

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Bessin, Martin Sichert,  
Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD  
– Drucksache 21/8290 –**

### **Auswirkungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes auf die flächendeckende pädiatrische Versorgung in den einzelnen Bundesländern**

#### **Vorbemerkung der Fragesteller**

Der Kinderarzt und Sprecher des Bundesverbandes der Kinder- und Jugendärzte in Nordrhein-Westfalen, Dr. med. Axel Gerschlauer, hat im Gespräch mit der Tageszeitung „Die Welt“ (24. August 2026) vor gravierenden Engpässen in der pädiatrischen Versorgung gewarnt, die sich seiner Auffassung nach aus den Folgen des umgangssprachlich sogenannten GKV-Sparpakets (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) ergeben ([www.welt.de/politik/deutschland/plus6a7c26a78c07c6525c768948/kindermedizin-flaechendeckende-versorgung-von-kindern-nicht-mehr-gewaehrleistet.html](http://www.welt.de/politik/deutschland/plus6a7c26a78c07c6525c768948/kindermedizin-flaechendeckende-versorgung-von-kindern-nicht-mehr-gewaehrleistet.html)). Vorsorgeleistungen und Impfungen könnten demzufolge „nicht mehr wie bisher unbegrenzt“ angeboten werden (ebd.). Kinder müssten früher oder später durch die Praxen abgewiesen werden, da die Abrechenbarkeit von Vorsorge und Impfungen künftig durch den Übergang in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gedeckelt werde. Neben der Gefahr einer späteren Entstehung schwerer gesundheitlicher Schäden für die Betroffenen im Erwachsenenalter werde sich damit auch die Zweiklassenmedizin „deutlich verschärfen“, da Kinderärzte im Zuge der Entwicklung dazu gezwungen sein würden, entweder niemanden mehr aufzunehmen oder nur noch Privatpatienten aufzunehmen (ebd.).

Vor diesem Hintergrund ist es aus Sicht der Fragesteller dringend geboten, bestmögliche Transparenz über die diesbezügliche aktuelle Lage herzustellen.

1. Sind der Bundesregierung die in dem in der Vorbemerkung der Fragesteller erwähnten „Welt“-Artikel dargestellten Warnungen des Kinderarztes und Sprechers des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte in Nordrhein-Westfalen, Dr. med. Axel Gerschlauer, wonach durch die Überführung von Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen) in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ab dem kommenden Jahr eine flächendeckende Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht mehr gewährleistet sei, bekannt, und wenn ja, hat sie sich dazu eine Positionierung erarbeitet, und wenn ja, wie lautet diese?

2. Wenn Frage 1 bejaht wurde, trifft nach Auffassung der Bundesregierung die Aussage Dr. med. Gerschlaers zu, dass Vorsorge und Impfungen künftig in einem gedeckelten Topf abgerechnet werden und damit ein „End of payday“ mitten im Quartal droht, ab dem Praxen keine weiteren Patienten mehr abrechnen können, und wenn die Bundesregierung hier zustimmt, inwieweit trifft diese zu?
3. Welche konkreten Auswirkungen erwartet die Bundesregierung gegebenenfalls durch diese Kostendegression für die pädiatrische Versorgung in den einzelnen Bundesländern?

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

Die Versorgung mit Schutzimpfungen gemäß den Verträgen nach § 132e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ist nicht Teil der vertragsärztlichen Versorgung. Schutzimpfungen werden außerhalb der Gesamtvergütung vergütet. Dies ändert sich durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) auch nicht.

Die mit dem GKV-BStabG eingeführte Begrenzung des Ausgabenanstiegs in der vertragsärztlichen Versorgung durch die extrabudgetäre Vergütung setzt eine Empfehlung der Finanzkommission Gesundheit (FKG) um. Bislang extrabudgetär und damit regelmäßig ohne Ausgaben- und Mengenbegrenzung vergütete vertragsärztliche Leistungen werden ab dem Jahr 2027 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) überführt. Davon umfasst sind grundsätzlich auch die Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern auf Grundlage der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (sogenannten U-Untersuchungen). Die Leistungen zur Früherkennung werden nach dem GKV-BStabG ab dem Jahr 2027 auf Basis des im Jahr 2025 erbrachten Leistungsvolumens – erhöht um die vereinbarten Veränderungsraten der Jahre 2026 und 2027 – in die MGV im Jahr 2027 überführt. Da die Ausgaben für Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern in den vergangenen Jahren lediglich moderat gestiegen sind (ca. 0,5 Prozent im Durchschnitt der Jahre 2020 bis 2025), ist davon auszugehen, dass mit der jährlichen Anhebung der MGV insoweit auch künftig ausreichend Mittel zur Verfügung stehen. Darüber hinaus hat der Bewertungsausschuss nach dem GKV-BStabG die Möglichkeit, für bestimmte Leistungen eine extrabudgetäre Vergütung zu beschließen, wenn eine solche Vergütung nachweisbar zu einer signifikanten Erhöhung der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit führt. Der Bewertungsausschuss hat dazu verbindliche und objektivierbare Kriterien zu beschließen, anhand derer die Erhöhung der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit gemessen werden kann.

Nach Einschätzung der FKG sind durch die Begrenzung des Ausgabenanstiegs in der extrabudgetären Vergütung insgesamt höchstens geringe Auswirkungen auf die Versorgung zu erwarten. Die finanziellen Auswirkungen betreffen vielmehr primär die Einnahmen bzw. Reinerträge der Praxen.

Die gesetzlichen Leistungsansprüche der Versicherten werden durch die vergütungsrechtliche Neuregelung nicht eingeschränkt. Medizinisch notwendige und nach dem SGB V vorgesehene Früherkennungsleistungen sind weiterhin zu erbringen.

4. Wie viele Kinder- und Jugendarztpraxen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell (Stichtag 1. August 2026 bzw. letzter verfügbarer Stand) in den einzelnen Bundesländern, und wie hat sich die Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt (bitte nach Landkreisen und kreisfreien Städten aufschlüsseln)?

5. In wie vielen Landkreisen bzw. kreisfreien Städten, aufgeschlüsselt nach einzelnen Bundesländern, liegt nach Kenntnis der Bundesregierung die Versorgungsdichte mit Kinder- und Jugendärzten bereits jetzt unter dem bundesweiten Durchschnitt bzw. unter der Soll-Versorgungsquote der Bedarfsplanung, und welche Landkreise sind nach Kenntnis der Bundesregierung besonders betroffen?

Die Fragen 4 und 5 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung obliegt gemäß § 75 SGB V den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) unter anderem einmal jährlich im Rahmen einer Umfrage entsprechende Daten der Planungsblätter (Strukturdaten) bei den 17 KVen auf regionaler Ebene. Die zusammenfassenden Ergebnisse können auf den Internetseiten der KBV eingesehen werden, abrufbar unter [www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten](http://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten). Die KVen veröffentlichen unterdessen ihren jeweiligen Bedarfsplan sowie die jeweiligen Beschlüsse der Landesausschüsse auf ihren eigenen Internetseiten. Eine Berichts- oder Bereitstellungspflicht der Datenhalter an das Bundesministerium für Gesundheit besteht nicht. Den Statistischen Informationen aus dem Bundesarztregister der KBV ist zu entnehmen, dass zum 31. Dezember 2025 insgesamt 8.617 Kinderärztinnen und -ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung für Kinder und Jugendliche tätig waren. Im Vergleich zum Jahr 2020 entspricht dies einem Anstieg von rund 7 Prozent.

In der vertragsärztlichen Bedarfsplanung gilt grundsätzlich die Sperrgrenze von 110 Prozent als gesetzliche Schwelle für Überversorgung. Sobald der rechnerische Versorgungsgrad einer Arztgruppe in einem Planungsbereich 110 Prozent oder mehr erreicht, ordnet der zuständige Landesausschuss grundsätzlich Zulassungsbeschränkungen an. Im Hinblick auf eine Unterversorgung in der fachärztlichen Versorgung durch Kinder- und Jugendärzte hat der Gemeinsame Bundesausschuss mit Beschluss vom 16. Januar 2025 die Bedarfsplanungs-Richtlinie dahingehend angepasst, dass in der Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte -entsprechend der Vorgabe im Rahmen der hausärztlichen Versorgung- eine Unterversorgung bereits dann anzunehmen ist, wenn der Stand der Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 Prozent unterschreitet (§ 29 Satz 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Auf dieser Grundlage ist es den KVen schneller möglich, ihre Sicherstellungs- und Förderinstrumente, beispielsweise die Niederlassungsförderung, zu nutzen, um auf etwaige Versorgungsdefizite zu reagieren. Zuvor war dies erst bei einer Unterschreitung um mehr als 50 Prozent möglich. Für das Jahr 2025 wurden demnach von insgesamt 410 Planungsbereichen für fünf Planungsbereiche eine Unterversorgung und für 16 Planungsbereiche eine drohende Unterversorgung festgestellt.

6. Wie viele Praxen in den einzelnen Bundesländern haben nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2023 bis 2026 geschlossen oder stehen vor einer Schließung ohne Nachfolger, und inwieweit ist der Nachwuchsmangel in der Pädiatrie in den einzelnen Bundesländern nach Kenntnis der Bundesregierung quantifizierbar?

Der Bundesregierung liegen keine eigenen Informationen im Sinne der Fragestellung vor. Nach Angaben der KBV, abrufbar unter [www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/bedarfsplanung-versorgungsgrade-niederlassungsmoeglichkeiten](http://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/bedarfsplanung-versorgungsgrade-niederlassungsmoeglichkeiten) gab es im Jahr 2025 rund 181 freie Niederlassungsmöglichkeiten bei einem bundesweit durchschnittlichen Versorgungsgrad von 120,8 Prozent. Das Durchschnittsalter bei den Kinder- und Jugendmedizinerin-

nen und Kinder- und Jugendmedizinerinnen ist seit dem Jahr 2019 leicht rückläufig und lag im Jahr 2025 bei rund 52,5 Jahren. Der Anteil der über 60-Jährigen lag bei rund 27 Prozent. Im Jahr 2025 haben nach Angaben der KBV insgesamt 521 Personen ihre Tätigkeit als Kinder- und Jugendmediziner in der vertragsärztlichen Versorgung beendet, positiv zu verzeichnen ist hierbei jedoch ein Zugang von insgesamt 648 Kinderärztinnen und Kinderärzten.

Insgesamt haben sich die Arztzahlen in den letzten 10 Jahren tendenziell eher positiv entwickelt und es besteht derzeit nach den statistischen Daten kein flächendeckender Ärztemangel, auch wenn regionale Unterschiede bestehen. Positiv ist auch die Entwicklung bei den Fachkulturanerkennungen im Bereich Kinder- und Jugendmedizin. Hier ist vom Jahr 2014 bis zum Jahr 2025 ein Anstieg von rund 34 Prozent zu verzeichnen, vergleiche [www.bundesärztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztstatistik/2025](http://www.bundesärztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztstatistik/2025).

7. Welche Entfernungen müssen Familien mit Neugeborenen und Kleinkindern in den ländlichen Regionen der einzelnen Bundesländer nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit durchschnittlich und maximal zurücklegen, um einen Kinderarzt zu erreichen, sind der Bundesregierung Medienberichte sowie Schilderungen betroffener Eltern ([www.swr.de/swr/aktuell/rheinland-pfalz/trier/eltern-aus-der-eifel-suchen-verzweifelt-nach-einem-kinderarzt-100.html](http://www.swr.de/swr/aktuell/rheinland-pfalz/trier/eltern-aus-der-eifel-suchen-verzweifelt-nach-einem-kinderarzt-100.html)) bekannt, wonach Familien in ländlichen Regionen infolge von Praxisschließungen und Aufnahmestopps einfache Wegstrecken von 30 bis zu 50 Kilometern zurücklegen bzw. Pkw-Fahrzeiten von 40 bis 60 Minuten in Kauf nehmen müssen, um eine kinderärztliche Versorgung wahrzunehmen, und wenn ja, welche Schlussfolgerungen zieht sie daraus für ihr eigenes Handeln?

Der Bundesregierung liegen keine Informationen im Sinne der Fragestellung vor. Für die Erreichbarkeit und die Entfernungen zu einer Kinderärztin oder einem Kinderarzt gibt es in Deutschland Richtwerte. Diese werden im Rahmen der Bedarfsplanung gemeinsam von der KBV und dem Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt.

8. Welche Mehrkosten (Selbstzahleranteile) drohen Eltern in den einzelnen Bundesländern für U-Untersuchungen und Impfungen nach Kenntnis der Bundesregierung, wenn diese nicht mehr unbegrenzt über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden können, und plant die Bundesregierung Maßnahmen, um eine soziale Schieflage bzw. eine Verschärfung der Zweiklassenmedizin zu verhindern?

Wie bereits in der Antwort der Bundesregierung auf die Fragen 1 bis 3 ausgeführt, geht die Bundesregierung davon aus, dass auch künftig ausreichend Mittel in der MGK zur vollständigen Vergütung von U-Untersuchungen bei Kindern zur Verfügung stehen. Unabhängig davon dürfen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte den Versicherten der GKV keine Kosten in Rechnung stellen, wenn sie eine Leistung zu Lasten der GKV erbringen.

Es wird ergänzend auf Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 21/921 – „Behandlungsterminvergabe für gesetzlich Versicherte auf Selbstzahlungsbasis und Hindernisse bei der Terminvergabe auf Onlineportalen“ (Drucksache 21/1124 vom 1. August 2025) verwiesen.

9. Plant die Bundesregierung, Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen wieder aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herauszunehmen und in einen ungedeckelten Bereich zurückzuführen, wie es der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte fordert?

Impfungen werden nicht aus der MGV vergütet.

Im Übrigen wird auf die Antworten der Bundesregierung auf die Fragen 1 bis 3 und 8 verwiesen.

10. Welche konkreten Maßnahmen plant die Bundesregierung gegebenenfalls, um die pädiatrische Versorgung in den einzelnen Bundesländern kurzfristig und nachhaltig zu sichern und Praxisnachfolgen zu erleichtern?

Die Sicherung einer leistungsfähigen und zukunftsfesten medizinischen Versorgung in allen Regionen ist der Bundesregierung ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen. In ihrem Koalitionsvertrag haben sich CDU, CSU und SPD auf grundlegende Reformen für eine gute, bedarfsgerechte und bezahlbare Versorgung für die Menschen im ganzen Land verständigt. Die Bundesregierung arbeitet fortlaufend an der Umsetzung dieser Vereinbarungen. Dazu gehört beispielsweise die Entwicklung eines Reformkonzeptes für ein Primärversorgungssystem, mit dem auch die ambulante kinder- und jugendärztliche Versorgung in den Blick genommen wird.

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung hat der Gesetzgeber auf die KVen und die KBV übertragen. Die KVen sind verpflichtet, mit Unterstützung der KBV alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Der Gesetzgeber hat den KVen ganz verschiedene Instrumente an die Hand gegeben, um besonderen regionalen Versorgungsbedarfen wirksam zu begegnen. Zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung bilden die KVen einen Strukturfonds. Die Mittel dieses Strukturfonds können unter anderem zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung, für Zuschüsse zu den Investitionskosten bei Neuniederlassungen und Praxisübernahmen, für Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung sowie für die Vergabe von Stipendien verwendet werden. Die KVen und die Krankenkassen fördern zudem bereits heute die kinder- und jugendmedizinische Weiterbildung.

Es gilt, attraktive und verlässliche Rahmenbedingungen für die Aus- und Weiterbildung sowie die Berufstätigkeit und Ansiedelung von Ärztinnen und Ärzten zu schaffen. Das ist auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

11. Hat die Bundesregierung den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, die Kassenärztliche Vereinigungen der einzelnen Bundesländer sowie die einzelnen Landesregierungen vor Verabschiedung des Sparpakets zu den absehbaren Folgen für die Kinderversorgung angehört, und wenn ja, inwieweit, und zu welchem Ergebnis sind diese Gespräche gegebenenfalls gekommen?

Die Abstimmung des Entwurfs des GKV-BStabG erfolgte gemäß § 47 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien unter Beteiligung von Ländern, kommunalen Spitzenverbänden, Fachkreisen und Verbänden. Die Verbandsstellungen sind auf den Internetseiten des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlicht, darunter die Stellungnahmen des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärztinnen und der KBV, die von den KVen gebildet wird.

*Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.*

*Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.*

*Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.*