

Antrag

der Abgeordneten Johannes Wagner, Dr. Janosch Dahmen, Simone Fischer, Dr. Armin Grau, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Misbah Khan, Denise Loop, Dr. Paula Piechotta, Linda Heitmann, Nyke Slawik und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Kindergesundheit stärken – Versorgung umfassend verbessern und nachhaltig finanzieren

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Kinderrechtskonvention spricht allen Kindern das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit zu.¹ Dazu zählt auch der Zugang zu Gesundheitsdiensten. Gesundes Aufwachsen ist damit ein Kinderrecht, dem die Bundesrepublik Deutschland verpflichtet ist.

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist außerdem das Fundament für eine starke, zukunftsfähige Gesellschaft. Wer heute in die Kindergesundheit investiert, legt den Grundstein für das Wohlergehen und die Leistungsfähigkeit kommender Generationen. Dennoch wird die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland aktuell nicht ausreichend von der Bundesregierung priorisiert.

Die Herausforderungen sind vielfältig: Strukturelle Defizite, Personalmangel, wirtschaftliche Fehlanreize und zunehmende Lieferengpässe bei wichtigen Medikamenten gefährden die Qualität und Verlässlichkeit der Versorgung. Besonders alarmierend ist, dass spezialisierte stationäre Angebote für Kinder und Jugendliche nicht ausgebaut, sondern vielmehr ausgedünnt werden sollen. Dabei wurden in der stationären Kindermedizin in den letzten Jahren bereits vermehrt Kapazitäten abgebaut.² Anders als in anderen Bereichen der Kliniklandschaft ist der Konzentrationsprozess in der Pädiatrie bereits abgeschlossen.

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Sie benötigen eine auf ihre besonderen körperlichen, seelischen und sozialen Bedürfnisse zugeschnittene medizinische Versorgung. Deswegen hatte der 20. Bundestag im Rahmen der Krankenhausreform die Kindergesundheit in den Fokus genommen und mehrere Leistungsgruppen für die Kindermedizin definiert. So wird eine qualitativ hochwertige Versorgung gesichert. Diese Erfolge müssen wir stärken, anstatt sie zurückzudrehen.

Die aktuellen Entwicklungen zeigen, dass dringender Handlungsbedarf besteht: Neben der drohenden Ausdünnung der stationären Versorgung von Kindern und Lieferengpässen bei Kindermedikamenten, müssen auch die Bedarfsplanung von

¹ UN-Kinderrechtskonvention, Artikel 24 und EACH Charta.

² https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/10/PD23_N056_231.html

auf Kinder spezialisierte Psychotherapeut*innen, die nachhaltige Aufstellung der Frühen Hilfen, die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Sozialpädiatrischen Zentren sowie in Integrierten Notfallzentren und die Fachkräftesituation der Kinderkrankenpflege in den Blick genommen werden. Gleichzeitig werden Haushaltsmittel in relevanten Bereichen gekürzt. So wurde im Haushalt 2026 das Budget für das Programm „Mental Health Coaches“ reduziert. Es darf nicht sein, dass Kinder und Jugendliche aufgrund von Sparmaßnahmen, bürokratischen Hürden oder unklarer Zuständigkeiten schlechter versorgt werden als Erwachsene.

Wir fordern daher, die Kindergesundheit endlich in den Mittelpunkt der Gesundheitspolitik zu rücken und die notwendigen strukturellen, finanziellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit alle Kinder und Jugendlichen in Deutschland die bestmögliche medizinische Versorgung erhalten – unabhängig von Herkunft, Wohnort oder sozialem Status. Nur so können wir sicherstellen, dass jedes Kind die Chance auf ein gesundes Aufwachsen und eine selbstbestimmte Zukunft hat.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu sichern und hierfür die Leistungsgruppen 16 „Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie“ und 47 „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ zu erhalten sowie das InEK zu beauftragen, den bereits erstellten Leistungsgruppen-Grupper anzupassen, sodass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen entweder über das Alter oder über einen Fachabteilungsschlüssel als Fälle in diesen spezialisierten Leistungsgruppen abgebildet werden;
2. dafür zu sorgen, dass Kinder und Jugendliche nicht länger als nötig in Krankenhäusern bleiben müssen, indem sie die Abschaffung der Abschlüsse für das Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer nicht verzögert;
3. klarzustellen, dass auch das Vorhandensein einer selbstständigen kinderchirurgischen Fachabteilung, die entsprechende Klinik zur Einrichtung einer pädiatrischen Institutsambulanz berechtigt;
4. Hybrid-DRG auch für Leistungen für Kinder und Jugendliche sowie Menschen mit Behinderungen zu ermöglichen;
5. die Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen flächendeckend sicherzustellen, indem sie die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) in der Notfallreform berücksichtigt und an den Standorten, an denen ein Integriertes Notfallzentrum (INZ) aber kein KINZ vorhanden ist, eine telemedizinische Zusammenarbeit sicherstellt;
6. die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) zu sichern, indem die Kostenzuständigkeit im SGB V für die nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen analog zur ambulanten psychiatrischen Behandlung klar festgelegt wird, die Zulassungszeiträume regelhaft auf 10 Jahre ausgeweitet, sowie SPZ-Zweigstellen und eine aufsuchende Behandlung ermöglicht werden;
7. zu prüfen, inwiefern eine Bund-Länder Arbeitsgruppe zur Entwicklung einer bundeseinheitlichen Fachweiterbildung zur Kinderpflegefachperson gemeinsam mit Pflegeberufsverbänden eingesetzt werden kann;

8. bei der Einführung des geplanten Pflege- und Gesundheitsexperten-Einführungsgesetzes neben dem Community Health Nursing, das Pediatric Nursing und das School Nursing als eine Ausprägung des Advanced Practice Nursing zu implementieren;
9. die vorhandenen Modellprojekte der Länder zu School Nursing in eine bundeseinheitliche Regelversorgung zu überführen und Empfehlungen einer länderübergreifenden Finanzierung unter Einbeziehung der Länder, Kommunalvertretungen und möglicher Kostenträger (Kranken- und Unfallkassen, Öffentlichen Gesundheitsdienst) zu erarbeiten;
10. die Unterstützung von jungen Familien zu sichern, indem sie den Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom 11.07.2025 zur Unterstützung der Frühen Hilfen prüft und deren Angebote bundesweit auf einem bedarfsgerechten Niveau sicherstellt;
11. das Programm „Mental Health Coaches“ über das Haushaltsjahr 2025 hinaus fortzuführen sowie die Förderung des Projekts „Mental Health First Aid“ (MHFA) aufzunehmen und des Projekts „Zukunftspaket für Bewegung, Kultur und Gesundheit“ wieder aufzunehmen und die Mittel für die Projekte in den kommenden Haushaltsjahren deutlich zu erhöhen;
12. einen gesetzlichen Auftrag für eine separate Bedarfsplanung von Psychotherapeut*innen sowie Ärzt*innen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, an den G-BA zu stellen;
13. mehr Sichtbarkeit und Entstigmatisierung für die bei Kindern und Jugendlichen weit verbreiteten Krankheitsbilder wie z.B. Depression, Angststörung oder Anorexia nervosa zu schaffen;
14. Lieferengpässe von Kindermedikamenten, insbesondere von Antibiotika-Säften für Kinder, zu beseitigen;
15. Eltern dauerhaft 15, bzw. Alleinerziehenden 30, Kinderkrankentage zu gewähren;
16. die Förderung der kinder- und jugendärztlichen Weiterbildung derjenigen der allgemeinärztlichen Weiterbildung in §75a SGB V rechtlich gleichzustellen und die Anzahl der zu fördernden pädiatrischen Weiterbildungsstellen auf 750 zu erhöhen;
17. die Landesregierungen aufzufordern, im Rahmen ihrer Rechtsaufsicht über die kassenärztlichen Vereinigungen zu prüfen, ob der Sicherstellungsauftrag in Bezug auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ambulanten HNO-Operationen erfüllt wird.

Berlin, den 11. November 2025

Katharina Dröge, Britta Haßelmann und Fraktion

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung

Zu 1.

Die Leistungsgruppen werden in den kommenden Jahren eine entscheidende Rolle bei der Krankenhausplanung und -finanzierung spielen. Die Kinder- und Jugendmedizin muss dabei ebenso differenziert betrachtet werden wie die Erwachsenenmedizin. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) hat acht pädiatrische Leistungsgruppen definiert, von denen im Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) nun zwei, nämlich die LG 16 „Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie“ und LG 47 „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“, wieder gestrichen werden sollen. Begründet wird diese Streichung damit, dass nach dem Leistungsgruppen-Grouper des InEK diesen Leistungsgruppen keine Fälle zugeordnet wurden. Die Nicht-Berücksichtigung dieser Leistungsgruppen hat gravierende Folgen für die Krankenhausplanung der Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin. Wenn sie nicht definiert sind, werden Spezialgebiete wie u.a. die Kinderpneumologie, Kinderkardiologie oder Kinder-Rheumatologie oder auch die spezielle Neugeborenenchirurgie in der Landeskrankenhausplanung keine Rolle spielen können. Der Leistungsgruppen-Grouper muss entsprechend angepasst werden, sodass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen auch in den entsprechenden Leistungsgruppen abgebildet werden.

Die Streichung der Leistungsgruppen könnte außerdem dazu führen, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen durch Ärzt*innen behandelt werden, die in dem geforderten Gebiet weniger spezialisierte Kenntnisse haben, weil sie aus einem anderen Fachgebiet kommen oder vornehmlich Erwachsene behandeln.³Zu 2.

Das KHVVG hat vorgesehen, die Abschläge von den Fallpauschalen bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer bei Kindern und Jugendlichen ab dem Jahr 2027 abzuschaffen. Das KHAG soll diese Abschaffung nun um ein Jahr verzögern. Kinder und Jugendliche können aus medizinischer Sicht häufig früher aus dem Krankenhaus entlassen werden. Eine Genesung zu Hause unter Aufsicht und Pflege der Eltern ist in vielen Fällen förderlich. Es sollten nicht länger Anreize dafür geschaffen werden, Kinder und Jugendliche allein aus wirtschaftlichen Gründen länger im Krankenhaus zu behalten.

Zu 3.

Nach § 118b SGB V sind pädiatrische Krankenhäuser und Krankenhäuser mit selbständigen pädiatrischen Fachabteilungen zur ambulanten kinder- und jugendärztlichen Behandlung von versicherten Kindern und Jugendlichen, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen, ermächtigt. Hier sollte die Kinderchirurgie gesondert ausgewiesen werden.

Zu 4.

Nach § 115f Absatz 2 Satz 5 SGB V sollen Leistungen für Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und Leistungen für Menschen mit Behinderungen nicht für den Leistungskatalog der Hybrid-DRG ausgewählt werden. Dies ist nicht sachgerecht und sollte angepasst werden, da gerade Kinder und Menschen mit Behinderungen besonders davon profitieren, wenn Eingriffe und Behandlungen ambulant erbracht werden und die Familien nicht durch vermeidbare Klinikaufenthalte belastet werden.

Zu 5.

Eine flächendeckende medizinische Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen ist mindestens ebenso relevant wie diejenige von Erwachsenen. Die Einrichtung von KINZ muss deswegen in der Notfallreform umgesetzt werden. Falls die Kapazitäten der Kinder- und Jugendärzt*innen vor Ort nicht ausreicht, um ein eigenes KINZ einzurichten, muss eine telemedizinische Anbindung erfolgen, um die Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen sicherzustellen.

³ Stellungnahme des Kompetenzzentrums Jugend-Check zum Entwurf des KHAG

Zu 6.

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) diagnostizieren und behandeln Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen, chronischen Krankheiten und Behinderungen. Dabei handeln sie interdisziplinär. Der Bedarf an diesen Leistungen ist seit der Pandemie gestiegen, da Entwicklungsverzögerungen bei Kindern zugenommen haben. Er kann durch die aktuell bestehenden 164 SPZ, die ca. 400.000 Kinder und Jugendliche betreuen⁴, nicht gedeckt werden, was unter anderem an den steigenden Wartezeiten fest zu machen ist. Die Wartezeiten liegen regelhaft bei über 3 Monaten, in vielen Regionen bei über 12 Monaten. Auch ist eine ausreichende Erreichbarkeit von SPZ nicht in allen Regionen in Deutschland gesichert. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es beispielsweise nur drei SPZ, in Brandenburg sind es vier. Durch die Ausweitung der Zulassungszeiträume und die Zulassung von Zweigstellen, die Festlegung der Kostenzuständigkeit für nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen im SGB V analog zur ambulanten psychiatrischen Behandlung, sowie die Möglichkeit des Home Treatments als Substitut für Engpässe in der stationären Behandlung werden SPZs gestärkt und die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit besonderem Bedarf gesichert.

Zu 7.

Die Generalistik wurde am 01.01.2020 eingeführt und löst das Altenpflegegesetz und das Krankenpflegegesetz in den alten Formen ab, mit dem Ziel, die Pflegeausbildung zu modernisieren und international anschlussfähig zu machen. Die ersten Absolvent*innen der neuen Ausbildung haben im September 2023 die Ausbildung beendet. Nur wenigen Kliniken scheint es jedoch in den letzten drei Jahren gelungen zu sein, für generalistisch qualifizierte Pflegefachpersonen angepasste Einarbeitungskonzepte für spezialisierte Bereiche, wie die Kinderkrankenpflege, zu erstellen und umzusetzen.

Für die Kinderkliniken in Deutschland zeichnet sich, analog zur allgemeinen Situation der Pflege, ein existenzieller Mangel an qualifiziertem Fachpersonal in der Kinderkrankenpflege ab: So fehlten im Jahr 2020/21 allein in NRW 1.451 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen⁵, woraus sich bei entsprechender Hochrechnung für Deutschland weit mehr als 6.500 fehlende Kräfte ergeben würden. Zudem gibt es deutliche Hinweise, dass im Bereich der Neonatologie eine erhebliche Zahl an Fachkräften fehlt.⁶

Die Komplexität hinsichtlich der pflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen setzt eine Spezialisierung in der Pflege voraus und ist auch international üblich. Durch die Schaffung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zu einer bundeseinheitlichen Fachweiterbildung zur Kinderpflegefachperson wird dem Bedarf einer Spezialisierung im Bereich nachgegangen und für internationale Anschlussfähigkeit Sorge getragen.

Zu 8.

Gleiches wie bei 7. gilt für das geplante Pflege- und Gesundheitsexperten-Einführungsgesetz. Hiermit sollen die Bachelor- und Masterstudiengänge und damit verbundenen Rollen und Einsatzgebiete nach international gängigen Standards weiterentwickelt werden. Das Pediatric Nursing sollte entsprechend der Spezialisierung in der Kinderpflege als Abschluss auf Masterniveau bei der Schaffung neuer Rechtsrahmen direkt mitgedacht werden.

Zu 9.

School Nursing oder Schulgesundheitspflege ist ein international etabliertes und evaluiertes Konzept mit präventiven sowie akuten Beratungs- und Behandlungsangeboten an Schulen für Kinder, Jugendliche, Eltern und Lehrkräfte. In den meisten Bundesländern kommen School Nurses bereits im Rahmen von Pilotprojekten zum Einsatz. Angesichts steigender psychischer Belastungen bei Kindern und Jugendlichen, sowie sinkender Gesundheitskompetenz trägt die bundeseinheitliche Einführung von School Nursing zu einem nachhaltigen und multiprofessionellen Versorgungssystem bei.

Zu 10.

Frühe Hilfen sind freiwillige und kostenlose Unterstützungsangebote für Familien ab der Schwangerschaft bis zum dritten Lebensjahr des Kindes. Sie helfen insbesondere in belastenden Lebenslagen und fördern durch Beratung, Begleitung und praktische Hilfe die gesunde Entwicklung von Kindern. Indem sie Eltern stärken und

⁴ <https://www.dgspj.de/institution/sozialpaediatrische-zentren/>

⁵ Broschürenservice NRW : Default Shop - Landesberichterstattung Gesundheitsberufe 2019

⁶ Beschluss des G-BA über die Veröffentlichung der übergreifenden Berichtsteile der Berichte zum Klärenden Dialog der Lenkungsgruppen 2020 nach § 8 Absatz 11 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL

frühzeitig Risiken erkennen, tragen Frühe Hilfen entscheidend dazu bei, die Kindergesundheit zu schützen und langfristig zu verbessern.

Die Gesundheitsministerkonferenz hebt die Bedeutung der Frühen Hilfen in ihrem Beschluss vom 11.07.2025 hervor. Gleichzeitig weist sie darauf hin, dass die vorhandenen Mittel nicht mehr ausreichen, um die von den Kommunen umgesetzten Maßnahmen dauerhaft auf einem bundesweit vergleichbaren und bedarfsgerechten Niveau sicherstellen zu können. Dies liegt vor allem an einer gestiegenen Anzahl von Kindern im Alter bis 3 Jahre, einer Häufung von psychosozialen Belastungen beziehungsweise psychischen Erkrankungen von Eltern, sowie einem regelmäßigen Anstieg der Personal- und der Sachkosten durch Tarifabschlüsse beziehungsweise die Inflation.

Zu 11.

Das Modellprojekt „Mental Health Coaches an Schulen“ wurde im Rahmen des Bundesprogramms „Zukunftspaket für Bewegung, Kultur und Gesundheit“ ins Leben gerufen, um den psychischen Belastungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland entgegenzuwirken. Es wurde im Laufe der Umsetzung von der Universität Leipzig evaluiert. Demnach werden die "Mental Health Coaches" an den Schulen sehr gut angenommen. 90 Prozent der Beteiligten wünschten sich eine Fortsetzung des Programms. Das Budget wurde im Haushalt 2026 allerdings reduziert.⁷

Mental Health First Aid (MHFA) ist eine Evidenz-basierte Maßnahme der Gesundheitsbildung zur Früherkennung psychischer Störungen bei Jugendlichen. Der 14-stündige MHFA Ersthelfer-Kurs Youth richtet sich u.a. an Lehrer*innen, die Erste Hilfe für psychische Gesundheit bei Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren leisten möchten. Kursinhalte sind Erkennen und Ansprechen psychischer Störungen, das Geben von Unterstützung sowie Wissen und Fertigkeiten, um betroffenen Jugendlichen Zugang zum Hilfesystem zu erleichtern. Die Förderung umfasst die Ausbildung von Schulpsycholog*innen oder -sozialarbeiter*innen zu „MHFA-Instruktor*innen“, die wiederum dann als Multiplikator*innen Kurse für Lehrer*innen anbieten.

Das Programm „Zukunftspaket für Bewegung, Kultur und Gesundheit“ hat in den vergangenen Jahren einen wichtigen Beitrag zur Förderung der gesundheitlichen, kulturellen und sozialen Teilhabe junger Menschen geleistet. Es stärkt Kinder und Jugendliche in ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit, eröffnet Zugänge zu kultureller Bildung und fördert gemeinschaftliches Engagement in Kommunen. Durch seine niedrighschwelligen Förderstrukturen erreicht es insbesondere junge Menschen, die von klassischen Angeboten oft ausgeschlossen sind. Um diese positiven Effekte zu erhalten und weiterzuentwickeln, ist eine Wiederaufnahme und deutliche Aufstockung der Mittel für das Programm notwendig.

Zu 12.

Die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist mit besonderen Herausforderungen verbunden. Schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche leiden nicht nur unter den direkten Symptomen ihrer Krankheit, sie sind häufig auch nicht selbst in der Lage, geeignete Hilfen in Anspruch zu nehmen oder überhaupt zu finden. Erschwerend kommt hinzu, dass bestehende Hilfsangebote innerhalb der unterschiedlichen Strukturen angeboten und dadurch teils unübersichtlich werden.⁸ Ohne eine separate Bedarfsplanung von Psychotherapeut*innen sowie Ärzt*innen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, werden die bestehenden Versorgungslücken nicht zu beseitigen sein.

Zu 13.

Immer mehr Kinder und Jugendliche in Deutschland kämpfen mit psychischen Problemen. Schon vor der COVID-19-Pandemie nahm die Zahl der diagnostizierten Depressionen in dieser Altersgruppe deutlich zu.⁹ Die Situation verschärfte sich während der Corona-Pandemie weiter: Im Winter 2021/2022 berichtete fast die Hälfte der 7- bis 22-Jährigen von einer verminderten Lebensqualität, 30 Prozent litten unter Angstsymptomen, 39 Prozent fühlten sich einsam. Obwohl es den Kindern und Jugendlichen mittlerweile psychisch etwas besser geht, ist die Situation immer noch deutlich schlechter als vor der Pandemie. Im Jahr 2024 war der Anteil der einsamen jungen

⁷ <https://www.bmbfsfj.bund.de/bmbfsfj/aktuelles/alle-meldungen/schulprogramm-mental-health-coaches-ueberzeugt-mit-erfolg-254750>

⁸ https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5911/250611_G-BA_Geschaeftsbericht_2024_BF.pdf

⁹ <https://www.uke.de/kliniken-institute/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/forschung/arbeitsgruppen/child-public-health/forschung/copsy-studie.html>

Menschen rund 50 Prozent höher als vor der Krise.¹⁰ Diese Entwicklung müssen wir ernst nehmen und dürfen psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen nicht stigmatisieren.

Zu 14.

Der Apothekerverband hat angegeben, dass mehr als 500 Medikamente in Deutschland als schwer verfügbar gelten. Besonders betroffen seien dabei auch Antibiotika für Kinder.¹¹ Die Gründe für Lieferengpässe sind grundsätzlich vielfältig: Instabile Lieferketten, regionale Klumpenrisiken aufgrund der regionalen Konzentration weniger Produktionsstätten in Asien, Verunreinigung von Produktionslinien, globale Nachfrage-Spitzen und Marktaustritte führen weltweit zu immer mehr Lieferengpässen bei Medikamenten und können angesichts globalisierter Lieferketten nicht allein in Deutschland gelöst werden. Die Bundesregierung muss aber, auch angesichts der Erfahrungen der letzten Jahre, Lieferengpässe frühzeitig antizipieren und nach ihren Möglichkeiten gegensteuern. Die Versorgung mit Kindermedikamenten ist dabei besonders relevant, da hier nicht auf Ausweichmedikamente für Erwachsenen zurückgegriffen werden kann.

Zu 15.

Die Ampel-Koalition hatte den Anspruch auf Kinderkranktage für die Jahre 2024 und 2025 auf 15 Arbeitstage pro Kind, bzw. bei Alleinerziehenden auf 30 Tage pro Kind, erhöht. Diese Regelung soll nun im Rahmen des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege um ein weiteres Jahr verlängert werden. Um den Eltern Planungssicherheit zu geben, sollte die Erhöhung der Kinderkrankentage dauerhaft erhöht werden, anstatt sie regelmäßig um kurze Zeiträume zu verlängern.

Zu 16.

Seit Ende der 1990er Jahre gibt es eine finanzielle und seit 2010 auch eine strukturelle Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, die in § 75a SGB V geregelt ist. Demnach sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung verpflichtet, Weiterbildung zu fördern. An der hausärztlichen Versorgung nehmen nach § 73 Abs. 1a SGB V auch Kinder- und Jugendärzte teil. Trotzdem wird in § 75a Abs. 1 SGB V bisher nur die allgemeinmedizinische Weiterbildung herausgestellt.

Auch die Rahmenbedingungen für die Weiterbildungsförderung in der Kinder- und Jugendmedizin entsprechen weiterhin nicht denen der Allgemeinmedizin. Während für letztere in § 75a Abs. 3 vorgesehen ist, dass es mindestens 7.500 zu fördernde Stellen geben soll und die Kassenärztlichen Vereinigungen die Anzahl nicht begrenzen dürfen, sind für Kinder- und Jugendärzte in Abs. 9 nur 250 zu fördernde Stellen vorgesehen. Nur wenn von anderen Ärztegruppen keine Bedarfe angemeldet werden, kann darüber hinaus unterhalb eines nicht-allgemeinärztlichen Deckels in Höhe von 2.000 gefördert werden. 250 Stellen reichen allerdings nicht ansatzweise aus, um die in den Ruhestand gehenden Pädiater*innen zu ersetzen.

Zu 17.

HNO-OPs, wie zum Beispiel die Einlage von Paukenröhrchen zur Behandlung von Mittelohrergüssen, gehören zu den häufigsten chirurgischen Eingriffen im Kindesalter. Sie sind medizinisch oft notwendig, um Sprachentwicklungsstörungen, Hörminderungen, wiederkehrende Infekte oder Schlafstörungen zu verhindern.

Im Jahr 2023 kam es zu bundesweiten Protesten von HNO-Ärzt*innen, die kritisierten, dass ambulante HNO-Kinderoperationen unterfinanziert seien, nachdem die Vergütung dieser Eingriffe im Zuge einer Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) abgesenkt wurden. Die Summe decke laut Berufsverbänden nicht einmal die Kosten.¹²

In einem Fachgespräch hat der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 15.10.2025 Expert*innen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ambulanten HNO-Operationen befragt. Dort herrschte Uneinigkeit über die Versorgungslage. Eine Einigung der Selbstverwaltung aus GKV-SV und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), über die Finanzierung, die die Fachärzteschaft zufriedenstellen würde, ist nicht in Sicht. Es ist deswegen notwendig, im Rahmen der Rechtsaufsicht der Bundesländer zu ermitteln, wie sich die

¹⁰ Kaman A. u. a. [2025]: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Zeiten globaler Krisen: Ergebnisse der COPSYS-Längsschnittstudie von 2020 bis 2024. Bundesgesundheitsbl 68, 670–680 (2025), S.674–675. <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04045-1>.

¹¹ <https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/apotheken-medikamente-engpass-100.html>

¹² <https://www.hno-aerzte.de/presse/pressemitteilungen/details/abwertung-ambulanter-eingriffe-hno-verbaende-rufen-zur-aussetzung-von-kinderoperationen-auf/>

Versorgungslage vor Ort tatsächlich darstellt. Nur auf dieser Grundlage können weitere Schritte zu einer besseren HNO-Versorgung von Kindern und Jugendlichen unternommen werden.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.