

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, Dr. Bettina Hoffmann, Corinna Rüffer, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Charlotte Schneidewind-Hartnagel, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Versorgung durch Kinderkrankenhäuser in Deutschland

Kinder sind in besonderem Maße auf eine gute Betreuung und Therapie angewiesen, wenn sie im Krankenhaus sind. Für Kinder und Jugendliche ist der Krankenhausaufenthalt in einer ihnen nicht vertrauten Umgebung oftmals mit großer Verunsicherung und emotionaler Belastung verbunden. Häufig brauchen sie mehr Erklärungen und Zuspruch oder auch dauerhaft unmittelbare Betreuung. Von Frühgeborenen bis zu 18-Jährigen haben Kinder und Jugendliche unterschiedliche Bedürfnisse. Das fängt bei unterschiedlich großen Betten und unterschiedlichen Pflegeutensilien an, geht über je nach Erkrankung und Altersgruppe unterschiedliche Therapien, Arzneimittel und Medizinprodukte und hört noch lange nicht bei den auch individuell und je nach Erkrankung und Altersgruppe unterschiedlichen seelischen Bedürfnissen auf. Entsprechend ist die Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus teurer und personalaufwendiger als die von Erwachsenen. In besonderem Maße gilt das für die Versorgung von chronisch kranken Kindern.

Nach den Vorgaben des gemeinsamen Bundesausschusses für Sicherstellungszuschläge liegt eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung dann vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, zusätzlich mindestens 5 000 Einwohner Pkw-Fahrzeiten von mehr als 30 Minuten aufwenden müssen, um zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zu gelangen. Für Kinderkliniken können keine Sicherstellungszuschläge beantragt werden. Die Gesellschaft für Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKinD) hält für eine angemessene Versorgung eine Fahrtzeit von 40 Minuten zur nächsten Kinderklinik für angemessen.

Regelmäßig wird darüber berichtet, dass Kinderkliniken oder Kinderabteilungen in Krankenhäusern junge Patientinnen und Patienten abweisen müssen, dass Operationen abgesagt werden, dass Kinder lange Wege in Kauf nehmen müssen, um ein freies Bett in einer Intensivstation zu finden. Es werden sukzessive pädiatrische Stationen geschlossen, und es kommt vermehrt zu Fällen, in denen Kinder aufgrund mangelnder Kapazitäten nicht versorgt werden können. Eine neuere empirische Erhebung des Forschungszentrums ceres der Universität Köln bestätigt dies (vgl. <https://www.divi.de/images/Dokumente/190913-aerzteblatt-oekonomie-paediatrie-weyersberg-et-al.pdf>). Die befragten pädiatrischen Stationen klagen über eine unzureichende finanzielle Vergütung in Verbindung mit fehlenden Personal- und Sachressourcen. Die Behandlung von

Kindern sei nicht mit der Erwachsenenmedizin vergleichbar. Die Patientengruppe sei sehr viel heterogener, entsprechend sei auch die Versorgung komplexer und entziehe sich weitgehend der Standardisierbarkeit. Es existieren bereits heute etwa doppelt so viele diagnosebezogene Fallgruppen (DRGs) wie in Fachabteilungen der Erwachsenenmedizin. Aufgrund der Heterogenität der Patientengruppe und des besonderen Betreuungsbedarfs von Kindern sind die Personalkosten um 30 Prozent höher als in der Erwachsenenmedizin und umfassen bis zu 85 Prozent der Gesamtkosten (vgl. <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/kinder-kinderklinik-krankenhaus-1.4721951?reduced=true>).

Kinderheilkunde ist sehr häufig Notfallmedizin. Ein großer Anteil innerhalb des Leistungsspektrums gehört zu den akut auftretenden Erkrankungen, deren Häufigkeit nur bedingt vorhersehbar und kaum planbar ist, beispielsweise bei Grippewellen. Dies führt neben hohen, nicht steuerbaren Belegungsschwankungen dazu, dass rund 80 Prozent der Leistungen einer Kinderklinik nicht planbar sind. Vorhaltekosten sind in der Folge deutlich höher als in anderen Fachbereichen. Die Fixkosten zur permanenten Vorhaltung der erforderlichen Leistungen betragen in der Pädiatrie circa 40 Prozent des Budgets. In der Erwachsenenmedizin liegt dieser Anteil bei circa 25 Prozent (vgl. https://www.gkind.de/fileadmin/DateienGkind/Presse/Presseinfo_Rettet_die_Kinderstation.pdf). Vorhaltekosten werden jedoch im jetzigen Vergütungssystem nicht berücksichtigt.

Zusätzlich zum Problem der Finanzierung besteht ein Mangel an Pflegekräften. Es kommt vermehrt zu Situationen, in denen freie Betten nicht belegt werden können, weil das Personal fehlt. Im Dezember 2019 konnte das Kinderkrebszentrum der Charité keine neuen Patientinnen und Patienten mehr aufnehmen, weil nicht alle Pflegestellen besetzt werden konnten, um die Personalvorgaben zu erfüllen (vgl. <https://www.tagesspiegel.de/berlin/personalmangel-in-berliner-kliniken-wir-braeuchten-100-neue-pflegekraefte/25329774.html>).

Im September 2019 haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), die Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin e. V. (DGKJ) und die Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKiND) ein gemeinsames Arbeitspapier zur „Finanzierung stationärer Behandlung von Kindern im Fallpauschalensystem“ verfasst. Darin werden Sicherstellungszuschläge für Kinderkliniken und Kinderabteilungen gefordert, um die notwendige Grund- und Notfallversorgung für Kinder und Jugendliche in ländlichen, strukturschwachen Regionen aufrechterhalten zu können. Zudem soll geprüft werden, ob und inwieweit auch für teilstationäre Leistungen von pädiatrischen Einrichtungen sinnvolle Leistungsbeschreibungen entwickelt werden können, um eine einheitliche und sachgerechte Vergütung zu ermöglichen.

Wie alle anderen Krankenhäuser sind auch Kinderkrankenhäuser von den mittelbaren und unmittelbaren Auswirkungen der Corona-Pandemie, insbesondere von Behandlungsausfällen, betroffen. Zwar gehören Kinder – glücklicherweise – nicht zu den Risikogruppen und weisen sehr viel seltener schwere Krankheitsverläufe auf. Gleichwohl können sie infektiös sein und müssen dann entsprechend den Anforderungen an den Infektionsschutz untergebracht werden. Dies gilt natürlich auch für mitaufzunehmende Begleitpersonen bei bis zu 80 Prozent der Kinder.

Angesichts der hohen Vulnerabilität von Kindern und der Wichtigkeit einer adäquaten Behandlung für die kindlichen Entwicklungsphasen sieht die fragestellende Fraktion dringenden Handlungsbedarf, um die pädiatrische Versorgung zu sichern und zu verbessern. Wir wollen mit dieser Kleinen Anfrage in Erfahrung bringen, welches die größten Probleme bei der stationären Versorgung von Kindern sind und was die Bundesregierung dagegen zu tun gedenkt.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie viele Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland insgesamt, und wie hat sich deren Zahl seit 1991 entwickelt?
2. Wie hat sich die Zahl der Betten in Kinderkrankenhäusern und Kinderabteilungen seit 1991 entwickelt?
3. In welche Fachabteilungen gliedern sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland auf?
4. Wie sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen insgesamt sowie die Intensivkinderkrankenhäuser und -abteilungen in Deutschland verteilt (bitte nach Bundesländern und Standorten aufschlüsseln)?
5. Für welche Regionen stellt die Bundesregierung daraus ableitend eine bestehende Unterversorgung bzw. eine drohende Unterversorgung in der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen fest?
6. Haben die Kinderkrankenhäuser und -abteilungen nach Kenntnis der Bundesregierung ausreichend Kapazitäten, um bei einer hohen Belegung, wie sie beispielsweise bei einer Grippewelle auftreten kann, Kinder aus Gründen des Infektionsschutzes zu isolieren?
7. Wie wirkt sich die Pandemie auf die Belegung der Kinderkliniken und Kinderabteilungen voraussichtlich in den bevorstehenden Hochbelegungsphasen des Winterhalbjahres aus (bitte nach Standorten und Fachabteilungen aufschlüsseln)?
8. Wie wirkt sich die Pandemie auf die finanzielle Situation der Kinderkrankenhäuser und -abteilungen aus?
9. Für wie viel Prozent aller Kinder und Jugendlichen ist keine Kinderklinik oder Kinderabteilung innerhalb einer Fahrtzeit von 40 Minuten zu erreichen, und für wie viel Prozent aller Erwachsenen ist im Vergleich dazu keine Klinik innerhalb einer Fahrtzeit von 30 Minuten zu erreichen?
10. Welche Gründe gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung dafür, dass es Sicherstellungszuschläge für die Pädiatrie nur geben kann, wenn eine gynäkologische Abteilung vorhanden ist (vgl. G-BA-Beschluss vom 19. April 2018, https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3302/2018-04-19_SiZuR_Sicherstellungszuschlaege_Aenderung_BAnz.pdf), und sieht die Bundesregierung hier Änderungsbedarf?
11. Hat die Bundesregierung eine Bewertung des Vorschlages eines „Versorgungszuschlages Kindergesundheit“ für bevölkerungsarme Regionen, in denen Kinderabteilungen die aufgrund des Versorgungsauftrags vorgehaltenen Leistungsangebote mit den Fallpauschalen und weiteren Entgelten nicht kostendeckend finanzieren können, wie er auch von der Gesellschaft für Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKinD) in ihrer Stellungnahme zum Krankenhausstrukturgesetz vorgeschlagen wurde?
12. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil der chronisch kranken Kinder an den Krankenhauspatientinnen und Krankenhauspatienten bis 18 Jahre, und wie hat sich der Anteil der chronisch kranken Kinder an den Krankenhauspatientinnen und Krankenhauspatienten bis 18 Jahre seit 1994 entwickelt?
13. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil der chronisch kranken Kinder an den Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre in der Bevölkerung, und wie hat sich dieser Anteil seit 1994 entwickelt?

14. Welche chronischen Erkrankungen sind bei Kindern am weitesten verbreitet?
15. Wie hoch ist die Notfallquote durch akut auftretende Erkrankungen in der stationären Pädiatrie, und wie hoch ist im Vergleich dazu die Notfallquote bei Erwachsenen?
16. Wie viele Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre wurden nach Kenntnis der Bundesregierung seit 1991 jährlich in Kinderkrankenhäusern und Kinderabteilungen versorgt, weil sie aufgrund von Flucht und Vertreibung psychische oder körperliche Verletzungen erlitten haben?
17. Wie hoch ist der Anteil von Aufenthalten von Kindern im Kinderkrankenhaus, bei denen die untere Grenzverweildauer unterschritten wird, und wie hoch ist im Vergleich dazu der entsprechende Anteil bei erwachsenen Patienten?
18. Inwieweit ist in den Fallpauschalen für die stationäre Kinderheilkunde der erhöhte Versorgungs- und Betreuungsaufwand abgebildet, und wie haben sich die DRGs in diesem Bereich seit deren Einführung entwickelt?
19. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass die mitunter „erheblichen Erlösunterschiede innerhalb der Pädiatrie“ einerseits zu „Übersversorgung, wie teilweise im Bereich der Level-1-Perinatalzentren“ und andererseits zu „erheblicher Unterversorgung, vor allem für chronisch und schwer kranke Kinder“ (vgl. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/209667/Paediatrie-Gefangen-zwischen-Ethik-und-Oekonomie>) führen?
Falls ja, wie wird die Bundesregierung diesem Umstand entgegenwirken?
Falls nein, warum nicht?
20. Trifft es nach Kenntnis der Bundesregierung zu, dass in vielen Bereichen der Pädiatrie die Grundversorgung „nur durch Spenden und Drittmittel“ aufrechterhalten werden kann (vgl. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/209667/Paediatrie-Gefangen-zwischen-Ethik-und-Oekonomie>)?
21. Welche Informationen beispielsweise über die Bereiche, in denen eine Finanzierung auch durch Spenden erfolgt, liegen der Bundesregierung zu diesem Sachverhalt vor, und welche Schlussfolgerungen zieht sie daraus?
22. Welche Informationen liegen der Bundesregierung darüber vor, dass insbesondere Universitätskliniken „Gelder für Forschung und Lehre entgegen der gesetzlichen Bestimmungen zum Ausgleich von Defiziten der Krankenversorgung“ nutzen (vgl. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/209667/Paediatrie-Gefangen-zwischen-Ethik-und-Oekonomie>)?
Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung hieraus?
23. Wie bewertet die Bundesregierung die Empfehlung im Gutachten des Sachverständigenrats Gesundheit „Bedarfsgerechte Versorgung der Gesundheitsversorgung“, einer pauschalen Vergütung der Fixkosten in der pädiatrischen Versorgung außerhalb der DRGs?
24. Wie haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Kosten für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre seit 1991 inflationsbereinigt entwickelt,
 - a) insgesamt,
 - b) für den Pflegeaufwand eines Kindes pro Krankenhausaufenthalt,
 - c) für den Pflegeaufwand eines Kindes pro Tag?

25. Wie hoch ist der durchschnittliche Personalkostenanteil bei der Versorgung von Kindern in Kinderkrankenhäusern und -abteilungen, und wie hoch ist der durchschnittliche Personalkostenanteil bei der Versorgung von Erwachsenen, und wie hat sich dieser Personalkostenanteil seit Einführung der Fallpauschalen jeweils entwickelt?
26. Wie wirkt sich die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf die finanzielle Situation von Kinderkrankenhäusern und -abteilungen aus, und ist der aktuelle Pflegeentgeltwert ausreichend, insbesondere wenn die coronabedingten Sonderregelungen auslaufen?
27. Wie hoch sind die Ausgaben für Modernisierung im Hinblick auf technische Ausstattung und Digitalisierung für pädiatrische Abteilungen bzw. Kinderkrankenhäuser im Vergleich zu den Gesamtinvestitionen in die Modernisierung der Krankenhäuser, und wie wird der Bedarf für Kinderkliniken und Kinderabteilungen ermittelt?
28. Wie hoch ist die Zahl an Fachkräften für Kinderkrankenpflege, die derzeit an Kinderkliniken und Kinderabteilungen fehlen (bitte nach Bundesländern und Standorten sowie nach Kinderkrankenpflegekräften, Fachkräften für Kinderintensivpflege und Fachkräften für Geburtshilfe und Neonatologie aufschlüsseln)?
29. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl der Kinderkrankenpflegekräfte mit dreijähriger Ausbildung im Krankenhaus seit 1991 entwickelt (bitte in Vollzeitäquivalenten angeben)?
30. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl der Kinderkrankenpflegekräfte mit Weiterbildung zur Intensivpflegefachkraft im Krankenhaus seit 1991 entwickelt (bitte in Vollzeitäquivalenten angeben)?
31. Gibt es eine Einschätzung der Bundesregierung bezüglich der Auswirkungen der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung auf die Anzahl und das Qualifikationsniveau der künftigen Kinderkrankenpflegekräfte?
32. Wie wird die Bundesregierung dafür sorgen, dass die Pflegeschulen, die bisher die Kinderkrankenpflegeausbildung angeboten haben, das im neuen Pflegeberufegesetz verankerte Wahlrecht, sich nach zwei Jahren gemeinsamer Ausbildung für die Spezialisierung Gesundheits- und Kinderkrankenpflege entscheiden zu können, aktiv anbieten?
33. Wie und mit Hilfe welcher Einrichtungstypen wird nach Kenntnis der Bundesregierung die praktische Ausbildung (bitte je Bundesland), die im Bereich Pädiatrie 60 bis 120 Stunden umfasst, im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung gewährleistet?
34. Wie wird sich nach Ansicht der Bundesregierung das Pflegepersonalstärkungsgesetz auf die Anzahl der Kinderkrankenpflegekräfte im Krankenhaus insgesamt und auf die Relation Kind – Kinderkrankenpflegekraft auswirken?
35. Inwieweit können die Pflegepersonalvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses aus der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) derzeit erfüllt werden, und welche Konsequenzen gibt es bei Nichterfüllung?
36. Wie wirken sich nach Ansicht der Bundesregierung die Pflegepersonalvorgaben der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene auf das Fachkräfteangebot in der Kinderkrankenpflege insgesamt aus?
37. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung die durchschnittliche Wartezeit auf eine Eltern-Kind-Behandlung in psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychiatrischen Einrichtungen?

38. Sieht die Bundesregierung einen Mehrbedarf an Eltern-Kind-Behandlungsplätzen in psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychiatrischen Einrichtungen, und wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung dieser Bedarf?
39. Besteht nach Kenntnis der Bundesregierung für Eltern-Kind-Behandlungsplätze in psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychiatrischen Einrichtungen eine kostendeckende Vergütung durch die Krankenkassen?
40. Sind der Bundesregierung Fälle bekannt, dass Eltern und ihre Kinder in psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Einrichtungen für eine Eltern-Kind-Behandlung abgewiesen werden mussten, da entweder keine Kapazitäten zur Verfügung standen oder eine kostendeckende Vergütung insbesondere für Unterkunft oder die Mitbehandlung der Eltern nicht gegeben war?
41. Wie hat sich die Versorgungssituation von Eltern-Kind-Behandlungsplätzen nach Kenntnis der Bundesregierung seit dem Jahr 2007, in dem nach der Studie „Mother-baby units in germany: A report on the status quo“ von Turmes & Hornstein der Versorgungsbedarf erst zu 21 Prozent gedeckt war, entwickelt?
42. Wie plausibel ist aus Sicht der Bundesregierung der Rückschluss auf Überkapazitäten aufgrund eines geringen Nutzungsgrades der Betten, wenn nicht berücksichtigt wird, ob diese Kapazitäten aufgrund von Personalmangel überhaupt zur Verfügung stehen (vgl. Bundestagsdrucksache 19/7270)?
43. Gibt es eine Bewertung der Bundesregierung bezüglich der Ergebnisse einer wissenschaftlichen Umfrage unter Mitarbeitern in Kinderkliniken, in der 25 Prozent der befragten pädiatrischen Stationen angaben, 25 bis 50 Patienten im Jahr abweisen zu müssen, weitere 25 Prozent angaben, 50 bis 100 Patienten im Jahr abweisen zu müssen, und 72 Prozent insgesamt angaben, dass ein Mangel an tatsächlich betreibbaren Intensivbetten herrsche (vgl. <https://www.divi.de/images/Dokumente/190913-aerzteblatt-oekonomie-paediatric-weyersberg-et-al.pdf>), und wenn ja, wie lautet diese?
44. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung darüber, dass Kinder und Jugendliche von Kliniken abgewiesen wurden?
 - a) Wie viele Kinder und Jugendliche wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten fünf Jahren von Kliniken abgewiesen?
 - b) Welche Gründe sind der Bundesregierung bekannt, warum Kinder und Jugendliche von Kliniken abgewiesen wurden?
 - c) Welche Schlussfolgerung zieht die Bundesregierung aus diesen Gründen?
45. In wie vielen Fällen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung Patientinnen und Patienten in der Kinderintensivmedizin aus Kapazitätsgründen vorzeitig in andere Stationen verlegt, und in wie vielen Fällen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung Stationen der Kinderintensivmedizin überbelegt?
46. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die Situation in den Kinderkrankenhäusern zu verbessern und um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen?
47. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, damit ausreichend Pflegekräfte gezielt für den Bereich der Kinderkrankenpflege zur Verfügung stehen?

48. Gedenkt die Bundesregierung, die Vorschläge des Ethikrats umzusetzen, der vorschlägt, die die Kinder- und Jugendmedizin charakterisierenden Faktoren, wie sehr kurze Verweildauern oder eine vergleichsweise sehr aufwendige pflegerische und psychologische Betreuung, kostendeckend im DRG-System zu berücksichtigen, oder sogar die Kinder- und Jugendmedizin komplett von dem Fallgruppen-Vergütungssystem der Erwachsenenmedizin zu entkoppeln?
- Wenn nein, warum nicht?
 - Wenn ja, auf welche Weise?
49. a) Wie bewertet die Bundesregierung die Vorschläge aus dem eingangs erwähnten Arbeitspapier von GKV-SV, DKG, DGKJ und GKinD, Sicherstellungszuschläge für Kinderkliniken und Kinderabteilungen grundsätzlich zu ermöglichen und Leistungsbeschreibungen für teilstationäre Leistungen zu entwickeln, um eine einheitliche Vergütung gewährleisten zu können?
- Gedenkt die Bundesregierung, diese Vorschläge umzusetzen, und wenn ja, wann?
50. Wie bewertet die Bundesregierung den Vorschlag, den beispielsweise die Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin in ihrer Stellungnahme zum Versorgungsstärkungsgesetz gemacht hat (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP18/GKV-VSG_NEU/DGKJ-Stellungnahme_Ref_Entwurf_VSG.pdf), Institutsambulanzen im Rahmen des Versorgungsauftrages der Kinderkliniken und Kinderabteilungen zuzulassen, um Defizite in der wohnortnahen ambulanten spezialärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen aufzufangen?
51. Beabsichtigt die Bundesregierung zu veranlassen, dass Sicherstellungszuschläge, die an ein Krankenhaus gezahlt werden, wenn eine Abteilung defizitär ist, dann auch dieser Abteilung zugutekommen?
52. Beabsichtigt die Bundesregierung zu veranlassen, dass Sicherstellungszuschläge für eine defizitäre Abteilung auskömmlich ausgestaltet und an Strukturqualitätsvorgaben gekoppelt werden?

Berlin, den 21. Juli 2020

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

