

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Matthias Seestern-Pauly, Christine Aschenberg-Dugnus, Katja Suding, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

– Drucksache 19/17461 –

Kindergesundheit – Medizinische Versorgung durch Pädiater und Kinderkliniken

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Zukunftsfähigkeit unserer Gesellschaft beginnt mit dem Wohl unserer Kinder. Früherkennungs- bzw. Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen sind nach Auffassung der Fragesteller elementarer Bestandteil einer vorsorgenden Gesundheitspolitik, welche in der Kindesentwicklung zur Sicherung des Kindeswohls unabdingbar ist. Dennoch zeigen sich nach Presseberichten quer durch Deutschland Probleme bei der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen – sowohl in der ambulanten wie auch in der stationären Versorgung: Eine Studie der Universität Köln (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/209667/Paediatrie-Gefangen-zwischen-Ethik-und-Oekonomie>) zeigt, dass in deutschen Kinderkliniken in vielen Regionen bereits jetzt Platzmangel herrscht. Demnach führt die Unterfinanzierung in der Pädiatrie zu immer weniger Betten und der erhöhte Personalbedarf bei der Betreuung von erkrankten Kindern wird nicht adäquat abgebildet – eine zusätzliche Belastung in Zeiten des Fachkräftemangels.

Im Bereich der ambulanten Versorgung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) der Selbstverwaltungsorganisationen im Gesundheitswesen unter der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit die Bedarfsplanungsrichtlinie sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung weiterentwickelt und am 16. Mai 2019 beschlossen (https://www.bundesanzeiger.de/ebanzwww/content/loader/BAnz_AT_28_06_2019_B600.pdf?state.action=genericsearch_loadbundolpdf&state.filename=BAnz_AT_28_06_2019_B600.pdf&state.pubcode=16755761&&state.orig_filename=190611001359B001.pdf). Mit ihr soll sich die Bedarfsplanung der ambulanten ärztlichen Versorgung stärker an der Entwicklung der Bevölkerung orientieren und regionale Unterschiede berücksichtigen. Die Anpassungen sollen zu einem signifikanten Anstieg der Arztsitze führen, wobei insgesamt ca. 3 500 zusätzliche Arztsitze ausgeschrieben werden sollen. Darunter sind auch 400 Sitze für Kinder- und Jugendärzte.

Sowohl die Berichte über die Situation der Kinderkliniken als auch die Auswirkungen des G-BA-Beschlusses vom 16. Mai 2019 auf die vertragsärztliche pädiatrische Versorgung sind Anlass für die Fragesteller, nach der aktuellen Versorgungslage als auch nach der Bewertung der Bundesregierung zu fragen.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 16. März 2020 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitätsorientierten stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist der Bundesregierung ein wichtiges Anliegen. Für die kontinuierliche Prüfung der Sachgerechtigkeit und Bedarfsnotwendigkeit der erforderlichen stationären Kapazitäten sind die Länder zuständig und verantwortlich. Der Rückgang von Krankenhaus- und Bettenkapazitäten entspricht grundsätzlich einem allgemeinen Trend, der in unseren europäischen Nachbarländern teilweise noch deutlich stärker ausgeprägt ist als hierzulande. Deutschland verfügt im internationalen Vergleich über besonders hohe Krankenhaus- und Bettenkapazitäten und eine gute personelle Ausstattung mit medizinischem Personal. Trotzdem sind auch bei insgesamt guten strukturellen Voraussetzungen Engpässe in Einzelfällen nicht auszuschließen.

Für die Konzentration von Kapazitäten und die Schließung von Fachabteilungen für Kinderheilkunde können neben wirtschaftlichen Gesichtspunkten insbesondere auch Qualitätsgesichtspunkte eine Rolle spielen. Versorgungsanalysen über die Zusammenhänge von Fallzahlen und Qualität zeigen, dass die Konzentration und Spezialisierung von stationären Leistungen in der Regel vorteilhaft für die Patientensicherheit und die Qualität der Behandlung sind. Ein Rückgang stationärer Kapazitäten kann auch gerechtfertigt sein, weil aufgrund des medizinischen Fortschritts immer mehr Erkrankungen ambulant behandelt werden können und Kinder in ihrem familiären und sozialen Umfeld häufig besser genesen als in stationären Einrichtungen. Die Zunahme von Subspezialisierungen in der Medizin führt ferner dazu, dass Kinder nicht ausschließlich in Kinderkliniken, sondern auch in Kliniken versorgt werden, die in besonderer Weise auf einzelne Krankheitsbilder spezialisiert sind wie zum Beispiel Universitätskliniken oder Maximalversorger.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat bereits im Juni 2019 Gespräche mit den Verbänden der Kinder- und Jugendmedizin, mit Einzelexpertinnen und Einzelexperten sowie dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geführt, um Maßnahmen zur weiteren Verbesserung der Versorgung zu erörtern. Neben der Vereinbarung, die Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in die Regelungen über Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser einzubeziehen, ist ein weiteres Expertengespräch unter Einbeziehung der Länder geplant, auf dessen Grundlage die Notwendigkeit weiterer Maßnahmen geprüft wird.

Nach Auffassung der Bundesregierung verfügt Deutschland grundsätzlich über eine gute ambulante Versorgung in der Kinder- und Jugendmedizin. Nach den Daten zur Bedarfsplanung bestand zum Ende des Jahres 2019 in keinem Planungsbereich eine Unterversorgung in der ambulanten kinder- und jugendärztlichen Versorgung und lediglich in drei von 385 Planungsbereichen wurde eine drohende Unterversorgung festgestellt. Zudem kam ein vom Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Auftrag gegebenes Gutachten zu dem Ergebnis, dass mehr als 99 Prozent der Bevölkerung innerhalb von 20 PKW-Minuten eine Kinder- und Jugendärztin bzw. einen Kinder- und Jugendarzt erreichen kann. Die Bundesregierung geht davon aus, dass zu den dennoch in manchen Regionen – etwa in großen Neubaugebieten mit vielen Familien – bestehenden Schwierigkeiten, beispielsweise für Vorsorgeuntersuchungen einen Termin zu finden, die Reform der Bedarfsplanung einen deutlichen positiven Impuls geben wird: Nach Annahmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) werden bundesweit rund 400 neue Zulassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendärztinnen bzw. Kinder- und Jugendärzte geschaffen. Diese werden zeitnah in den Bedarfsplänen der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen ausgewiesen. Zudem können Eltern sich an die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen unter der Rufnummer 116 117 wenden, die sowohl in

Akutfällen als auch für eine dauerhafte Betreuung eine Kinder- und Jugendärztin bzw. einen Kinder- und Jugendarzt vermitteln.

1. Wie viele Kinderkrankenhäuser gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in der Bundesrepublik Deutschland (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?
2. Wie viele Krankenhäuser haben nach Kenntnis der Bundesregierung eine Pädiatrie-Abteilung (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?
 - a) Wie viele Intensivbetten stehen zur Verfügung (bitte nach Pädiatrie-Abteilung aufschlüsseln)?
 - b) Wie viele MRT-Geräte stehen zur Verfügung (bitte nach Pädiatrie-Abteilung aufschlüsseln)?
 - c) Wie viele CT-Geräte stehen zur Verfügung (bitte nach Pädiatrie-Abteilung aufschlüsseln)?
 - d) Wie viele Kinderchirurgen stehen zur Verfügung (bitte nach Pädiatrie-Abteilung aufschlüsseln)?

Aufgrund des Sachzusammenhanges werden die Fragen 1 bis 2d gemeinsam beantwortet.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes gab es im Jahr 2017 insgesamt 354 Fachabteilungen für Kinderheilkunde sowie 90 Fachabteilungen für Kinderchirurgie an deutschen Krankenhäusern. Eine Aufschlüsselung nach Ländern sowie Angaben zu der Anzahl von Intensivbetten sowie Kinderchirurgen kann nachstehender Übersicht entnommen werden. Die Daten basieren auf den Grunddaten der Krankenhäuser und beziehen sich auf das aktuellste Datenjahr 2017. Die Anzahl medizinischer Geräte wie MRT oder CT werden durch das Statistische Bundesamt zwar erhoben, ihre Nutzung durch einzelne Fachabteilungen kann jedoch nicht gesondert ausgewiesen werden. Angaben zu reinen Kinderkrankenhäusern liegen nicht vor.

Tabelle 1	Kinderheilkunde		Kinderchirurgie		
	Fachabteilungen	Intensivbetten	Fachabteilungen	Intensivbetten	Kinderchirurgen
Deutschland	354	2.810	90	114	520
Baden-Württemberg	35	498	9	9	53
Bayern	45	215	14	12	86
Berlin	9	209	7	8	33
Brandenburg	18	60	2	2	11
Bremen	5	20	1	-	10
Hamburg	7	131	3	1	23
Hessen	16	150	6	7	32
Mecklenburg-Vorpommern	16	90	6	6	22
Niedersachsen	32	227	6	7	37
Nordrhein-Westfalen	72	673	16	37	121
Rheinland-Pfalz	14	154	2	-	16
Saarland	4	55	2	-	5
Sachsen	30	107	7	17	30
Sachsen-Anhalt	18	74	3	-	20
Schleswig-Holstein	15	101	2	2	7
Thüringen	18	46	4	6	14

Quelle: Statistisches Bundesamt (Grunddaten der Krankenhäuser 2017)

3. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Anzahl der Kinderkliniken bzw. Kinderabteilungen in den letzten 20 Jahren entwickelt?
4. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Bettenzahl der Kinderkliniken bzw. Kinderabteilungen in den letzten 20 Jahren entwickelt?
5. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Fallzahl in den Kinderkliniken bzw. Kinderabteilungen in den letzten 20 Jahren entwickelt?
6. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die durchschnittliche Verweildauer in den letzten 20 Jahren entwickelt?

Aufgrund des Sachzusammenhanges werden die Fragen 3 bis 6 gemeinsam beantwortet.

Bundesweite Entwicklungen zu den o. g. Kennzahlen in den Abteilungen Kinderchirurgie und Kinderheilkunde in den vergangenen 20 Jahren auf Datenbasis des Statistischen Bundesamtes (Grunddaten der Krankenhäuser 2017) können den nachfolgenden Darstellungen entnommen werden. Ergänzend ist anzumerken, dass die Auslastung in den Abteilungen für Kinderheilkunde von 72,1 Prozent im Jahr 1997 auf 66,4 Prozent im Jahr 2017 und in den Abteilungen für Kinderchirurgie von 64,6 Prozent im Jahr 1997 auf 63,3 Prozent im Jahr 2017 zurückgegangen ist.

	Fachabteilungen Anzahl	Betten Anzahl	Fallzahl	durchschnittl. Verweildauer in Tagen
2017	354	18.591	993.722	4,5
2016	357	18.655	1.016.779	4,6
2015	358	18.711	988.497	4,6
2014	356	18.733	987.852	4,6
2013	360	18.979	975.308	4,6
2012	364	19.199	960.047	4,7
2011	364	19.300	960.522	4,7
2010	363	19.297	953.122	4,9
2009	363	19.294	954.139	4,9
2008	369	19.563	962.240	4,9
2007	370	19.685	952.258	5,1
2006	372	20.131	941.644	5,3
2005	375	20.525	934.031	5,4
2004	376	20.935	913.547	5,5
2003	378	21.426	922.426	5,7
2002	384	21.628	952.846	5,9
2001	380	21.842	952.591	6,0
2000	380	22.245	944.954	6,3
1999	391	22.754	941.385	6,4
1998	398	23.308	951.566	6,5
1997	401	24.019	947.629	6,7

Quelle: Statistisches Bundesamt (Grunddaten der Krankenhäuser 2017)

	Fachabteilungen Anzahl	Betten Anzahl	Fallzahl	durchschnittl. Verweildauer in Tagen
2017	90	1.740	126.648	3,2
2016	90	1.757	127.163	3,2
2015	89	1.791	123.887	3,2
2014	86	1.817	123.519	3,2
2013	82	1.842	121.449	3,3
2012	81	1.917	124.811	3,3
2011	82	1.911	123.508	3,4
2010	80	1.941	122.097	3,4
2009	79	1.908	120.656	3,5
2008	79	1.924	121.089	3,6
2007	76	1.920	116.501	3,7
2006	75	1.964	113.335	3,8
2005	73	2.037	113.879	3,9
2004	73	2.160	119.347	4,0
2003	70	2.224	118.786	4,3
2002	68	2.291	119.381	4,5
2001	.	.	.	.
2000	.	.	.	.
1999	.	.	.	.
1998	.	.	.	.
1997	.	.	.	.

Anmerkung: Bis 2001 wurde die Fachabteilung Kinderchirurgie bei der Fachabteilung Chirurgie nachgewiesen.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Grunddaten der Krankenhäuser 2017)

7. Hat die Bundesregierung Kenntnis darüber, dass es lokal oder regional Versorgungsprobleme in der stationären pädiatrischen Versorgung gegeben hat?

Wenn ja, wo?

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern ist Aufgabe der Länder. Dies gilt auch für die Versorgung mit stationären pädiatrischen Leistungen. Es ist daher auch Aufgabe der Länder, das Auftreten lokaler oder regionaler Probleme in der stationären pädiatrischen Versorgung zu vermeiden. Die oben aufgezeigten Daten rückläufiger Fallzahlen, kürzerer Verweildauer und sinkender Auslastung, sprechen – trotz möglicher Engpässe im Einzelfall – gegen eine stationäre pädiatrische Unterversorgung. Das Auftreten lokaler oder regionaler Versorgungsprobleme wird auf Bundesebene nicht systematisch erfasst.

Bereits im Juni 2019 hat das Bundesministerium für Gesundheit Gespräche mit wesentlichen Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin, dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft über Finanzierungs- und Versorgungsfragen in der Kinder- und Jugendmedizin geführt. Im Nachgang haben sich die Vertretungen der Kinder- und Jugendmedizin mit dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft darauf verständigt, die Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bei den Sicherstellungszuschlägen zu berücksichtigen. Hierzu wurden bereits erste Beratungen im G-BA aufgenommen.

Die Expertengespräche zur Lage der Kinder- und Jugendmedizin werden unter Einbeziehung der für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen zuständigen Länder fortgesetzt.

8. Sind der Bundesregierung ähnliche Aufnahmestopps auf pädiatrischen Stationen wie jener im Kinderkrebszentrum der Charité Ende 2019 (<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/108406/Aufnahmestopp-an-Kind-erkrebszentrum-der-Charite-soll-naechste-Woche-enden>) bekannt?

Es wird auf die Antwort zu Frage 7 verwiesen.

Auch Aufnahmestopps auf pädiatrischen Stationen werden auf Bundesebene nicht systematisch erfasst.

9. Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass mit den Fallpauschalen, mit denen – vereinfacht gesagt – die Kosten von Krankenhausleistungen je nach Schweregrad einer Behandlung gewichtet werden sollen, wobei diese auf der Grundlage von Ist-Daten kalkuliert und jährlich an die Kostenentwicklungen angepasst werden, die stationären Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin nicht ausreichend vergütet werden?

Falls ja, warum wurde das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) nicht bereits dazu aufgefordert, die entsprechenden Kosten besser zu berücksichtigen?

Die jährliche Kalkulation der Fallpauschalen basiert auf empirischen Ist-Kosten- und Leistungsdaten von Krankenhäusern, einschließlich der Daten von Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin. Insofern werden die tatsächlichen Vorhalte- und Personalkosten zugrunde gelegt und dementsprechend erhöhte Vorhalte- und Personalkosten bei der Versorgung von Kindern als Grundlage für die Fallpauschalen berücksichtigt.

Aus Sicht der Bundesregierung ist das pauschalierende Entgeltsystem für Krankenhäuser grundsätzlich geeignet, die stationären Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin sachgerecht abzubilden. Aktuell weist das pauschalierende Entgeltsystem 313 „Kindersplits“ auf, die erhöhten Versorgungsaufwand bei der Behandlung von Kindern berücksichtigen. Um auch den höheren Behandlungskosten für besonders komplexe Fälle mit sehr langen Verweildauern Rechnung zu tragen, werden Langliegerzuschläge gezahlt. Daneben bildet das Entgeltsystem auch weitere spezielle Bedürfnisse von Kindern ab, zum Beispiel über Zusatzentgelte für Medikamente mit Kinderdosisklassen, die kinderspezifisch niedrige Einstiegsschwellen berücksichtigen.

Zu berücksichtigen ist ferner, dass mit der seit dem Jahr 2020 ausgegliederten Pflege für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen die im einzelnen Krankenhaus tatsächlich anfallenden Personalkosten für die Pflege am Bett vergütet werden und damit hohen Pflegekosten für Kinder Rechnung getragen werden kann.

10. Teilt die Bundesregierung die Position des SPD-Bundestagsabgeordneten Dr. Karl Lauterbach, der für die stationäre medizinische Kinder- und Jugendversorgung unlängst forderte, „das Fallpauschalensystem in diesem Sektor aufzugeben“ (<https://www.tagesschau.de/investigativ/kontraste/kindermedizin-101.html>)?

Die Bundesregierung führt gegenwärtig Expertengespräche mit Verbänden und Institutionen, die an der ambulanten und stationären Versorgung von Kindern

und Jugendlichen beteiligt sind und prüft auf dieser Grundlage den weiteren Handlungsbedarf. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung und auf die Antwort zu den Fragen 7 und 9 verwiesen.

11. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Anzahl der Abschlüsse der Weiterbildung zum Facharzt für Pädiatrie in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte nach Bundesländern und Geschlecht aufschlüsseln)?

Im Folgenden wird die Anzahl der Anerkennung von Facharztbezeichnungen in der „Kinder- und Jugendmedizin“ aufgeschlüsselt nach Geschlecht für die Jahre 2009 bis 2018 aufgeführt (Quelle: Arztestatistik der Bundesärztekammer). In den Jahren 2009 bis 2013 gab es neben der Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ die Facharztbezeichnung „Kinderheilkunde“. Die Zahlen zu beiden Facharztbezeichnungen wurden in der Tabelle zusammengefasst. Weitere Erkenntnisse liegen der Bundesregierung nicht vor. Die Arztestatistik enthält insbesondere keine Aufschlüsselung nach Ländern.

Tabelle 4

Jahr	Anzahl insgesamt	davon männlich	davon weiblich
2018	643	146	497
2017	616	142	474
2016	647	161	486
2015	664	167	497
2014	683	181	502
2013	634	169	465
2012	596	169	427
2011	633	188	445
2010	564	179	385
2009	622	187	435

Quelle: Arztestatistik der Bundesärztekammer 2018

12. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung geplant, um dem Fachkräftemangel in der Pädiatrie entgegenzuwirken?

Im „Masterplan Medizinstudium 2020“ wurde unter anderem eine sogenannte „Landarztquote“ vereinbart. Damit wird für die Länder die Möglichkeit eröffnet, bis zu 10 Prozent der Medizinstudienplätze vorab an Bewerberinnen und Bewerber zu vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen oder Planungsbereichen tätig zu sein. Nordrhein-Westfalen, Bayern, Sachsen-Anhalt, Rheinland-Pfalz und Mecklenburg-Vorpommern haben bereits Gesetze zur Einführung einer Landarztquote beschlossen. In Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern verpflichten sich die Bewerberinnen und Bewerber zur späteren Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgung im Sinne von § 73 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), von der auch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin umfasst werden. Die Landarztquote kann damit genutzt werden, um Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin für unterversorgte Gebiete zu gewinnen.

Der Gesetzgeber hat zudem zahlreiche Maßnahmen ergriffen, um die Ausstattung der Kliniken mit Pflegepersonal zu stärken. Hinzuweisen ist vor diesem Hintergrund insbesondere auf das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) sowie das damit verbundene Pflegestellenförderprogramm, die Erweiterung der Tarifierfinanzierung und der seit Beginn des Jahres 2020 umzusetzenden Ausgliederung der Personalkosten für die Pflege am Bett. Des Weiteren wurden mit der „Konzertierten Aktion Pflege“ (KAP) weitere umfassende Maßnahmen für eine größere Wertschätzung, Unterstützung und Entlastung von Pflegekräften vereinbart. Zudem soll mittels Initiativen zur Anwerbung ausländischer Pflegekräfte die Personalsituation verbessert werden. Die oben beschriebenen Maßnahmen kommen dabei auch der Pädiatrie zu Gute.

13. Wie viele Pädiater sind nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland in der vertragsärztlichen Versorgung tätig (bitte nach Vertragsärzten, angestellten Ärzten, ermächtigten Ärzten aufschlüsseln)?

Wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt?

In den letzten zehn Jahren ist die Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendärztinnen sowie Kinder- und Jugendärzte nach Aussage der KBV deutlich gestiegen (ca. +10,6 Prozent bei Zählung nach Personen). Bei der Zählung nach Bedarfsplanungsgewichten, also u. a. unter Berücksichtigung des jeweiligen Teilnahmeumfangs, bleibt die Zahl der Kinder und Jugendärztinnen sowie Kinder- und Jugendärzte vergleichsweise stabil (ca. +1,3 Prozent). Ursache für die Differenz ist nach Aussage der KBV vor allem eine deutliche Zunahme der Tätigkeit in Teilzeit. Bei der Betrachtung der verschiedenen Arten der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ist ein deutlicher Trend zur Anstellung zu erkennen: Die Zahl der Kinder- und Jugendärztinnen sowie Kinder- und Jugendärzte in Anstellung (wie auch der sonstigen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte) steigt seit Jahren deutlich. Dennoch ist der größte Teil weiterhin in eigener Praxis tätig. Die Zahl der ermächtigten Kinder- und Jugendärztinnen sowie Kinder- und Jugendärzte ist weitgehend stabil.

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendärztinnen sowie Kinder- und Jugendärzte nach Teilnahmestatus, Zählung nach Personen.

Tabelle 5

Jahr	Vertragsärztinnen und Vertragsärzte*	Angestellte**	Ermächtigte	insgesamt
2009	5.592	628	861	7.081
2010	5.524	721	835	7.080
2011	5.487	797	827	7.111
2012	5.472	895	810	7.177
2013	5.437	1.020	827	7.284
2014	5.412	1.114	832	7.358
2015	5.379	1.198	838	7.415
2016	5.356	1.312	841	7.509
2017	5.324	1.451	851	7.626
2018	5.311	1.575	853	7.739
2019	5.291	1.696	845	7.832

(*Inkl. Jobsharing-Juniorpartner, **Angestellte in Einrichtungen (MVZ) und freier Praxis, Quelle: KBV, Bundesarztregister)

14. Ist die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz in § 75a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelte Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten nach Kenntnis der Bundesregierung erfolgreich?

Wie oft wurde der monatliche Gehaltszuschuss für Kinderärzte in Weiterbildung von derzeit 4 800 Euro bereits beantragt und genehmigt?

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) wurde die Anzahl der Förderstellen für weitere Facharztweiterbildungen gemäß § 75a SGB V von 1.000 auf 2.000 angehoben, gleichzeitig wurde die Verpflichtung aufgenommen, diese auch für die Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin zur Verfügung zu stellen. Im Jahr 2018 (vor dem Inkrafttreten des TSVG) wurden nach Aussage der KBV bundesweit 450 Ärztinnen und Ärzte (Zählung nach Personen) mit dem Weiterbildungsziel Kinder- und Jugendmedizin gefördert (Quelle: Evaluationsbericht 2018 der Weiterbildungsförderung nach § 75a SGB V). Zahlen zur Weiterbildungsförderung für das Jahr 2019 liegen der KBV noch nicht vor. Die KBV erwartet, dass die Anzahl der geförderten Weiterbildungen aufgrund der Aufstockung der Förderstellen für weitere Facharztweiterbildungen auch im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin im Jahr 2019 und insbesondere im Jahr 2020 weiter steigt.

15. Wie viele Planungsbereiche für die ambulante kinderärztliche Versorgung sind nach Kenntnis der Bundesregierung unterversorgt (bitte nach KV-Bezirken – KV = Kassenärztliche Vereinigungen – aufschlüsseln)?
16. Wie viele Planungsbereiche für die ambulante kinderärztliche Versorgung sind nach Kenntnis der Bundesregierung überversorgt (bitte nach KV-Bezirken aufschlüsseln)?

Aufgrund des Sachzusammenhangs werden die Fragen 15 und 16 gemeinsam beantwortet.

Nach Informationen der KBV besteht mit Blick auf die kinder- und jugendärztliche Versorgung in keinem der insgesamt 385 Planungsbereiche Unterversorgung (Stand: 31. Dezember 2019). In drei Planungsbereichen in Sachsen wurde vom Landesausschuss eine drohende Unterversorgung festgestellt. Die nachfolgende Tabelle bildet die Versorgungssituation in den Planungsbereichen der kinder- und jugendärztlichen Versorgung ab, einschließlich der Planungsbereiche mit bestehender Überversorgung (ab einem Versorgungsgrad (VSG) von mehr als 110 Prozent). Es wird darauf hingewiesen, dass bei der Darstellung die neuen Zulassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendärztinnen sowie Kinder- und Jugendärzte, welche durch die Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie geschaffen wurden, noch nicht abgebildet sind. Die entsprechenden Zahlen liegen der KBV noch nicht vor.

Tabelle 6	Anzahl der Planungsbereiche nach entsprechenden Versorgungsgraden für die kinderärztliche Versorgung						
	VSG < 50 %	VSG > 50 – 75 %	VSG > 75 – 90 %	VSG > 90 -100 %	VSG > 100 – 110 %	VSG > 110 – 140 %	VSG > 140 %
Baden-Württemberg	0	0	10	6	4	20	3
Bayern	0	5	21	16	10	19	8
Berlin	0	0	0	0	0	1	0
Brandenburg	0	0	0	0	0	3	13
Bremen	0	0	0	0	0	1	1
Hamburg	0	0	0	0	0	1	0
Hessen	0	1	2	8	10	5	0
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	3	0	2	4	3
Niedersachsen	0	0	0	0	1	24	19
Nordrhein	0	0	0	7	7	10	3
Rheinland-Pfalz	0	3	7	5	2	7	4
Saarland	0	0	0	1	0	2	3
Sachsen	0	0	1	0	0	14	10
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	4	10
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	0	3	10
Thüringen	0	0	0	0	0	2	18
Westfalen-Lippe	0	0	2	5	9	9	2

(Quelle: KBV, Bedarfsplanungsumfrage 2019 – Stand: 31. Dezember 2019)

17. Wie viele Teilgebiete eines Planungsbereiches wurden nach Kenntnis der Bundesregierung nach den Regelungen in § 103 Absatz 2 SGB V von den Zulassungsbeschränkungen für Kinderärzte ausgenommen?

Bisher wurde von der Möglichkeit des § 103 Absatz 2 SGB V, ländliche oder strukturschwache Teilgebiete eines Planungsbereichs auf Antrag der zuständigen obersten Landesbehörde von den Zulassungsbeschränkungen auszunehmen, kein Gebrauch gemacht. Nach Kenntnis der Bundesregierung wurde in nahezu allen Ländern begonnen, Kriterien für die Bestimmung von ländlichen oder strukturschwachen Teilgebieten zu erarbeiten.

18. Ist der Bundesregierung bekannt, in wie vielen Fällen die für die Sicherstellung der ambulanten kinderärztlichen Versorgung zuständigen Kassenärztliche Vereinigungen die Möglichkeiten nach § 99 SGB V genutzt haben, von der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA auf regionaler Ebene abzuweichen (bitte nach KV-Bezirken aufschlüsseln)?

Nach Kenntnis der Bundesregierung hat Sachsen als einziges Land regionale Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin beschlossen.

19. Welche Förderinstrumente stehen den Partnern der Selbstverwaltung bzw. den Ländern und Kommunen nach Kenntnis der Bundesregierung zur Verfügung, um bestehender oder drohender Unterversorgung in der Pädiatrie zu begegnen?

Wie häufig wurden diese nach Kenntnis der Bundesregierung eingesetzt?

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der KBV. Die KVen haben entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern (§ 105 Absatz 1 SGB V). Das Gesetz bietet eine Reihe von Instrumenten, um einer vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für ein bestimmtes Gebiet eines Zulassungsbezirks festgestellten drohenden oder eingetretenen ärztlichen Unterversorgung zu begegnen. Hierzu gehören insbesondere Förderinstrumente nach § 105 Absatz 1a und 1c SGB V. Durch das TSVG wurden die Strukturfonds der KVen, aus denen Fördermaßnahmen finanziert werden, verbindlicher ausgestaltet, erhöht und im Verwendungszweck flexibilisiert. Außerdem sind die KVen nun verpflichtet, spätestens nach sechs Monaten eigene Einrichtungen zur medizinischen Versorgung von Versicherten zu betreiben, wenn Unterversorgung festgestellt wurde. Zudem wurde das Instrument der regionalen Sicherstellungszuschläge für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die in unterversorgten Gebieten tätig sind, obligatorisch ausgestaltet (§ 105 Absatz 4 SGB V). Ferner muss der Zulassungsausschuss Krankenhäuser zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies u. a. zur Beseitigung von Unterversorgung erforderlich ist (§ 116a SGB V). Der Bundesregierung liegen keine aktuellen Zahlen zur Anwendung der einzelnen Förderinstrumente im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin vor. Nach Kenntnis der Bundesregierung haben überdies zahlreiche Länder und Kommunen Maßnahmen zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung ergriffen. Die Bundesregierung verfügt jedoch nicht über vollständige Kenntnisse dieser Maßnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin.

20. Kann die Telemedizin, wie z. B. die elektronische Video-Sprechstunde (ELVi) des Ärztenetzes „Medizin und Mehr“ aus dem ostwestfälischen Bünde, nach Auffassung der Bundesregierung den Fachkräftemangel in der Kinder- und Jugendmedizin abfedern (<https://www.elvi.de/>)?

Bereits aufgrund des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) wurde der Anwendungsbereich für Videosprechstunden als telemedizinische Leistung auch unter Einbezug der Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Vorgaben durch den Deutschen Ärztetag und der Landesärztekammern in Bezug auf Fernbehandlungen weiter ausgebaut und für die vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung besser nutzbar gemacht. Mit den auf dieser gesetzlichen Grundlage von der KBV und dem GKV-Spitzenverband mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 getroffenen Vereinbarungen können Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Videosprechstunde einfacher in den Praxisalltag integrieren und immer dann einsetzen, wenn sie es für sinnvoll erachten. Gleichzeitig haben die genannten Selbstverwaltungspartner zur Förderung der Videosprechstunde auch die Vergütung neu geregelt. Kinder- und Jugendärztinnen sowie Kinder- und Jugendärzte profitieren ebenfalls von der besseren Durchführbarkeit und Vergütung der Videosprechstunden und sie erhalten – wie Hausärztinnen und Hausärzte – den sog. Chronikerzuschlag auch dann, wenn von den drei erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakten ein oder zwei per Video stattgefunden haben. Auch Fallkonferenzen zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Pflegekräften können nunmehr öfter per Video erfolgen, unabhän-

gig davon ob die Patientin bzw. der Patient in einem Pflegeheim, zu Hause oder in einer beschützenden Einrichtung lebt.

Der Gesetzgeber hat darüber hinaus mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) die Anwendung der Telemedizin durch die Ausweitung von Telekonsilien gestärkt. Für eine effiziente und schnellere Zusammenarbeit von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten untereinander und zur Zusammenarbeit mit anderen Ärztinnen und Ärzten, etwa in Ambulanzen und in Krankenhäusern, wurde vorgehesehen, dass die Abrechnung von Telekonsilien in einem weiten Umfang in der vertragsärztlichen Versorgung und sektorenübergreifend möglich ist und extrabudgetär vergütet wird. Hierzu hat der ergänzte Bewertungsausschuss bis zum 30. September 2020 den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen anzupassen. Nach Auffassung der Bundesregierung können telemedizinischen Anwendungen grundsätzlich dazu beitragen, gerade im ländlichen Raum eine flächendeckende ärztliche Versorgung sicherzustellen.

21. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die Niederlassungsfreiheit von Ärzten in der Pädiatrie mit einhergehender Entbudgetierung geeignet ist, um eine bessere pädiatrische Versorgung in der Fläche zu erreichen (bitte begründen)?

Die verfassungsrechtlich geschützte Niederlassungsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte wird im Bereich des Vertragsarztrechtes durch die Grundsätze der Bedarfsplanung begrenzt. Sie stellt ein wesentliches Instrument zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrags durch die KVen dar. Eine unbegrenzte Niederlassungsfreiheit würde indes dazu führen, dass sich die Häufung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in attraktiveren Gegenden im Vergleich zu unattraktiveren Gegenden verschärfen würde, sodass in der Fläche eine Verschlechterung der pädiatrischen Versorgung zu erwarten wäre.

Im Rahmen des Ausbaus der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung und zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sind bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) Vergütungsanreize weiter entwickelt und auf der regionalen Ebene flexibilisiert worden. Zu diesem Zweck wurde den KVen vorgegeben, in ihrem Honorarverteilungsmaßstab festzulegen, dass keine mengensteuernden Maßnahmen für Angehörige von Fachgruppen angewandt werden, für die eine drohende oder eingetretene Unterversorgung festgestellt wurde (§ 87b Absatz 3 SGB V). Diese Maßnahme des Gesetzgebers kommt aus Sicht der betroffenen Arztpraxen einer Entbudgetierung im Ergebnis gleich.

22. Welche Rückschlüsse hat die Bundesregierung aus der durch das Job-Sharing in der Pädiatrie bedingten aktuellen Leistungsbegrenzung gezogen, insbesondere in der Ausweitung der Behandlungskapazitäten unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten?

Mit dem am 23. Juli 2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurden die Rahmenbedingungen im Falle von angeordneten Zulassungsbeschränkungen in der vertragsärztlichen Versorgung für eine gemeinsame Berufsausübung in einer Arztpraxis weiter flexibilisiert. Danach können die von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Jobsharing-Partner im Fall eines unterdurchschnittlichen Praxisumfangs nach den Regelungen der Bedarfsplanung-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses den Praxisumfang auf den Durchschnittsumsatz der Arztgruppe steigern. Insoweit können beim Wechsel in Jobsharing-Modelle Behandlungsmengen und Praxisumsätze begrenzt ausgeweitet werden. Die praktische Umsetzung dieser Vorgaben

obliegt den Zulassungsausschüssen. Für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin liegen der Bundesregierung hierzu keine gesonderten Erkenntnisse vor.

23. Wie bewertet die Bundesregierung die Entwicklung der Bürokratiebelastung in der Pädiatrie?

Zur Bürokratiebelastung in der Pädiatrie liegen der Bundesregierung keine Informationen vor. Generell ist die Bundesregierung gehalten, im Rahmen ihrer Gesetzesinitiativen zusätzlichen bürokratischen Aufwand zu vermeiden und bürokratiearm zu agieren. Im Übrigen wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 19/17040 verwiesen.

