. Die Pädiatrie ist ein Teilbereich der Pflege und der Medizin und entsprechend eine überschaubare Anzahl der Ausbildungsplätze. Der Mangel ist flächendeckend auch in der Altenpflege oder auch in den Kliniken zu erkennen, nicht ausschließlich in der Pädiatrie. Wichtig ist, bei dieser Diskussion zu beachten, dass erforderliche pädiatrische Kompetenzen für Pflegefachpersonen etwas anderes sind als die Beherrschung von Handgriffen im klinischen Umfeld. Pädiatrische Pflege findet auch außerhalb der Krankenhäuser statt, im ambulanten Bereich, in der ambulanten Intensivpflege, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, bei der Schulgesundheits- oder in Hospizen und bei der Palliativversorgung von Kindern. Wir regen an, die Weiterbildung „Pädiatrische Pflege“ nachhaltig zu verankern. Wir sind sehr dafür, diese pädiatrische Weiterbildung zu etablieren als konsequente Ergänzung zur generalistischen Ausbildung. Die VdPB hat sich bereits ...

Die **Vorsitzende**: Ich muss Sie jetzt leider unterbrechen. Die Zeit ist vorbei. Es wäre jetzt Die Linke an der Reihe. Frau Stange, bitte. Vielen Dank.

Abg. **Julia-Christina Stange** (Die Linke): Ich hätte gerne noch mal eine Frage an Frau Venzke gerichtet. Befürwortende der strikten Generalistik heben die Vorteile der breiten Einsatzfelder für die examinierten Pflegekräfte hervor. Hätte die Beibehaltung des Wahlrechts auf Spezialisierung dem zufolge Nachteile für die Pflegekräfte?

Die **Vorsitzende**: Frau Venzke, bitte.

Julia Venzke (Mitinitiatorin der Petition „Gesundheitsfachberufe – Erhalt des Wahlrechts nach § 59 Pflegeberufegesetz innerhalb der Pflegeausbildung“): Vielen Dank. Ein ganz klares Nein. Viele junge Menschen, die sich für die Ausbildung in der Pflege bewerben, wissen von Anfang an, dass sie eigentlich mit Kindern und Jugendlichen arbeiten wollen und wählen tatsächlich Ausbildungsträger, wenn es ihnen möglich ist, wo mindestens die

Vertiefung, wenn nicht sogar die Spezialisierung in der Pädiatrie angeboten wird. Bei der aktuellen Situation ist es so, dass alle Pflegefachkräfte mit Kussband in den Einrichtungen genommen werden. Das war aber auch schon vor der Generalistik so. Auch dort könnte man als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft in der Erwachsenenmedizin, in der Altenpflege arbeiten, ohne große Hürden entgegengesetzt zu bekommen. Andersherum sehen wir eher die Problematik, dass Generalisten, so wie wir es in der Praxis erfahren, sich häufig sehr wenig für die Pädiatrie vorbereitet fühlen. Wenn sie in die Pädiatrie gehen, wenn sie sich tatsächlich, das ist die Aussage von vielen jungen Menschen, überhaupt trauen, in die Pädiatrie zu gehen, verlassen sie sie schnell wieder, weil sie sich grundsätzlich erst mal massiv überfordert fühlen. Ein weiteres Argument ist ganz häufig, dass die Generalistik eine EU-Anerkennung bietet und der gesonderte Berufsabschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpflege dies nicht tut. Grundsätzlich kann man auch da sagen, dass Generalisten, die ins Ausland gehen, häufig dort erst mal nicht als Pflegefachkräfte, sondern als Pflegehelfer eingesetzt werden, denn die Ausbildung in unseren Nachbarländern ist häufig vier Jahre oder länger. Schon vor der Generalistik und genauso auch mit der Generalistik ist es so, dass Pflegefachkräfte ohne generalistische Ausbildung, beziehungsweise heutzutage ist auch eine Ausbildung mit dem gesonderten Berufsabschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, zwei Jahre lang erst mal generalistisch, dort genommen werden und ebenfalls, wie alle anderen, eine Nachqualifizierung besuchen. Sie werden dort aber trotzdem auch sehr gerne genommen. Das heißt, die Abschaffung des Wahlrechts macht den Beruf definitiv nicht attraktiver. Eher genau das Gegenteil.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann wäre die AfD an der Reihe. Frau Weiss, bitte.

Abg. **Claudia Weiss** (AfD): Vielen Dank. Ich hätte noch mal eine Frage an den G-BA. Welche Teile des Antrags würden faktisch zu mehr Regulierung oder Dokumentation führen, zum Beispiel neue Nachweise, Qualitätsberichte oder Strukturprüfungen? Wie sollte verhindert werden, dass zusätzliche Bürokratie Personal bindet?



Prof. Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Josef Hecken, G-BA. Herzlichen Dank für die Frage. Ich sehe in dem Antrag über die normalen Dokumentationsanforderungen hinausgehende zusätzliche Bürokratieerfordernisse überhaupt nicht. Ich sehe, dass das, was in dem Antrag vorgesehen ist, in weiten Teilen Mängel adressiert, die tatsächlich in der Versorgungsrealität auftreten, die planerischen Hemmnisse beseitigt werden sollen. Vor diesem Hintergrund ist all das, was wir hier als Gegenstand dieses Antrags haben, aus meiner Sicht ein Fortschritt für die Optimierung der Versorgung der pädiatrischen Patientinnen und Patienten und zur Verbesserung der Kindergesundheit. Natürlich werden Schulgesundheitsfachkräfte in irgendeiner Form der Dokumentationspflicht unterliegen. Da wird es bürokratische Prozeduren geben. Nur, Frau Prof. Thaiss hat es eben adressiert, die Alternative dazu ist, dass wir heute im Leistungsgeschehen sehr häufig konfrontiert sind mit Sozialgerichtsprozessen, wo um die Frage gestritten wird, wer trägt die Verantwortung, die finanzielle Verantwortung für die Überwachung eines Diabeteskindes, das möglicherweise unter schwierigen Bedingungen Notfallpatient während der Schulzeit wird. Sind das die Eltern? Ist der Schulträger oder der Träger der Jugendhilfe der richtige Adressat? Oder ist es die GKV? Hier haben wir unterschiedliche Rechtsprechungen. Deshalb ist das, was hier als Ziel über diesem Antrag steht, für mich etwas, was im Gesamtkontext die Versorgung systematischer und strukturierter macht und nicht mehr Bürokratie mit sich bringt. Das Gleiche gilt auch – was ich eben bezogen auf die Anforderungen für die kinderspezifischen Notfallzentren gesagt habe, wenn ich eben dafür plädiert habe –, dass wir ganz klar entscheiden, wo es die gibt, welche Qualitätsanforderungen müssen die erfüllen, welche Anforderungen müssen an die Ersteinschätzungsinstrumente dort gemacht werden. Dann ist das nicht zusätzlicher bürokratischer Aufwand, sondern ist das, was Regelversorgung in der Notfallversorgung bei Erwachsenen betrifft und dass man bei Kindern einfach sagt, wir wollen Kindsen (österreichisch für Babysitten) einführen, aber was sich dahinter verbirgt, das bleibt eine leere Hülse. Das ist eigentlich etwas, was wir gerade gegenüber Kindern vermeiden sollten und vermeiden müssen.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann wäre die CDU/CSU an der Reihe, Frau Janssen.

Abg. **Anne Janssen** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Übergewicht und Adipositas spielen bei Kindern und Jugendlichen eine immer größere Rolle. Weltweit gibt es mittlerweile mehr über- als untergewichtige Minderjährige. Wie sehen Sie die Früherkennung von familiären Veranlagungen und die Behandlung von Übergewicht und Adipositas in der Versorgung verankert?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Rodeck.

Dr. Burkhard Rodeck (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)): Vielen Dank. Wir wissen aus den KiGGS-Untersuchungen (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland), dass 15 Prozent der 3- bis 17-Jährigen in Deutschland übergewichtig sind, darunter knapp 6 Prozent adipös, also krankhaft übergewichtig ist. Wir wissen aus Krankenkassendaten, dass diese Zahlen weiter steigen. Kinder essen doppelt so viel Süßwaren und Snacks, aber nur halb so viel Obst und Gemüse wie empfohlen. Sie sehen täglich 15 Werbespots für Lebensmittel mit hohem Zucker-, Fett- oder Salzgehalt. 92 Prozent der Lebensmittelwerbung ist für Fastfood, Snacks oder Süßigkeiten. Das sind Zahlen, die das BMG herausgegeben hat, also die nicht ich selbst sozusagen mir aus den Fingern geklaubt habe; also offizielle Zahlen seitens des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Leopoldina hat kürzlich eine Stellungnahme herausgegeben, die von gesamtgesellschaftlichen Kosten von 133 Milliarden Euro pro Jahr ausgeht, die ausgegeben werden, um Adipositas, also Übergewicht adäquat zu begegnen. Prävention ist allerdings sehr viel wichtiger als die Behandlung. Vieles geht, was diese Gelder angeht, in die Behandlung. Dazu gibt es verhältnispräventive Ansätze, früher von der BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), heute vom BIÖG (Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit), die aber eben verhaltenspräventive Ansätze sind. Sehr viel wichtiger sind verhältnispräventive Ansätze. Das bedeutet, die Umwelt- und Lebensbedingungen von Kindern müssen so gestaltet sein, dass gesunde Ernährung und Bewegung für Kinder und Jugendliche selbstverständlich sind. Den seinerzeitigen Innovations- und Reduktionsgipfel der Bundesministerin für Ernährung und Landwirtschaft, Julia Klöckner, muss man als gescheitert betrachten. Es



wurden 15 Prozent Zuckerreduktion seinerzeit angepeilt, erreicht wurden nur ca. 2 Prozent. Das sind Daten der DANK (Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten), der LMU (Ludwig-Maximilians-Universität) und der Technischen Universität München. Eine gestaffelte Zuckersteuer wie es sie in Großbritannien seit 2018 gibt, hat eine Reduktion des Zuckergehaltes von 15 Prozent in den Süßgetränken zur Folge gehabt; ebenso eine Reduktion des Zuckerkonsums und nach neuesten Daten auch des BMIs (Body-Mass-Index) bei Kindern und Jugendlichen. Gerade heute ist vom Wirtschaftsinstitut der privaten Krankenversicherung eine entsprechende Studie herausgegeben worden, die das noch einmal bestätigt. Gerade bei Kindern und Jugendlichen, bei jungen Leuten, wirkt das auch hinsichtlich einer Reduktion des BMIs. Der nächste Punkt: Wer braucht Werbung für Kinderüberraschung? Das nenne ich mal einfach so. Kinder brauchen das sicherlich nicht. Die Eltern brauchen das auch nicht. Der Einzige, der es braucht, ist natürlich die Lebensmittelindustrie, die solche Produkte herstellt. Insoweit sehr klar von unserer Seite wirklich: Wir brauchen ein Werbeverbot. Wir wissen, dass das in der letzten Legislaturperiode schon angegangen worden ist, das Kinderwerbegesetz, was allerdings leider aus unserer Perspektive kläglich gescheitert ist. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann wäre jetzt die SPD an der Reihe. Claudia Moll, bitte.

Abg. **Claudia Moll** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage geht an Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser. Ihre Gesellschaft betont wiederholt, dass die pflegerische Versorgung von Kindern sich in zentralen Aspekten von der Erwachsenenpflege unterscheidet. Das sehe ich genauso, denn Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. In Kürze erwarten wir die Veröffentlichung der Evaluation zur generalistischen Pflegeausbildung. Aus Ihrer Praxisperspektive: Was erwarten Sie mit Blick auf die Zahlen zum Wahlrecht der Auszubildenden für Vertiefungseinsätze in der Pädiatrie? Danke.

Prof. Dr. med. Ursula Felderhoff-Müser (Universitätsklinikum Essen, Klinik für Kinderheilkunde): Wie gesagt, ich unterstütze da auch meine Vorrednerinnen und Vorredner, dass wir tatsächlich die

Beibehaltung der Vertiefungsmöglichkeit in der Ausbildung der Generalistik erhalten müssen. Das ist hier von den Pflegenden auch mehrfach gesagt worden. Wie Sie schon gesagt haben: Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. In der Kinderkrankenpflege haben wir es auch nicht nur mit den Patienten selber zu tun, die ihre eigenen Bedürfnisse haben. Wir haben es auch mit den Familien zu tun. Wir haben es mit Geschwistern zu tun. Wir haben es mit Eltern oder anderweitigen Sorgeberechtigten zu tun. Wir haben es auch mit der Tatsache zu tun, dass vielleicht solche gar nicht verfügbar sind. Auch das ist eine völlig andere Konstellation als in der Erwachsenen- oder auch der Altenpflege. In der Praxis beobachten wir tatsächlich einen deutlichen Rückgang der Interessenten, weil es einfach nicht angeboten wird. Wenn man Kinderkrankenpflege googelt, dann findet man oft am Wohnort keine Möglichkeit mehr oder auch nicht eine ausreichend beworbene Möglichkeit. Wir haben die Situation, dass innerhalb der Kliniken, auch innerhalb der Krankenpflegeschulen eine Art Konkurrenzsituation besteht. Wenn man die Kinderkrankenpflegevertiefung zu stark bewirbt, dann könnten sich viele Interessierte, die sich sonst für die Erwachsenenpflege entschieden hätten, vielleicht doch lieber für die Kinder entscheiden. Das ist die traurige Praxis, die wir erleben. Das möchten wir eigentlich nicht. Ich glaube, wichtig ist, dass jeder in seinem Beruf glücklich wird. Das hat diese wirklich tolle, mutige Petition der jungen Generation gezeigt. Da können wir nur Beifall klatschen als ärztliche Mitarbeiter.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Das ist immer schön. Jetzt wäre die AfD an der Reihe. Frau Weiss, bitte.

Abg. **Claudia Weiss** (AfD): Ich habe noch eine Frage an den BVKJ. Der Antrag thematisiert Lieferengpässe bei Kindermedikamenten. Welche Engpassgruppen sind aus Ihrer Sicht am relevantesten, zum Beispiel Antibiotikasäfte oder Asthmamedikamente? Welche Maßnahmen wären schnell beziehungsweise strukturell wirksam von Produktion, Preisregeln oder Vorratshaltung?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Hubmann, bitte.



Dr. Michael Hubmann (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ)): Die Medikamentenengpässe waren vor zwei, drei Jahren ein großes Problem. Zum Ende der Pandemie gab es natürlich auch ein Übermaß an Infektionen beispielsweise Streptokokken. Mittlerweile sehen wir eine Stabilisierung auf niedrigem Niveau. Das hängt auch mit den gesetzgeberischen Änderungen zusammen, die vor allem bei Antibiotika zu einer vernünftigeren Preisbildung als vorher geführt haben. Hier möchte ich den Äußerungen des GKV-Spitzenverbands in den letzten Wochen deutlich widersprechen. Bei Asthmamedikamenten und vielen anderen Medikamenten haben wir das Problem, wie bei vielen Basismedikamenten in der gesamten Medizin, dass es wenige Produktionsstätten gibt, teilweise nur im Äußeren ... – *akustische Störung* – Wir brauchen dringend Produktionsstätten für wichtige Wirkstoffe in Deutschland und in Europa. Ein Punkt, der für die Kinderarztpraxis wichtig ist, ist der Off-Label-Use. Hier sind wir mit dem G-BA im engen Austausch, dass viele lebenswichtige Medikamente eigentlich nur im Off-Label-Use verordnungsfähig sind und die Rechtslage für uns unbefriedigt ist.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann wäre jetzt die CDU/CSU an der Reihe. Frau Zeulner, bitteschön.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Vielen Dank. Meine Frage würde an die Vereinigung der Pflegenden in Bayern, an Rita Zöllner gehen. Wir haben jetzt schon mehrmals vom Thema Schulgesundheitsfachkraft gehört. Auch ich würde gerne fragen wollen, welche Bedeutung Sie dem Thema Schulgesundheitspflege beimessen. Was raten Sie uns hier? Was ist aus berufspolitischer Sicht notwendig für einen Einsatz solcher Kräfte an unseren Schulen?

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Frau Zöllner, bitte.

Rita Zöllner (Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB)): Die Schulgesundheitspflege oder School-Nurse ist ein international etabliertes System, das wir sehr befürworten, gerade aus dem, was vorhin schon erwähnt worden ist: für chronisch kranke Kinder in der Schule, zur Entlastung der Eltern und

auch für Systeme wie zum Beispiel Schullandheim und Begleitung, wo Kinder nicht mitfahren können, wenn die Strukturen nicht vorhanden sind und ähnliches. Die School-Nurses im internationalen Vergleich haben einen Masterabschluss. Das wäre aus berufspolitischer Sicht auch für den deutschen Bereich zu fordern, mit den Kompetenzen, die damit verbunden sind, mit Entscheidungsfähigkeit und so weiter. Das wäre eine Forderung an die Politik, diese Kompetenzen in Deutschland diesen Personen zuzuschreiben. Ansonsten ist aus der berufspolitischen Sicht eine Strukturänderung notwendig und insgesamt Strukturen anzupassen, um dem Pflegebedarf der Zukunft auch auf der Kinder-ebene gerecht zu werden. Diese Systeme müssen strategisch verankert werden. Es müssen klare Rollenbilder und Standards hinterlegen werden, um nicht gestreut Systeme einzuführen; das auch mit Blick auf die Prävention, um diese zu stärken. Die Schulgesundheitspflege hat eine sehr hohe Bedeutung, auch in der Prävention, aber auch, um das Berufsbild positiv darzustellen und das, was in den Schulen stattfindet. Die Kinder sehen diesen Beruf und das ist etwas, was sie dann für sich als positiv mitnehmen.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann Kollege Wagner für die Grünen, bitte.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende und auch vielen Dank an den G-BA und Herrn Rodeck, die schon Fragen beantwortet haben, die ich jetzt nicht mehr stellen muss. Jetzt hätte ich noch eine Frage an Dr. Hubmann. Ich hoffe, die Verbindung hält, wir probieren es einfach mal, ansonsten würde ich die drei Minuten anders nutzen, aber wir gucken einfach mal. Sie hatten schon was gesagt, Herr Dr. Hubmann, zur Förderung der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin. Vielleicht können Sie nochmal kurz weiter darauf eingehen, was jetzt wichtige Maßnahmen wären, die diese Bundesregierung vielleicht im nächsten Gesetz mit anfügen könnte. Aber auch zur Bedarfsplanung der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin möchte ich Sie befragen. Was sind da Maßnahmen, die wir brauchen, um eine gute Versorgung auch der Kinder und Jugendlichen im ambulanten Bereich nachhaltig sicherzustellen?



Dr. Michael Hubmann (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ)): Vielen Dank, ich hoffe, es geht technisch besser. Ich bin jetzt ebenfalls im WLAN. Bei der Weiterbildung möchte ich es nochmal von hier formulieren. Es liegt alles auf dem Tisch. Es gibt den Änderungsantrag. Es ist klar, dass wir diese Gleichstellung im § 75a SGB V brauchen. Ich habe vorhin versucht, zu skizzieren, den große Erfolg, den wir in der ambulanten Weiterbildung haben, gemeinsam mit den Kliniken, bei 417 Vollzeitäquivalenten im Vergleich zu den 215 genehmigten haben; wir würden sonst relativ schnell spüren, dass wir keine Versorgung der Versorgenden aufrechterhalten können. Von Nachbesetzungen möchte ich gar nicht reden. Wir sehen eindeutig: Wer in der Weiterbildung in der Praxis war, hat eine deutlich höhere Bereitschaft, auch in der ambulanten Versorgung zu arbeiten. Bei der Bedarfsplanung sehen wir mehrere Schwierigkeiten. Wir haben zum einen die politische Einschätzung, dass die Bedarfsplanung ein Mittel gegen die Ärzteschwemme war. Es ist immer schwierig zu planen, weil wir eben dieses Nebeneinander von größeren Planungsbereichen, wie beispielsweise Berlin und München, und ländlichen Regionen haben. Wir würden vor allem darauf drängen, dass man sich genau die Verhältniszahlen anschaut. Das sehen wir im Vergleich zu den allgemeinmedizinischen Kollegen. Ich hätte auch hier nochmal die Bitte zu sagen, dass es auch wichtig ist, die neuen Versorgungsrealitäten abbilden zu können. Hier sehen wir auch einen großen Änderungsbedarf im EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab), der im Prinzip mit der Bedarfsplanung eng zusammenhängt. Eine weitere Bedarfsplanung in dem Sinne, den Sie jetzt haben, ob eine Verbesserung oder eine weitere Ausdifferenzierung, das ist nach dem Sundmacher-Gutachten (Prof. Dr. Leonie Sundmacher, Mitglied des Sachverständigenrates (SVR) Gesundheit) für uns fraglich. Wenn, dann muss die Bedarfsplanung andere strukturelle Dinge mit in Anspruch nehmen, wie beispielsweise die Versorgung im ländlichen Raum oder auch die Versorgung in sozialen Brennpunkten, wo wir einfach sehen, dass Eltern absolut nachvollziehbar und berechtigt deutlich öfter Konzentrationswünsche haben, als jetzt zum Beispiel, plakativ gesprochen, die Mittelschichtskinder irgendwo in der Mitte von München. Diese beiden Parameter würden wir in der Bedarfsplanung natürlich auch in Anspruch nehmen. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann wäre jetzt nochmal die SPD an der Reihe. Herr Yüksel, bitte.

Abg. **Serdar Yüksel** (SPD): Vielen Dank. Frau Prof. Feldhoff-Müser, meine Frage geht direkt an Sie. Wie kann die Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen besser verbessert werden, insbesondere an den Schnittstellen? Das haben wir gerade gehört zwischen ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung.

Prof. Dr. med. Ursula Felderhoff-Müser (Universitätsklinikum Essen, Klinik für Kinderheilkunde): Ein wichtiges Thema ist tatsächlich die Schnittstelle an den Sektoren. Wichtig wäre, dass sogenannte spezielle Einrichtungen wie sozialpädiatrische Zentren auch flächendeckend vernünftig unterstützt werden mit ihren Expertisen, die sie haben, weil die bedeuten tatsächlich oft das Bindeglied zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung. Über die Hybrid-DRGs, die diese Patienten gegebenenfalls betreffen können, habe ich eben schon gesprochen. Ganz wichtig für die Versorgung auch von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen ist das Thema Arzneimittel. Wir unterstützen daher den Antrag natürlich vollumfänglich. Wir haben die Situation, dass gerade bei Kindern und Jugendlichen viele Medikamente Off-Label benutzt werden. Das betrifft Kinder mit chronischen Erkrankungen, mit Behinderungen genauso wie Früh- und Neugeborene, wo über 90 Prozent der Medikamente tatsächlich Off-Label sind. Ein wichtiger Schritt in die Richtung wäre tatsächlich die Unterstützung des sogenannten Kinderformulariums, das ist ein webbasiertes System, was temporär in der letzten Legislaturperiode vom BMG unterstützt worden ist, aber nicht weitergeführt worden ist. Man benötigt 300 000 Euro im Jahr. Länder wie Österreich, Norwegen und die Niederlande, um nur einige zu nennen, haben das schon. Das würde tatsächlich auch qualitativ schon mal einiges ändern, wenn es darum geht, Nebenwirkungen, Erfahrungen zu sammeln und so was. Da können Kollegen aus dem ambulanten wie auch im stationären Bereich unkompliziert nachschauen. Da werden immer hochaktuelle Informationen auch europaweit gesammelt und reingestellt. Das würde uns tatsächlich in der Versorgung schon mal sehr helfen. Zu den genannten Aspekten der sektorenüber-



greifenden Zusammenarbeit, tatsächlich auch sektorenübergreifende Zusammenarbeit bei den Kostenträgern: Oft können Kinder mit chronischen Erkrankungen die Station nicht verlassen, weil Hilfsmittelanträge noch nicht bewilligt sind und so weiter. Auch da könnte im Bereich der sektorenübergreifenden Versorgung was getan werden, zum Beispiel dass man guckt, an welchen Ecken man wirklich Geld sparen könnte und den Familien helfen könnte.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann wäre jetzt CDU/CSU an der Reihe. Frau Borchardt, bitte.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Dr. Andreas Artlich. Sehr geehrter Herr Artlich, welche Empfehlungen geben Sie uns angesichts des Fachkräftebedarfs und der Ausbildungslage im Schwerpunkt Kinderkrankenpflege an den deutschen Kinderkliniken? Wie bewerten Sie den Vorschlag, eine bundeseinheitliche Fachweiterbildung zur Kinderpflegefachperson zu etablieren? Herzlichen Dank.

Dr. Andreas Artlich (Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD)): Vielen Dank für die Frage. Ich vertrete den Verband der Leitenden Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen in Deutschland. Ich bin aber auch gewählter Sprecher der Kommission Personalressourcen im Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit und habe deshalb auch ein Mandat für die pädiatrischen Verbände zu sprechen. Meine Vorredner haben das Thema schon mehrfach adressiert. Ich möchte noch mal ausdrücklich sagen, dass wir uns klar machen müssen, dass der Vertiefungsansatz Pädiatrie, so wie der jetzt seit dem Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) in Deutschland praktiziert wird, erhebliche inhaltliche Schwächen hat und das flächendeckend in ganz Deutschland. Das melden uns alle Kinderkliniken zurück. Die Absolventinnen dieser dreijährigen Ausbildung haben erhebliche Defizite in Anatomie und Physiologie des Kindes, in der Kinderkrankheitslehre, in der Arzneimittellehre, das ist gerade angesprochen worden. Grundsätzlich müssen wir anstreben, und da bin ich mit allen Vorrednern ganz einig, dass eine dreijährige Ausbildung irgendeiner Form die Absolventen und Absolventinnen befähigt, am

Kinderkrankenbett tätig zu werden. Jetzt haben wir in Deutschland die Situation, dass flächendeckend so inselhaft in irgendwelchen Kliniken in der Wahrnehmung dieser Ausbildungsdefizite versucht wird, diese Absolventinnen nachzuqualifizieren. Das ist überhaupt nicht zielführend. Wir brauchen eine bundeseinheitliche Reform des Ausbildungsgangs, sodass nach drei Jahren jemand tatsächlich tätig werden kann. Das ist unsere wichtigste Forderung. Das muss man bundeseinheitlich machen. Es gibt jetzt für Bayern entsprechende Vorschläge. Es ist aber überhaupt nicht zielführend aus unserer Sicht, das jetzt in 16 Bundesländern verschieden zu machen. Das bayerische Modell ist sehr brauchbar. Das kann man auch bundeseinheitlich nehmen, zumindest kann man darauf gut aufsetzen. Dann müssen wir uns unterhalten über eine Nachqualifikation derjenigen, die jetzt schon in dieser dreijährigen Ausbildung drin sind. Die werden irgendwann fertig und die haben natürlich diese Situation, dass sie ans Krankenbett des Kindes kommen und können vieles nicht. Grundsätzlich muss man sich unterhalten über Konzeption und dann auch über Finanzierung. Aus Sicht der Kliniken ist es völlig inakzeptabel, dass nach der dreijährigen Ausbildung auf Kosten der Kliniken nachqualifiziert werden muss. Das ist nicht akzeptabel. Wir unterstützen selbstverständlich auch die Forderung, die in dieser Petition, in dieser erfolgreichen Petition formuliert wird, dass das Wahlrecht erhalten bleibt. Aber vielleicht kann ich noch kurz sagen zu der Frage vorhin, was zu erwarten ist. Gar nichts ist zu erwarten, weil bundesweit diese Spezialisierung kaum angeboten wird. Dankeschön.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann wäre noch mal die AfD an der Reihe. Frau Weiss, bitte.

Abg. **Claudia Weiss** (AfD): Vielen Dank. Ich würde die Frage der Lieferengpässe zu den Kindermedikamenten gerne noch mal der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin stellen wollen, was sie dazu sagt und was man eventuell kurzfristig verändern könnte.

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Rodeck, bitte.



Dr. Burkhard Rodeck (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)): Wir haben die Problematik im gesamten Gesundheitssystem, dass es ökonomisch getriggert ist. Das betrifft natürlich auch Pharmafirmen. Das bedeutet, ein Medikament XY, welches ich als Tablette herstellen kann oder eben auch als Saft herstellen muss – die Zubereitung eines Saftes, einer Suspension verursacht mehr Kosten. Wir haben daraufhin zusätzlich einen kleinen Markt. Kinder und Jugendliche sind nicht so viele in unserer Bevölkerung wie die Alten mittlerweile. Und sie verbrauchen auch sehr viel kleinere Dosen. Das heißt, ein Frühgeborenes braucht nicht eine Tablette, sondern vielleicht, weiß ich nicht, ein Achtzigstel einer Tablette oder etwas. Das bedeutet, dieser gesamte Bereich ist ökonomisch unattraktiv. Das bedeutet, dass er dann natürlich in der Priorisierung von auch pharmazeutischen Industrien eher nachrangig beurteilt wird. Das ist der eine Punkt. Der zweite Punkt, das kennen wir alle, sind die Lieferengpässe, die jetzt aufgrund von logistischen Schwierigkeiten der Lieferung selber, aber eben auch aufgrund von wenigen Standorten, an denen noch produziert wird, offensichtlich geworden sind. Im Moment ist es einigermaßen stabil, auch aus unserer Perspektive. Aber die Unsicherheiten, die wir seinerzeit erlebt haben, bestehen natürlich grundsätzlich weiter. Grundsätzlich kann ich auch hier wiederum nur sagen: Wir brauchen eine besondere Berücksichtigung von Kinderarzneimitteln oder auch von Medizinprodukten für Kinder, die auf diesen engen, kleineren, ökonomisch unattraktiven Markt zugeschnitten sind. Das kann man mit erwachsenen Medikamenten eins zu eins nicht gleichsetzen. Da werden Kinder und Jugendliche immer verlieren. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Dann käme jetzt noch mal Die Linke an die Reihe und abschließend noch mal die CDU/CSU. Dann sind wir durch für heute.

Abg. **Julia-Christina Stange** (Die Linke): Ich freue mich. Ich hätte gerne noch eine Frage an die Vereinigung der Pflegenden in Bayern, an Frau Zöllner gestellt. Für dieses Jahr ist endlich das APN-Gesetz beziehungsweise es heißt jetzt Pflege- und Gesundheitsexperten-Einführungsgesetz angekündigt. Welche Rolle könnte die Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendpflege hier spielen? Wie könnte das

die Versorgung verbessern?

Rita Zöllner (Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB)): Also ich sehe die School-Nurse auf Master-Niveau als Idealbild. Das wäre entsprechend die ANP-Ausbildung (Advanced Nursing Practice) mit einer Kinderfachweiterbildung oder eine Kinderpflegekraft mit entsprechender Weiterbildung. Oder aber, was man sich auch vorstellen kann, ist, wenn man jetzt zum Beispiel die pädiatrische Ausbildung über das Studium macht und da einen Master Pädiatrie nach dem grundständigen Bachelor-Studiengang anbietet, wäre das praktisch entsprechend dem ANP in der Kinderpflege die Parallele.

Die **Vorsitzende**: Dankeschön. Und abschließend die CDU/CSU.

Abg. **Julia-Christina Stange** (Die Linke): Ich habe doch noch 1:50 Minuten stand da noch.

Die **Vorsitzende**: Nein, wir sind in der Fragerunde. Es gibt eine Frage, eine Antwort und das maximal drei Minuten. Also die drei Minuten sind nicht nutzbar komplett. Gut, deswegen jetzt abschließend die CDU/CSU bitte.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Vielen herzlichen Dank. Meine Frage geht an Herrn Prof. Hecken. Mich interessiert, was er zu den Ausführungen seines Kollegen rechts von ihm sagt in Bezug auf die Kindermedikation und die besonderen Medizinprodukte im Kinderbereich. Was für eine Einschätzung haben Sie und haben Sie eine Empfehlung für die Politik, um da weiterzukommen?

Prof. Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Ganz herzlichen Dank für die Frage. Ich kann Herrn Dr. Rodeck nur zustimmen. Es ist ökonomisch jetzt im generischen Bereich absolut unattraktiv, Kindermedikationen zu produzieren, weil die Wirkstärken so niedrig sind, dass man damit schlicht und ergreifend kein Geld verdienen kann. Deshalb sind wir schon seit Jahren dazu übergegangen, dass wir Kinderdarreichungsformen, Kinderwirkstärken nicht in Festbetragsgruppen einschließen. Das wäre der Tod der Versorgung. Der



Wirkstoffgehalt ist so niedrig, dass der Blister teurer wäre als der Wirkstoff, der am Ende drin ist. Wir müssen deshalb insbesondere im Bereich der Kindermedikation die Frage stellen, ob wir bestimmte versorgungsrelevante Wirkstoffe dadurch privilegieren wollen, dass wir sagen, wer in der Nähe, im Inland oder in Europa produziert und damit eine gewisse Liefersicherheit garantiert, bekommt die dadurch entstehenden Mehraufwendungen in irgendeiner Form erstattet. Ansonsten läuft der Marktmechanismus. Ich merke keine Verbesserung bei der Versorgung mit Kindermedikamenten, seit sie nicht mehr im Festbetrag sind. Das wird trotzdem in Indien gemacht. Wenn es einen Versorgungsengpass durch irgendeinen Suezkanal gibt, dann bleiben eben auch die Kindermedikamente auf der Strecke. Hier hilft es nur, gezielt zu sagen, wenn man den Nachweis erbringt, dass auch hier in sicherer Umgebung produziert wird, in erreichbarer Umgebung, dann sind wir bereit, einen entsprechenden Mehrbetrag zu bezahlen. Das wäre im Vergleich zu den Ausgaben, die wir im patentgeschützten Arzneimittelbereich haben, marginal. Das betrifft nicht nur Kinder. Herr Dr. Rodeck hat es angesprochen. Wir haben sehr viele ältere Menschen mit Schluckbeschwerden. Die muss ich mit Säften bedienen. Das würde helfen. Das würde auch im OLU-Bereich (Off-Label-Use) helfen. Auch das ist angesprochen worden. Auch hier ist der G-BA bereits erwähnt worden. Wir versuchen, für die Verordnerinnen und Verordner für die Anwendung von teilweise ganz alten Medikamenten, die aber für Kinder keine Zulassung haben, weil es sich einfach nicht rentiert, eine Kinderstudie zu machen, und die Verordnung durch Musterformulare und so weiter zu erleichtern. Aber hier gibt es noch unheimlich viel Luft nach oben. Man könnte möglicherweise auch im Zuge dieses Antrags darüber nachdenken, ob man nicht das Antragsverfahren bei der OLU-Expertengruppe beim BfArM erleichtern könnte, wenn es Evidenz aus der Versorgung gibt, damit man nicht jedes Mal einen Ausnahmeantrag stellen muss.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank für diese intensive Stunde. Danke für Ihre Expertise. Ich denke, wir haben alle nochmal viel gelernt. Ich freue mich auf den weiteren Austausch zu den Themen. Wir sehen uns mit Sicherheit in einer der nächsten Anhörungen. Die nächste ordentliche Ausschusssitzung ist am 25. Februar. Wir werden mit der einen oder

anderen Kollegin oder Kollegen in der nächsten Woche das Vergnügen haben, auf Reise zu sein. Also bis dahin. Danke.

Schluss der Sitzung: 17:19 Uhr

gez.

Dr. Tanja Machalet, MdB

Vorsitzende