

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/21301 –**

Versorgung durch Kinderkrankenhäuser in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

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/1909>

13-aerzteblatt-oekonomie-paediatric-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.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Gesundheit und das Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen ist für die Bundesregierung ein wesentliches Anliegen. Dies gilt auch für die Schaffung und Bereitstellung ambulanter und stationärer Versorgungsangebote, zu denen gleichermaßen Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation für somatische sowie für psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen zählen. Das Gesundheitswesen in Deutschland hält in erheblichem Umfang entsprechende Strukturen vor, um ein sachgerechtes medizinisches Versorgungsangebot für Kinder und Jugendliche bereit zu stellen.

Gemäß den vorliegenden Daten der Bundesärztekammer (BÄK) gab es im Jahr 2017 14.707 (2019: 15.468) berufstätige Kinderärztinnen und -ärzte, davon waren 7.367 (2019: 7.686) im ambulanten Bereich, 6.089 (2019: 6.376) in der stationären Versorgung und 1.257 (2019: 1.406) in Behörden und sonstigen Bereichen tätig. Zusätzlich werden 2.346 (2019: 2.537) in der Kinderpsychiatrie tätige Ärztinnen und Ärzte ausgewiesen, davon waren 1.154 (2019: 1.236) im ambulanten, 1.067 (2019: 1.145) im stationären und 125 (2019: 156) in Behörden und sonstigen Bereichen tätig. Insgesamt hat die Zahl der berufstätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin in den vergangenen Jahren kontinuierlich zugenommen. Im Vergleich zum Jahr 2015 mit 14.162 Ärztinnen und Ärzten um rund 4 % (2019: +9,2 Prozent), im Vergleich zum Jahr 2013 mit 13.460 Ärztinnen und Ärzten um rund 9 Prozent (2019: +14,9 %). Zudem sind in der Statistik der BÄK für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin 21 Subdisziplinen bzw. fachärztliche Spezialisierungen ausgewiesen. (Zur besseren Vergleichbarkeit stationärer und ambulanter Kapazitäten sind die Daten des Jahres 2017 angegeben, die dem aktuellen amtlichen Datenstand für den stationären Bereich entsprechen).

Hinsichtlich der stationären Kapazitäten weist das Statistische Bundesamt für das Jahr 2017 18.591 Betten für Kinderheilkunde in 354 Fachabteilungen mit einer durchschnittlichen Auslastung von nur 66,4 Prozent aus sowie zusätzlich 1.740 Betten für Kinderchirurgie in 90 Fachabteilungen mit einer durchschnittlichen Auslastung von nur 63,3 Prozent. Zudem verfügte Deutschland über 6.311 Betten in 147 Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einer durchschnittlichen Auslastung von 91,7 Prozent. Zu berücksichtigen ist ergänzend, dass ein Großteil der Erkrankungen von Kindern ambulant behandelt werden kann. Insgesamt ist auf der Grundlage dieser Daten von einer guten, flächendeckenden stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen auszugehen. Für die Bedarfsplanung der Kinderkrankenhäuser und der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin sind die Länder zuständig.

Berichte über Versorgungsengpässe, die trotz der hohen Strukturvorhaltungen in Deutschland in Einzelfällen weder in der hochspezialisierten Versorgung von Kindern noch bei Erwachsenen ausgeschlossen werden können, werden von der Bundesregierung sehr ernst genommen. Auch Fragen der sachgerechten Vergütung medizinischer Leistungen für Kinder und Jugendliche werden regelmäßig geprüft, um mögliche Schwachstellen zu beseitigen. So wird etwa das pauschalierende Entgeltsystem im Krankenhaus jährlich aktualisiert und alle versorgenden Krankenhäuser haben im Rahmen eines strukturierten Verfahrens die Möglichkeit, Änderungsbedarfe einzubringen. Insgesamt werden die stationären Leistungen für Kinder und Jugendliche mit dem pauschalierenden Entgeltsystem differenziert und unter Berücksichtigung der hier entstehenden höheren Vorhaltekosten abgebildet und durch Zuschläge sowie Zusatzentgelte, die den besonderen Belangen der Kinder und Jugendlichen zusätzlich Rechnung tragen, ergänzt. Der Differenzierungsgrad des pauschalierenden Entgeltsystems ist im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin inzwischen so hoch, dass er faktisch der häufig geforderten gesonderten Finanzierung stationärer Leistungen für Kinder und Jugendliche entspricht.

Mit der Umsetzung des Notfallstufensystems für Krankenhäuser auf der Grundlage des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 18. April 2019 wurden unter anderem gesonderte Module für die Kinder- und Jugendmedizin etabliert, die auch dem in der Vorbemerkung der Fragesteller angesprochenen häufigen Notfallcharakter des stationären Behandlungsbedarfs in der Kinder- und Jugendmedizin in besonderer Weise Rechnung tragen. Hierdurch werden nicht nur zusätzliche Finanzmittel bereitgestellt, sondern es wird gleichzeitig die qualitätsorientierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen in einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung gestärkt.

Zur Bekämpfung des Personalmangels, insbesondere im Bereich der Pflegekräfte, der zur Überlastung von Abteilungen führen kann, hat die Bundesregierung seit 2016 eine Vielzahl von Maßnahmen ergriffen, insbesondere das Pflegestellen-Förderprogramm, die vollständige Tarifierfinanzierung, den Pflegezuschlag und zuletzt die Ausgliederung der Personalkosten für die Pflege am Bett in ein gesondertes Pflegebudget. Hierdurch sollen u. a. auch Anreize geschaffen werden, zusätzliche Pflegekräfte einzustellen oder Teilzeitstellen aufzustocken. Dennoch sind die Handlungsmöglichkeiten des Bundesgesetzgebers hier begrenzt, da für die Einstellung, Bezahlung und das Management von Personal die Krankenhausträger selbst verantwortlich sind. Diese entscheiden auch im Benehmen mit den für die Krankenhausplanung zuständigen Ländern über den Erhalt oder die Schließung von Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin. Soweit es zu Schließungen von Fachabteilungen kommt, die in der Regel vorübergehend sind, geschieht dies nach vorliegenden Berichten teilweise, weil Mindestanforderungen an eine personelle Besetzung nicht eingehalten werden können. Diese basieren jedoch auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und dienen der Qualitäts- und Patientensicherheit.

Soweit die jüngsten Vereinbarungen zwischen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) angesprochen werden, gehen diese auf eine Initiative von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zurück, der bereits im Juni 2019 mit Fachgesellschaften und Verbänden der Kinder- und Jugendmedizin sowie den genannten Partnern der Selbstverwaltung auf Bundesebene unter Einbeziehung der Regierungsfraktionen des Deutschen Bundestages ein Expertengespräch durchgeführt hat. Inzwischen liegt ein Entwurf des G-BA zur Einbeziehung der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in die Regelungen der Sicherstellungszuschläge vor, der nach Auswertung und Würdigung der Stellungnahmen voraussichtlich in den kommenden Wochen beschlussreif sein wird. Die weiteren Maßnahmen befinden sich in der Prüfung. Aus den Stellungnahmen der zwischenzeitlich befragten Länder geht überdies hervor, dass ihnen punktuelle Belastungsspitzen in der Versorgung bekannt sind, jedoch grundlegend von einer guten flächendeckenden ambulanten und stationären Versorgung in der Kinder- und Jugendmedizin auszugehen ist. Bei den wegen der Corona-Pandemie verschobenen Expertengesprächen wird auch zu erörtern sein, ob und in welchem Umfang Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin von der Corona-Pandemie betroffen sind. Grundlegend ist darauf hinzuweisen, dass Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin von den umfangreichen Hilfspaketen zur Bewältigung der Corona-Pandemie, welche die Bundesregierung auf den Weg gebracht hat, ebenso profitieren konnten wie andere Krankenhäuser.

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?

Die Fragen 1 bis 3 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

In den amtlichen Statistiken des Statistischen Bundesamtes werden reine Kinderkrankenhäuser nicht gesondert ausgewiesen, jedoch die Zahl der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Kinderchirurgie. Diese lag im Jahr 1991 bei 539 und im Jahr 2017 bei 444. Die Zahl der Betten lag im Jahr 1991 bei 35.160 und im Jahr 2017 bei 20.331. Im Jahr 1991 gab es 2.560 Intensivbetten, im Jahr 2017 waren es 2.924. Die Zahl der Behandlungsfälle betrug im Jahr 1991 1.049.972 und im Jahr 2017 1.120.370. Weitere Aufgliederungen werden vom Statistischen Bundesamt nicht vorgenommen.

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)?

Die nach Bundesländern aufgeschlüsselte Verteilung der Fachabteilungen für Kinderchirurgie, für Kinderheilkunde und für Kinderpsychiatrie ist der beigefügten Tabelle zu entnehmen. Weitere Untergliederungen sieht die amtliche Statistik des Statistischen Bundesamtes nicht vor.

	Kinder- chirurgie	Kinder- heilkunde	Kinder- psychiatrie
	2017	2017	2017
Deutschland	90	354	147
Baden-Württemberg	9	35	22
Bayern	14	45	18
Berlin	7	9	6
Brandenburg	2	18	6
Bremen	1	5	1
Hamburg	3	7	5
Hessen	6	16	9
Mecklenburg-Vorpommern	6	16	5
Niedersachsen	6	32	16
Nordrhein-Westfalen	16	72	24
Rheinland-Pfalz	2	14	8
Saarland	2	4	2
Sachsen	7	30	8
Sachsen-Anhalt	3	18	6
Schleswig--Holstein	2	15	5
Thüringen	4	18	6

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?

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 Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin. Es ist daher auch Aufgabe der Länder, das etwaige Auftreten lokaler oder regionaler Versorgungsengpässe in der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu vermeiden. Die in der Antwort auf die Kleine Anfrage der FDP-Fraktion, Bundestagsdrucksache 19/17461 aufgezeigten Daten fast konstanter Fallzahlen, kürzerer Verweildauer und sinkender Auslastung lassen – trotz möglicher Engpässe im Einzelfall – die Vermutung stationärer Unterversorgung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin eher bezweifeln. Hinzuweisen ist ergänzend darauf, dass angesichts der auch im internationalen Vergleich hohen Krankenhaus- und Bettendichte in Deutschland nicht von systematischer Unterversorgung auszugehen ist. Selbst bei Engpässen aufgrund von Belastungsspitzen hält Deutschland zudem ein Rettungs- und Krankentransportwesen bei entsprechendem medizinischen Bedarf vor, das regelmäßig einen raschen Transport in eine andere Klinik mit freien Kapazitäten ermöglicht.

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?

Für die Krankenhausplanung, d. h. für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern, sind ausschließlich die Länder zuständig. Zu diesem Zweck erstellt jedes Land einen Krankenhausplan und entscheidet damit über die Anzahl der erforderlichen Krankenhäuser und Betten. Hierzu gehört auch die Festlegung einer ausreichenden Zahl von Kinderkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, auch für den Fall einer Grippewelle.

Wie in der Vorbemerkung der Bundesregierung dargelegt, sind Kinderkrankenhäuser und die Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin im Durchschnitt in deutlich geringerem Umfang ausgelastet als andere Fachabteilungen somatischer Krankenhäuser. Daher ist davon auszugehen, dass Maßnahmen zum Infektionsschutz tendenziell gut umsetzbar sind. Ob die Kapazitäten jederzeit ausreichen, hängt in allen Krankenhäusern und allen Fachabteilungen von der Anzahl stationär behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten ab und kann nicht abschließend prognostiziert werden.

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)?

Wie sich die Pandemie im Herbst und Winter voraussichtlich auf die Belegung von Kinderkliniken und -abteilungen auswirken wird, hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab, wie etwa der Zahl der Infizierten, des Schweregrads der Infektionen, der Zahl der Infektionsfälle mit stationärer Behandlungsnotwendigkeit und der Dauer der stationären Behandlungen. Eine Aufschlüsselung nach

Standorten und Fachabteilungen ist nach derzeitiger Erkenntnislage nicht möglich.

8. Wie wirkt sich die Pandemie auf die finanzielle Situation der Kinderkrankenhäuser und -abteilungen aus?

Die Bundesregierung hat zur Milderung möglicher finanzieller Einbußen der Krankenhäuser aufgrund der Notwendigkeit zur Freihaltung von Betten oder aufgrund geringerer Auslastung der Häuser ein umfassendes Hilfspaket aufgelegt, das die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser in der Krise gesichert hat. Hiervon haben auch die Kinderkrankenhäuser und die entsprechenden Fachabteilungen profitiert.

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?

Nach Berechnungen des GKV-SV für das Jahr 2018 können in Deutschland rund 12,9 Mio. Kinder und Jugendliche und damit insgesamt 95,2 Prozent innerhalb von 40 PKW-Fahrzeitminuten ein Kinderkrankenhaus oder ein Krankenhaus mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin erreichen. Rund 655.000 oder 4,8 Prozent aller Kinder und Jugendlichen müssen hierfür mehr als 40 Fahrzeitminuten aufwenden. Im Vergleich dazu können 98,4 Prozent aller Erwachsenen oder rund 68,1 Mio. Menschen innerhalb von 30 Minuten ein Krankenhaus der Grundversorgung mit mindestens einer Fachabteilung für Innere Medizin und Chirurgie erreichen. 1,6 Prozent bzw. 1,1 Mio. Erwachsene müssen mehr als 30 PKW-Fahrzeitminuten aufwenden, um ein Krankenhaus der Grundversorgung 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_SiZu-R_Sicherstellungszuschlaege_Aenderung_BAnz.pdf), und sieht die Bundesregierung hier Änderungsbedarf?

Gemäß des vom G-BA gefassten Beschlusses vom 19. April 2018 wurde eine Fachabteilung für Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe als notwendige Vorhaltung in die Regelungen zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen einbezogen. Hierbei wurde auf der Grundlage entsprechender wissenschaftlicher Evidenz für eine höhere Versorgungsqualität von Müttern und Kindern vereinbart, dass in Krankenhäusern, die neben der Fachabteilung für Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe zusätzlich eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin vorhalten, beide Fachabteilungen zuschlagsfähig sein sollen, sofern die sonstigen Voraussetzungen für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags gegeben sind.

Im Rahmen des in der Vorbemerkung der Bundesregierung erwähnten Fachgesprächs von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und den Verbänden der Kinder- und Jugendmedizin, den Vertragspartnern auf Bundesebene und Vertretungen der Regierungsfractionen im Deutschen Bundestag wurde die Notwendigkeit einer umfassenderen Regelung erkannt. Die hierzu erforderlichen Beratungen im G-BA wurden auf Antrag der Vertragsparteien auf Bundesebene aufgenommen. Mit einer entsprechenden Beschlussfassung des G-BA als Voraus-

setzung für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen ist noch in diesem Jahr zu rechnen. Dem Anliegen einer Einbeziehung der Kinderkrankenhäuser und der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in die Regelungen zum Sicherstellungszuschlag wird damit Rechnung getragen.

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?

Der von der Gesellschaft für Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD) seinerzeit vorgeschlagene „Versorgungszuschlag Kindergesundheit“ wurde mit Blick auf den hohen Differenzierungsgrad des pauschalierenden Entgeltsystems und der zusätzlichen Abrechnungsmöglichkeiten für stationäre Leistungen von Kindern und Jugendlichen nicht als sachgerechter Vorschlag zur finanziellen Sicherung der Kinderkrankenhäuser und der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bewertet. Ein solcher Zuschlag hätte mangels eines klaren Leistungsbezugs eine Abkehr von einem auf empirischen Kosten- und Leistungsdaten basierenden Entgeltsystem bedeutet und wurde daher seinerzeit nicht weiter verfolgt. Stattdessen wurden im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) vom 10. Dezember 2015 Zuschläge mit klarem Leistungsbezug (z. B. für die Notfallversorgung oder für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten) und andere Instrumente der Krankenhausfinanzierung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung weiterentwickelt. Von den beispielhaft erwähnten Zuschlägen, die sich in der Umsetzung befinden, profitieren auch Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin.

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?

Die Fragen 12 bis 14 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Als chronische Krankheiten werden lang andauernde Erkrankungen bezeichnet, die nicht vollständig geheilt werden können und eine andauernde oder wiederkehrend erhöhte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen erforderlich machen. Auch gibt es verschiedene Definitionen von „chronisch kranken Kindern“ und entsprechend unterschiedliche Angaben zum Anteil dieser Gruppe. Eine Auswertung von insgesamt 15 als chronisch geltenden Erkrankungen und Gesundheitsstörungen von Kindern zwischen 0 und 17 Jahren aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Basiserhebung 2003 bis 2006) ergab eine Prävalenz von insgesamt 32 Prozent, bei

Hinzunahme von angeborenen Fehlbildungen und amtlich anerkannten Behinderungen von 39 %. Bei dieser Art der Erfassung von chronischer Krankheit im Kindesalter wurden schwerwiegende Erkrankungen wie Diabetes Typ I, aber auch solche, die sehr leichte Verlaufsformen haben können oder nur temporäre Beschwerden verursachen, wie etwa Heuschnupfen oder allergisches Kontaktekzem gleichermaßen gezählt. Nur etwa ein Viertel dieser Kinder hatte nach den Ergebnissen des Elternfragebogens einen speziellen Versorgungsbedarf. Nähere Daten zur stationären Versorgung aufgrund einer chronischen Erkrankung werden in der Krankenhausdiagnosestatistik nicht erfasst.

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?

In den amtlichen Statistiken werden entsprechende Angaben nicht erfasst.

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?

Bei der Ermittlung der Zahl der Behandlungsfälle in den amtlichen Statistiken werden Herkunftsmerkmale nicht erfasst.

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?

Der Anteil von Kindern, die in Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin behandelt wurden und die untere Grenzverweildauer unterschritten haben, lag im Jahr 2018 nach Berechnungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bei 24,3 Prozent, der Vergleichswert für Erwachsene und Jugendliche, die in anderen Fachabteilungen behandelt wurden und zum Zeitpunkt der Aufnahme zur stationären Behandlung mindestens 16 Jahre alt waren, lag bei 18,9 Prozent. Die Altersgrenze von 16 Jahren ist sachgerecht, weil sie im Rahmen der Kalkulation der Fallpauschalen zu den Faktoren zählt, die häufig zur gesonderten Berechnung einer Fallpauschale oder eines Zusatzentgelts für Kinder führen (sog. Kostentrenner).

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?

Die Fallpauschalen und Zusatzentgelte für die stationäre Kinderheilkunde umfassen derzeit im Entgeltsystem 313 reine Kinder-DRGs und Kindersplits. Die Entgelte wurden auf empirischen Kosten- und Leistungsdaten der an der Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser kalkuliert. Die empirische Datengrundlage gewährleistet, dass ein erhöhter Versorgungs- und Betreuungsaufwand, der etwa durch die Notwendigkeit einer längeren Behandlungsdauer entsteht, bereits in den Entgelten berücksichtigt ist. Insofern werden auch höhere Personalkosten, z. B. durch erhöhten Zeitaufwand bei Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen, bei der Kalkulation mit berücksichtigt. Im Bereich der Pflege für

die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen werden seit dem Jahr 2020 die im einzelnen Krankenhaus anfallenden Pflegekosten vergütet.

Zusätzlich werden alle Fallpauschalen jährlich daraufhin überprüft, ob die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit höheren Kosten und kürzeren Verweildauern einhergeht. Ist dies der Fall, werden gesonderte Entgelte für Kinder und Jugendliche ausgewiesen, während von einer spezifischen Abbildung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Entgeltsystem abgesehen wird, wenn diese zu einer im Vergleich zu erwachsenden Patientinnen und Patienten geringeren Vergütung führen würde. Über die Jahre haben die reinen Kinder-DRGs und Kindersplits kontinuierlich von 166 für das Jahr 2008 auf 313 für das Jahr 2020 zugenommen.

Zusätzlich wird auf die Antwort zu Frage 48 verwiesen.

19. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass die mitunter „erheblichen Erlösunterschiede innerhalb der Pädiatrie“ einerseits zu „Überversorgung, 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/Paediatric-Gefahren-zwischen-Ethik-und-Oekonomie>) führen?

Falls ja, wie wird die Bundesregierung diesem Umstand entgegenwirken?

Falls nein, warum nicht?

Sowohl die stationären Leistungen der Neonatologie, die häufig in Level-1-Perinatalzentren erbracht werden und der hochspezialisierten Medizin zuzuordnen sind, wie auch die stationären Leistungen für chronisch und schwer kranke Kinder in anderen medizinischen Fachbereichen werden im Rahmen des pauschalierenden Entgeltsystems auf der Grundlage empirischer Kosten- und Leistungsdaten von Krankenhäusern kalkuliert, die an der Versorgung teilnehmen. Hohen Bewertungsrelationen liegen hierbei auch ein höherer Aufwand und höhere Kosten zugrunde und führen nicht unabdingbar zu höheren Gewinnen für die Krankenhäuser.

Die Entscheidung über die Notwendigkeit zur Erbringung einer medizinischen Leistung liegt bei den im Krankenhaus beschäftigten Ärztinnen und Ärzten, welche diese in Abstimmung und nach Zustimmung von Eltern und Kindern vornehmen. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sieht umfassende Leistungsansprüche für alle Arten von Erkrankungen und für alle Versicherten vor. Hierbei erfolgen weder Priorisierungen noch Ausschlüsse von Leistungen oder ein Gegeneinander-Aufwiegen der Leistungen unterschiedlicher Fachgebiete.

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/Paediatric-Gefahren-zwischen-Ethik-und-Oekonomie>)?

Der Bundesregierung sind entsprechende Presseberichte bekannt. Sofern Spenden und Drittmittel in der stationären Versorgung etwa beim Übergang von innovativen Therapien aus der Forschungsphase in die Regelversorgung eine Rolle gespielt haben, wurde seitens der Selbstverwaltungspartner dafür Sorge getragen, dass die Kosten in die Kalkulation der Fallpauschalen eingeflossen sind.

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?

Es wird auf die Antwort zu Frage 20 verwiesen.

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/Paediatric-Gefangen-zwischen-Ethik-und-Oekonomie>)?

Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung hieraus?

Die in der Fragestellung angesprochene Problematik einer nicht sachgerechten Querfinanzierung der medizinischen Versorgung durch Forschungsmittel und umgekehrt einer Querfinanzierung von Forschung und Lehre durch Mittel, die für die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten vorgesehen sind, wird seit Jahrzehnten für alle medizinischen Fachbereiche immer wieder in den Raum gestellt, ohne dass entsprechende Nachweise erbracht wurden. Tatsache ist, dass die von den Ländern bereitzustellenden Mittel für Forschung und Lehre im Verhältnis zu den Mitteln für die medizinische Versorgung, die überwiegend von den gesetzlichen und den privaten Krankenversicherungen getragen werden, in den letzten Jahren kontinuierlich zurück gegangen sind, während gleichzeitig der Anteil der Mittel für die Krankenversorgung kontinuierlich gestiegen ist.

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?

Im Gutachten des Sachverständigenrates aus dem Jahr 2018 „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ ist eine ausdrückliche Empfehlung zur gesonderten Neugestaltung der Krankenhausfinanzierung für die Kinder- und Jugendmedizin nicht enthalten. Sofern die Fragestellung auf die allgemeine Aussage des Sachverständigenrates Gesundheit Bezug nimmt, wonach ein wichtiger Baustein zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung eine Stärkung pauschaler Vergütungselemente durch gezielte Berücksichtigung der Besonderheiten in der Versorgungslandschaft wäre, so ist dies aus Sicht der Bundesregierung ein interessanter Ansatz, der im Zuge künftiger Reforminitiativen geprüft wird.

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?

Die Fragen 24 bis 24c werden gemeinsam beantwortet.

Zu den Kosten für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre seit 1991 können nach Angaben des Statistischen Bundesamtes keine Aussagen

gemacht werden, da die Kosten der Krankenhäuser nicht einzelnen Fachabteilungen zugeordnet werden.

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?

Aufgrund von Datenanalysen des InEK ist grundsätzlich feststellbar, dass die Pflegepersonalkosten einen wichtigen Kostenbestandteil bei der Versorgung von Kindern darstellen. Insofern könnten die Kinderfachabteilungen und Kinderkrankenhäuser stark durch die Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System seit dem 1. Januar 2020 profitieren.

Betrachtet man die Personalkosten, die zusätzlich zu den im Pflegebudget ausgliederten Pflegepersonalkosten zum Beispiel für den ärztlichen Dienst, den medizinisch-technischen Dienst und den Funktionsdienst entstehen, so liegt deren durchschnittlicher Anteil für die Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin im Datenjahr 2018 bei 44,0 Prozent. Der entsprechende Vergleichswert für Erwachsene liegt bei 40,1 Prozent. Diese Personalkostenanteile werden auch weiterhin differenziert innerhalb des pauschalierenden Entgeltsystems abgebildet.

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?

Mit der vollständigen Finanzierung der Pflegepersonalstellen in Krankenhäusern können insbesondere pflegeintensive Fachbereiche – zu denen in besonderer Weise auch die Kinder- und Jugendmedizin zählt – finanziell und qualitativ unterstützt werden. Der vorläufige Pflegeentgeltwert sichert die Liquidität der Krankenhäuser bei der Deckung der Pflegepersonalkosten in der unmittelbaren Patientenversorgung und zwar auch dann, wenn noch kein krankenhausespezifisches Pflegebudget vereinbart wurde. Im Rahmen der Budgetverhandlungen ist ein krankenhausespezifischer Pflegeentgeltwert zu vereinbaren, der die Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung des einzelnen Krankenhauses deckt.

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?

Im Rahmen der dualistischen Krankenhausfinanzierung ist es Aufgabe der Länder, die erforderlichen Investitionsmittel für die Modernisierung der pädiatrischen Abteilungen und Kinderkrankenhäuser im Hinblick auf technische Ausstattung und Digitalisierung zur Verfügung zu stellen. Welcher Anteil der Investitionsmittel auf pädiatrische Abteilungen und Kinderkrankenhäuser entfällt, entscheidet jedes Land autonom. Gleiches gilt für die Ermittlung der Investitionsbedarfe für Kinderkliniken und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf das vom Koalitionsausschuss am 3. Juni 2020 beschlossene Zukunftsprogramm Krankenhäuser, in dessen Rahmen Bundesmittel zur Förderung von Vorhaben unter anderem zur Verbesserung der digitalen Infrastruktur der Krankenhäuser und zur Entwicklung und Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen bereitgestellt werden. Die Mittel des Programms sollen auch für entsprechende Maßnahmen in Kinderkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin verwendet werden können. Welche konkreten Vorhaben bei welchen Krankenhäusern gefördert werden, sollen die einzelnen Länder entscheiden.

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)?

Der Bundesregierung sind keine amtlichen Zahlen über fehlende Fachkräfte in der Kinderkrankenpflege bekannt.

29. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl der Kinderkrankenpflegekräfte mit dreijähriger Ausbildung im Krankenhaus seit 1991 entwickelt (bitte in Vollzeitäquivalenten angeben)?

Die Entwicklung der Zahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und -pflegerinnen seit 1991 kann der beigefügten Tabelle entnommen werden. Die Anzahl der Beschäftigten in der Kinderkrankenpflege wird nach Aussagen des Statistischen Bundesamtes nicht als Vollzeitäquivalent erhoben.

Jahr	Anzahl
2017	37 694
2016	37 746
2015	37 312
2014	37 504
2013	37 282
2012	37 304
2011	36 900
2010	37 471
2009	37 557
2008	37 615
2007	37 789
2006	38 078
2005	38 446
2004	38 949
2003	39 875
2002	40 650
2001	40 502
2000	40 150
1999	40 514
1998	40 975
1997	41 110
1996	41 845
1995	41 006
1994	40 681

Jahr	Anzahl
1993	39 726
1992	39 316
1991	39 667

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)?

Das Statistische Bundesamt erhebt die Anzahl der Kinderkrankenpflegekräfte mit Weiterbildung zur Intensivpflegefachkraft nicht gesondert.

31. Gibt es eine Einschätzung der Bundesregierung bezüglich der Auswirkungen der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung auf die Anzahl und das Qualifikationsniveau der künftigen Kinderkrankenpflegekräfte?

Hinsichtlich der neuen Pflegeberufausbildung wird zunächst auf die Antwort zu Frage 47 verwiesen. Es wird auch zukünftig eine qualitativ hochwertige und den Bedarfen von Kindern und Jugendlichen angemessene Pflegeausbildung angeboten. Die im August 2019 veröffentlichten Rahmenlehrpläne der Fachkommission nach dem Pflegeberufgesetz (PflBG) sehen für die Generalistik zudem eine eigenständige „Curriculare Einheit“ für die pflegerische Versorgung von Säuglingen, Kindern, Jugendlichen sowie deren Bezugspersonen vor. Für die praktische Ausbildung ist ein Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung vorgegeben, weitere praktische Einsätze können auf die pädiatrische Versorgung ausgerichtet werden.

32. Wie wird die Bundesregierung dafür sorgen, dass die Pflegeschulen, die bisher die Kinderkrankenpflegeausbildung angeboten haben, das im neuen Pflegeberufgesetz verankerte Wahlrecht, sich nach zwei Jahren gemeinsamer Ausbildung für die Spezialisierung Gesundheits- und Kinderkrankenpflege entscheiden zu können, aktiv anbieten?

Mit der Pflegeberufereform, insbesondere mit Teil 5 des PflBG, wurden bundesrechtlich die Voraussetzungen geschaffen, dass Auszubildende an Stelle des Abschlusses „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“ auch einen gesonderten Abschluss als „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin“ oder „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ erwerben können. Diesbezüglich enthalten die §§ 59 und 60 PflBG Regelungen zum Wahlrecht. Ist im Ausbildungsvertrag ein Vertiefungseinsatz im speziellen Bereich der pädiatrischen Versorgung vereinbart, kann die oder der Auszubildende für das letzte Ausbildungsdrittel entscheiden, statt die generalistische Ausbildung fortzusetzen, den gesonderten Abschluss in der Kinderkrankenpflege anzustreben. Der Träger der praktischen Ausbildung stellt nach Ausübung des Wahlrechts die Durchführung der gewählten Ausbildung selbst oder über Kooperationsverträge mit anderen Einrichtungen und Pflegeschulen sicher. Die konkrete Umsetzung erfolgt vor Ort.

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?

Mit der in Anlage 7 der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung enthaltenen Möglichkeit, den Stundenumfang des Pflichteinsatzes in der pädiatrischen Versorgung nach § 7 Absatz 2 PflBG für einen Übergangszeitraum zu flexibilisieren, wird den ausbildenden Einrichtungen ausreichend Zeit gegeben, die erforderlichen Ausbildungsstrukturen zu schaffen. Die Geeignetheit der ausbildenden Einrichtungen bestimmt sich gemäß § 7 Absatz 5 PflBG nach den jeweiligen landesrechtlichen Regelungen. Die Gesetzesbegründung zum PflBG (Bundestagsdrucksache 18/7823) nennt als mögliche Einsatzstellen neben Krankenhäusern und ambulanten Diensten beispielhaft auch Kinderarztpraxen als andere geeignete Einrichtungen.

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?

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurden zahlreiche Maßnahmen auf den Weg gebracht, damit mehr Pflegekräfte, u. a. auch bei der Versorgung von Kindern in Krankenhäusern, eingestellt werden können. Unter anderem wurde sichergestellt, dass jede neue oder aufgestockte Pflegestelle einschließlich von Tarifkostensteigerungen vollständig finanziert wird. Zudem stellen die Regelungen des PpSG zur Förderung von Maßnahmen für eine bessere Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf und die umfassende Refinanzierung der Ausbildungsvergütungen in der Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege und der Krankenpflegehilfe weitere Maßnahmen dar, die sich positiv auf die Personalsituation der Krankenhäuser auswirken.

Seit dem Jahr 2020 sind die Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen ausgegliedert. Kosten für die unmittelbare pflegerische Versorgung am Bett werden dem einzelnen Krankenhaus damit vollständig erstattet. Anreize, auf Kosten der Pflege zu sparen, wird mit der Einführung des Pflegebudgets die Grundlage entzogen. Die für die Pflege am Bett vorgesehenen Gelder dürfen nicht anderweitig verwendet werden.

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?

Um die Erfüllung der in der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) bestimmten Anforderungen an die pflegerische Versorgung überprüfen und bewerten zu können, hat der G-BA ein Verfahren zur Abfrage des Umsetzungsgrads der Maßnahmen zur Qualitätssicherung für Früh- und Reifgeborene festgelegt. Dazu wurde mit § 10 QFR-RL eine standardisierte Strukturabfrage eingeführt, die Perinatalzentren (Level 1 und 2) sowie Krankenhäuser mit perinatalem Schwerpunkt verpflichtet, einmal jährlich zum 15. Januar standortbezogene Angaben zur Erfüllung der Anforderungen im vorausgegangenen Jahr zu übermitteln.

Im Jahr 2018 wurde – basierend auf den Selbstauskünften der teilnehmenden Krankenhäuser bei dieser Strukturabfrage – der in der QFR-RL normierte Pflege Schlüssel von einer Gesundheits- und Kinderpflegekraft je intensivtherapie-

pflichtigem Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g von 38,1 Prozent der Perinatalzentren Level 1 und von 95,7 Prozent der Perinatalzentren Level 2 erfüllt. Den weiterhin normierten Pflegeschlüssel von einer Gesundheits- und Kinderpflegekraft je zwei intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g haben 46,9 Prozent der Perinatalzentren Level 1 und 95,7 Prozent der Perinatalzentren Level 2 erfüllt. Die vollständigen Ergebnisse der Strukturabfrage aus dem Erfassungsjahr 2018 sind unter folgendem Link veröffentlicht: https://perinatalzentren.org/downloads/IQTIG_Strukturabfrage-QFR-RL-EJ-2018_2019-07-01.pdf. Über die Ergebnisse des Erfassungsjahrs 2018 hinaus liegen derzeit noch keine öffentlich zugänglichen bzw. erfassungsjahrbezogen abschließenden Informationen zum Umsetzungsstand der QFR-RL vor. Die Veröffentlichung dieser Ergebnisse ist für den 1. Oktober 2020 auf der Internetseite www.perinatalzentren.org vorgesehen.

Krankenhäuser, deren Perinatalzentren die Anforderungen an die pflegerische Versorgung nicht erfüllen, sind zur Durchführung eines „Klärenden Dialogs“ gemäß § 8 QFR-RL mit den auf Landesebene verantwortlichen Stellen verpflichtet und dürfen – unter der Voraussetzung der Teilnahme am Klärenden Dialog – von den pflegerischen Anforderungen bis längstens zum 31. Dezember 2021 abweichen. Ziel des Klärenden Dialogs ist die Ursachenanalyse sowie die Unterstützung einer schnellstmöglichen Erfüllung der personellen Anforderungen durch den Abschluss einer Zielvereinbarung mit dem Krankenhaus. Dabei ist auch ein koordiniertes Vorgehen zur Förderung der Ausbildung sowie der Fachweiterbildung des Pflegepersonals vorgesehen.

36. Wie wirken sich nach Ansicht der Bundesregierung die Pflegepersonalvorgaben der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene auf das Fachkräfteangebot in der Kinderkrankenpflege insgesamt aus?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine gesicherten Erkenntnisse vor. Es wird allerdings immer wieder berichtet, dass keine ausreichende Anzahl qualifizierter Pflegekräfte zur Verfügung stünden, sodass nicht alle Stellen zur Versorgung in den Krankenhäusern u. a. auf den Kinderintensivstationen besetzt werden könnten. Zudem komme es zu einem Abwerben geeigneter Pflegekräfte zwischen den einschlägigen Stationen bzw. Einrichtungen.

Vor diesem Hintergrund besitzt die verstärkte Aus- und Weiterbildung des entsprechenden Pflegepersonals hohe Priorität, denn die Pflegepersonalvorgaben der QFR-RL sind schon geraume Zeit festgelegt. So hat der G-BA bereits 2008 beschlossen, dass die Versorgung in den Perinatalzentren Level 1 und 2 durch 40 Prozent bzw. 30 Prozent fachweitergebildete Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte zu erfolgen hat. Lediglich vorübergehend sollte ersatzweise erfahrenes Personal eingesetzt werden können. Im Jahr 2013 wurden die Pflegepersonalschlüssel beschlossen, nach denen im neonatologischen Intensivüberwachungsbereich ab dem 1. Januar 2017 je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen bzw. je zwei intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen jederzeit mindestens eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft verfügbar sein muss.

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?

Die Fragen 37 und 38 werden wegen des sachlichen Zusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Wartezeiten in der ambulanten und stationären Versorgung werden in den amtlichen Statistiken nicht erfasst. Für die Sicherstellung bedarfsgerechter stationärer Versorgungskapazitäten sind die Länder zuständig.

39. Besteht nach Kenntnis der Bundesregierung für Eltern-Kind-Behandlungsplätze in psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychiatrischen Einrichtungen eine kostendeckende Vergütung durch die Krankenkassen?

Das stationäre Entgeltsystem in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wird auf Basis von empirischen Kosten- und Leistungsdaten kalkuliert. Dabei gehen die den Einrichtungen entstehenden Kosten in die tagesbezogen ermittelten Bewertungsrelationen ein. Die Krankenhäuser vereinbaren mit den Kostenträgern dauerhaft krankenhausespezifische Basisentgeltwerte und es besteht die Möglichkeit, regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung krankenhausespezifisch zu berücksichtigen. Für den Fall, dass Krankenhäuser feststellen, dass bestimmte Leistungen im stationären Kontext nicht ausreichend abgebildet sind oder vergütet werden, haben sie über das Vorschlagsverfahren beim InEK die Option, Vorschläge für eine verbesserte Abbildung einzureichen. Darüber hinaus können sie an der Kalkulation des stationären Entgeltsystems in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen teilnehmen, damit die dem Krankenhaus entstehenden Kosten Eingang in den für die Abrechnung maßgeblichen Entgeltkatalog finden.

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?

Der Bundesregierung sind keine konkreten Fälle der beschriebenen Art bekannt. Im Übrigen sind für die Sicherstellung bedarfsgerechter stationärer Versorgungskapazitäten die Länder zuständig.

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?

Die in der Frage angegebene Studie wurde 2007 im Auftrag der deutschen Sektion der Marcé Gesellschaft für Peripartale Psychische Erkrankungen durchgeführt und bezieht sich nur auf psychiatrische Einrichtungen für Erwachsene.

Die Autoren weisen darauf hin, dass auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Mutter und Kind aufgenommen werden. Eine aktuelle Übersicht der Marcé Gesellschaft über „Mögliche Mutter-Kind Aufnahmestellen bei postpartalen psychischen Erkrankungen“ (<http://marce-gesellschaft.de/adressen>) weist darauf hin, dass keine Vollständigkeit der Daten garantiert werden kann. Insofern kann auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Informationen keine Aussage zur Entwicklung der tatsächlichen Versorgungssituation getroffen werden.

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)?

Wie sich aus der Antwort zu Frage 1 der Kleinen Anfrage „Notstand in Kinderkliniken“ auf Bundestagsdrucksache 19/7270 ergibt, verfügt die Bundesregierung nicht über Erkenntnisse, wie viele Betten in Kinderkliniken oder pädiatrischen Abteilungen wegen fehlenden Personals gesperrt werden mussten. Daher sind auch keine Aussagen darüber möglich, welche Rückschlüsse hieraus auf bestehende Überkapazitäten zu ziehen sind.

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?

Die Bundesregierung hat keine Möglichkeit, die Ergebnisse der Umfrage und die Validität der ihr zugrunde liegenden Daten zu überprüfen.

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?

Die Fragen 44 bis 44c werden gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung hat keine Kenntnis über die Anzahl an Kindern und Jugendlichen, die in den letzten fünf Jahren von Kliniken abgewiesen wurden. Es ist Aufgabe der Länder, im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags für die stationäre Versorgung zu prüfen, ob eine ausreichende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit stationären Versorgungskapazitäten gewährleistet ist. Aus der in der Vorbemerkung der Bundesregierung erwähnten Länderabfrage gehen ebenfalls keine Hinweise zu Abweisungen von Kindern und Jugendlichen durch Kliniken hervor. Auch bei guten strukturellen Voraussetzungen sind Engpässe in Einzelfällen zwar nicht auszuschließen. Jedoch hat die Bundesregierung in den letzten Jahren zahlreiche Maßnahmen beschlossen, um die Perso-

nalsituation zu verbessern und wird auch weiterhin beobachten, wie diese Maßnahmen wirken.

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?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor. Auf die Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausplanung wird verwiesen.

46. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die Situation in den Kinderkrankenhäusern zu verbessern und um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen?

Die Bundesregierung geht auf Basis verfügbarer Daten davon aus, dass eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sichergestellt ist. Dabei werden auch weiterhin kontinuierlich Verbesserungsmöglichkeiten geprüft und, wo dies sachgerecht ist, umgesetzt. Mit der zum Beginn des Jahres 2020 erfolgten Ausgliederung der Pflegepersonalkosten können in diesem Bereich die krankenhausespezifischen Kosten in der pflegeintensiven Kinder- und Jugendmedizin vereinbart werden. Zudem sind die Weichen dafür gestellt, die Kinder- und Jugendmedizin in die Regelungen zum Sicherstellungszuschlag einzubeziehen. Auch ist geplant, die in der Vorbemerkung der Bundesregierung beschriebenen Expertengespräche mit Verbänden der Kinder- und Jugendmedizin in den kommenden Monaten wieder aufzunehmen. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 27 zum Zukunftsprogramm Krankenhäuser verwiesen.

47. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, damit ausreichend Pflegekräfte gezielt für den Bereich der Kinderkrankenpflege zur Verfügung stehen?

Mit der Anfang 2020 in Kraft getretenen Pflegeberufereform wurde die Pflegeausbildung umfassend reformiert. Sie wurde durch zahlreiche Maßnahmen qualitativ verbessert und attraktiver gemacht. Die Ausbildung ist zunächst generalistisch ausgerichtet und befähigt zur Pflege von Menschen aller Altersstufen in allen Versorgungssettings. Neben dem generalistischen Abschluss „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“ können die Auszubildenden den gesonderten Abschluss „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin“ oder „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ erwerben. Die Pflegeberufereform trägt den durch die demographische und epidemiologische Entwicklung und Veränderungen in Versorgungsstrukturen gewandelten Versorgungsbedarfen umfassend Rechnung. Die Einführung der neuen Pflegeausbildung wird durch die Ausbildungsinitiative Pflege unterstützt.

Die Bundesregierung hat mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) und mit den verbindlich vereinbarten Maßnahmen der Konzierten Aktion Pflege eine Fülle von Maßnahmen auf den Weg gebracht, um die Pflege in den Krankenhäusern und damit auch in der Kinderkrankenpflege zu verbessern. Die Wirkungen dieser Maßnahmen sind zunächst zu beobachten, um zu prüfen, ob und wodurch die Versorgung von Kindern und Jugendlichen weiter verbessert werden kann.

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?

Die Fragen 48 bis 48b werden gemeinsam beantwortet.

Die jährliche Kalkulation der Fallpauschalen basiert auf empirischen Ist-Kosten- und Leistungsdaten von an der Versorgung teilnehmenden Krankenhäusern, einschließlich der Daten von Kinderkliniken und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin. Insofern werden der Kalkulation die tatsächlichen Behandlungskosten zugrunde gelegt und dementsprechend auch die erhöhten Personalkosten bei Kindern als Grundlage für die Fallpauschalen berücksichtigt. Dementsprechend gehen in die Kalkulation der Fallpauschalen auch höhere Vorhaltekosten aufgrund einer geringeren Auslastung von Fachabteilungen für Kinderheilkunde ein.

Wie in den Vorjahren wurden auch für die Kalkulation des Fallpauschalensystems des Jahres 2020 durchgängig bestehende und neue Altersplits dahingehend überprüft, ob eine sachgerechte Abbildung von Fällen im Kindesalter gewährleistet ist. Zusätzlich wurden die Altersplits mit und ohne Kombination mit anderen, die Versorgung von Kindern und Jugendlichen charakterisierenden Faktoren geprüft. Dabei bezieht das InEK in die Prüfung die Vorschläge aus dem jährlichen Vorschlagsverfahren für die Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems ein. Das Vorschlagsverfahren steht allen Beteiligten offen. Im Ergebnis hat die Ausdifferenzierung der Vergütungen von stationären Leistungen für Kinder und Jugendliche mit 313 reinen Kinder-DRGs und sogenannten „Kindersplits“ für das Jahr 2020 inzwischen einen Grad erreicht, der dem Grunde nach einem gesonderten Vergütungssystem für stationäre Leistungen von Kindern entspricht. Mit Kindersplits wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Fälle im Kindesalter eine kürzere Verweildauer bei meist höheren Pflegekosten pro Tag aufweisen. Allein für das Jahr 2020 wurden insgesamt 25 neue Splits mit Bezug zum Kindesalter eingeführt, die erhöhte Behandlungskosten für Kinder berücksichtigen.

Im Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen anfallende Pflegekosten werden seit dem Jahr 2020 dem Krankenhaus vollständig vergütet, was sich bei hohem Pflegeaufwand in der Kinder- und Jugendmedizin für einzelne Krankenhäuser günstig auswirken kann. Um auch den höheren Behandlungskosten für besonders komplexe Fälle mit sehr langen Verweildauern Rechnung zu tragen, werden „Langlieger“-Zuschläge 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. Damit wird eine systematische Benachteiligung der Kinder aufgrund ihres niedrigeren Körpergewichts und der resultierenden typischen Dosen vermieden.

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?
- b) Gedenkt die Bundesregierung, diese Vorschläge umzusetzen, und wenn ja, wann?

Die Fragen 49a und 49b werden gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung begrüßt die von GKV-SV, DKG, DGKJ und GKinD vorgeschlagene Einbeziehung der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin in die Regelungen zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen. Die Vereinbarung von Entgelten für teilstationäre Leistungen ist bereits aktuell Krankenhausindividuell möglich. Der Vorschlag, systematische Leistungsbeschreibungen für teilstationäre Leistungen zu entwickeln, wird derzeit im Rahmen der hierfür vorgesehenen Verfahren ergebnisoffen geprüft.

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_RefEntwurf_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?

Die Öffnung von Krankenhäusern, insbesondere auch die Öffnung von Kinderkliniken für ambulante Behandlungen ist im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) vom 16. Juli 2015 eingehend diskutiert worden. Für den in der Frage angesprochenen Fall, dass Versorgungsmängel in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung bestehen, sieht das geltende Recht in § 116 SGB V bereits die Möglichkeit vor, Ärztinnen und Ärzte u. a. in Krankenhäusern zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Ist eine ausreichende Versorgung ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse der hierfür geeigneten Ärztinnen und Ärzten in den Krankenhäusern nicht sichergestellt, besteht eine Verpflichtung für den Zulassungsausschuss, die Ermächtigung zu erteilen. Die hierzu von der DGKJ gemeinsam mit GKinD gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit vorgetragenen Umsetzungsprobleme werden im Rahmen des geplanten Fachgespräches des Bundesministeriums für Gesundheit auch unter Einbeziehung der Länder zu erörtern sein. Nach den hier vorliegenden Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu den von Kinderärztinnen und -ärzten bei den Zulassungsausschüssen gestellten Anträgen auf Ermächtigung im Jahr 2019 wurden über 96 Prozent der Anträge positiv beschieden.

51. Beabsichtigt die Bundesregierung zu veranlassen, dass Sicherstellungszuschläge, die an ein Krankenhaus gezahlt werden, wenn eine Abteilung defizitär ist, dann auch dieser Abteilung zugutekommen?

Die Bewirtschaftung von Mitteln innerhalb der Krankenhäuser liegt in der Verantwortung der Krankenhausträger. Weder Bund noch Länder haben hier Eingriffs- oder Weisungsrechte. Sofern gemäß den Vorgaben für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags entsprechend ein Krankenhaus aufgrund

geringer Fallzahlen in ein Defizit gerät, weil es mit den pauschalierenden Entgelten nicht auskömmlich wirtschaften kann, und dieses Defizit in der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin entsteht, ist davon auszugehen, dass die Mittel auch zum Ausgleich des Defizits in dieser Fachabteilung verwendet werden. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass Krankenhäuser, die kein Defizit aufweisen, jedoch die sonstigen Voraussetzungen für einen Sicherstellungszuschlag gemäß den hierzu geltenden Beschlüssen des G-BA erfüllen, in die Liste der Krankenhäuser aufgenommen werden können, die von der pauschalen Förderung für ländliche Krankenhäuser in Höhe von 400.000 Euro jährlich profitieren.

52. Beabsichtigt die Bundesregierung zu veranlassen, dass Sicherstellungszuschläge für eine defizitäre Abteilung auskömmlich ausgestaltet und an Strukturqualitätsvorgaben gekoppelt werden?

Die hierzu geltenden gesetzlichen Regelungen sehen vor, dass die Höhe des Sicherstellungszuschlags von den Vertragsparteien vor Ort verhandelt wird. Dabei bemisst sich die krankenhausesindividuell zu vereinbarende Höhe des Zuschlags gemäß der Begründung im Kabinetentwurf des Krankenhausstrukturgesetzes (Bundestagsdrucksache 18/5372, S. 63) nach dem Bedarf für eine kostendeckende Finanzierung der Fachabteilungen oder Leistungseinheiten, die zur Sicherstellung der notwendigen Versorgung erforderlich sind. Strukturvorgaben für förderungsfähige Krankenhäuser sind in den hierzu gefassten Beschlüssen des G-BA enthalten.

