

**Stellungnahme  
der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ e.V.)  
zum Antrag  
Kindergesundheit stärken – Versorgung umfassend verbessern und nachhaltig  
finanzieren (Drucksache 21/2721)**

26.01.2026

**Präambel**

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zum oben genannten Antrag Stellung zu nehmen und begrüßen, dass der Antrag die Kindergesundheit und insbesondere die Krankenhausversorgung von Kindern und Jugendlichen in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Debatte rückt. Der Antrag greift zentrale Problemlagen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zutreffend auf.

Die Pädiatrie nimmt innerhalb der Krankenhauslandschaft eine strukturelle Sonderstellung ein. Sie ist durch vergleichsweise geringe Fallzahlen, hohe Personalintensität, hohe Vorhaltebedarfe und einen ausgeprägten Spezialisierungsgrad gekennzeichnet. Diese Merkmale führen dazu, dass Steuerungsinstrumente der Erwachsenenmedizin nur eingeschränkt übertragbar sind. Vor diesem Hintergrund birgt die Krankenhausreform, insbesondere das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) erhebliche Risiken für die Kinder- und Jugendmedizin, wenn deren spezifische Versorgungslogik und Versorgungsrealität nicht systematisch berücksichtigt wird.

Im Unterschied zur Erwachsenenmedizin ist die Pädiatrie in Deutschland bereits seit Jahrzehnten von einem strukturellen Abbau betroffen. Die Zahl der pädiatrischen Standorte ist kontinuierlich zurückgegangen, so dass dort kaum weiterer Konzentrationsbedarf besteht. Vielmehr ist die Sicherung bestehender Strukturen zwingend erforderlich, um eine flächendeckende und auch qualitativ hochwertige Versorgung aufrechtzuerhalten.

**Fachliche Einordnung und Bewertung einzelner Antragspunkte**

Zu II.1.

Wir unterstützen ausdrücklich die Forderung, die Leistungsgruppen LG 16 „Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie“ und LG 47 „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ zu erhalten und weiterzuentwickeln. Die ersatzlose Streichung der Leistungsgruppe „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ führt dazu, dass zentrale Bereiche der spezialfachärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der künftigen Krankenhausplanung nicht mehr abgebildet werden. Dies ist aus fachlicher Sicht nicht nachvollziehbar und birgt erhebliche Risiken für die Versorgung schwer und chronisch kranker Kinder und Jugendlicher, die Sicherstellung pädiatrischer Expertise und die Weiterentwicklung spezialisierter Versorgungsstrukturen. Eine Streichung der LG 47 würde mittelfristig auch die ambulante spezialfachärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen gefährden, weil für die Kliniken in diesem Fall kein Anreiz mehr besteht, entsprechende pädiatrische Spezialisten/-innen zu beschäftigen.

Die fehlende Abbildung der Leistungsgruppe im derzeitigen Leistungsgruppen-Groupier ist kein Ausdruck fehlender Versorgungsrelevanz, sondern Ergebnis einer unzureichenden Abbildungslogik. Die Behandlung entsprechender Patienten/-innen im stationären Setting findet statt, wird jedoch nicht alters- und fachadäquat zugeordnet. Wir begrüßen daher die Forderung, den Groupier so anzupassen, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen über das Patientenalter bzw. über einen bundeseinheitlichen Fachabteilungsschlüssel Kinder- und

Jugendmedizin bzw. Kinder- und Jugendchirurgie den pädiatrischen Leistungsgruppen zugeordnet werden kann.

Sollte die Leistungsgruppe 47 nicht umgesetzt werden, ist es zwingend erforderlich, dass Kinder und Jugendliche in nicht-chirurgischen Disziplinen bis zum Abschluss des 16. Lebensjahres regelhaft nur in pädiatrischen Abteilungen behandelt werden dürfen, um eine kindgerechte Versorgung - insbesondere auch Pflege - zu gewährleisten. Behandlungen müssen dann an den pädiatrischen Fachabteilungsschlüssel gebunden sein. Dieser muss verbindlich in allen Bundesländern umgesetzt werden. Diese Forderung wird auch von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) gestützt.

Zu II.2.

Ebenfalls unterstützen wir die im Antrag formulierte Forderung. Die Abschaffung der Abschlüsse bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer für Kinder und Jugendliche darf sich nicht weiter verzögern. Eine frühzeitige Entlassung in das familiäre Umfeld ist meist nicht nur unproblematisch, sondern wirkt sich positiv auf Genesung und Entwicklungsverlauf aus. Aus fachlicher Sicht ist es daher nicht sachgerecht, die Abschaffung der Abschlüsse weiter aufzuschieben.

Zu II.3.

Der Zugang zur pädiatrischen Institutsambulanz (PädIA) sollte über einen Überweisungsvorbehalt in der Regel durch Fachärzte/innen für Kinder- und Jugendmedizin geregelt werden. Eine Definition von Patientengruppen durch die Selbstverwaltungsorgane setzt eine vorherige Diagnosefestlegung voraus. Somit wird die große Gruppe von Patienten/-innen ausgeschlossen, die mit einem Symptomkomplex zur Differenzialdiagnostik in die PädIA kommen.

Zu II.4.

Hybrid-Leistungen in der Kinder- und Jugendmedizin sowie für Menschen mit Behinderungen sollten weiterentwickelt werden. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die ambulant und stationär orientierten Anbieter identische Leistungen erbringen und im Rahmen der Pauschalierung die leistungsintensiven Fälle nicht bei den Krankenhäusern verbleiben.

Zu II.5.

Darüber hinaus begrüßen wir die Forderung des Antrags, die Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Notfallreform ausdrücklich zu berücksichtigen und die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) vorzusehen. Kinder stellen in der Notfallversorgung eine besonders vulnerable Patientengruppe dar. Sie benötigen altersangepasste diagnostische Verfahren, spezifische Medikation, kindgerechte Ausstattung sowie Personal mit pädiatrischer Expertise. Diese Anforderungen unterscheiden sich grundlegend von der Notfallversorgung Erwachsener und können nicht ohne Weiteres durch die Integrierten Notfallzentren (INZ) abgedeckt werden.

Die Einführung integrierter pädiatrischer Notfallstrukturen ist daher ein zentraler Baustein zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Akutversorgung. Dort, wo die Einrichtung eines KINZ aufgrund regionaler Gegebenheiten oder begrenzter personeller Ressourcen nicht möglich ist, halten wir eine verbindliche telemedizinische Anbindung an pädiatrische Strukturen für zwingend erforderlich. An dieser Stelle möchten wir auch auf die umfangliche [Stellungnahme](#) zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung vom 04.12.2025 verweisen.

Zu II. 7 und 8.

Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist untrennbar mit der Verfügbarkeit spezialisierter Pflegefachpersonen verbunden. Die pflegerische Versorgung von Kindern unterscheidet sich in zentralen Aspekten von der Pflege Erwachsener und erfordert spezifische fachliche, entwicklungsbezogene und psychosoziale Kompetenzen. Ein Erhalt der Vertiefung in der Kinderkrankenpflege bleibt daher aus fachlicher Sicht zwingend erforderlich.

Vor diesem Hintergrund verweisen wir auf die „Petition 185291 - Erhalt des Wahlrechts nach § 59 Pflegeberufegesetz innerhalb der Pflegeausbildung“. Diese setzt sich für den dauerhaften Erhalt des Wahlrechts in der Spezialisierung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ein und hat mit über 55.000 Unterschriften das notwendige Quorum erreicht. Die Forderung, dass die bestehenden Spezialisierungsangebote in der Kinderkrankenpflege nicht nur zu erhalten, sondern weiterzuentwickeln sind, gilt es zu unterstützen. Dazu gehört insbesondere, dass eine ausreichende und verpflichtende Anzahl an Praxisstunden in Kinderkliniken und auf Stationen für Kinder und Jugendliche, vorausgesetzt wird. Nur so kann gewährleistet werden, dass in der Generalistik ausgebildete Pflegefachpersonen die notwendigen praktischen Kompetenzen erwerben, um den besonderen Anforderungen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen gerecht zu werden.

Zu II.10

Ebenso unterstützen wir die im Antrag formulierte Forderung nach einer nachhaltigen Sicherung und bundesweiten Stärkung der Frühen Hilfen. Die Frühen Hilfen stellen einen zentralen Baustein der Verhältnisprävention dar und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Förderung eines gesunden Aufwachsens von Kindern. Internationale und nationale Erkenntnisse zeigen übereinstimmend, dass präventive Maßnahmen umso wirksamer sind, je früher sie ansetzen. Durch niedrigschwellige, freiwillige und kostenfreie Angebote tragen die Frühen Hilfen dazu bei, Familien frühzeitig zu unterstützen, psychosoziale Belastungen zu reduzieren und Entwicklungsrisiken rechtzeitig zu erkennen. Sie wirken damit nicht nur gesundheitsfördernd, sondern auch langfristig entlastend für das Gesundheits- und Sozialsystem.

Voraussetzung für die Wirksamkeit der Frühen Hilfen ist jedoch eine verlässliche, bundesweite Absicherung der Angebote. Regionale Unterschiede in Umfang, Erreichbarkeit und personeller Ausstattung führen derzeit zu einer ungleichen und unsicheren Versorgungslage. Eine nachhaltige Finanzierung und strukturelle Absicherungen auf Bundesebene sind daher erforderlich, um die Frühen Hilfen bedarfsgerecht weiterzuentwickeln und ihren präventiven Effekt dauerhaft zu etablieren.

Zu II.14.

Wir schließen uns der Forderung nach einer sicheren Arzneimittelversorgung für Kinder und Jugendlichen uneingeschränkt an. Darüber hinaus erwarten wir Lösungen für das nach wie vor ungelöste Problem der off-label Verschreibung von Arzneimitteln im Kindesalter. Ein erster Lösungsansatz wäre eine Unterstützung der Arzneimitteldatenbank Kinderformularium (<https://www.kinderformularium.de/>) in Höhe von ca. 300.000 Euro pro Jahr. Die Datenbank wurde in der letzten Legislatur vom Bundesministerium für Gesundheit befristet gefördert. Im Kinderformularium sind Dosierungsempfehlungen für Kinder auch für off-label Arzneimittel hinterlegt, die in den Arzneimittelunterlagen (Beipackzettel) nicht aufgeführt sind. Die Datenbank wird unentgeltlich zur Verfügung gestellt. In anderen europäischen Staaten (z. B. Niederlande, Norwegen, Österreich) ist die öffentliche Finanzierung des Kinderformulariums längst umgesetzt.

Wir unterstützen den Antrag in den genannten Punkten ausdrücklich und sehen in seiner Umsetzung einen wichtigen Beitrag zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen, kindgerechten und zukunftsfähigen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

**Kontakt:**

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)  
Prof. Dr. Ursula Felderhoff-Müser, Präsidentin  
PD Dr. med. Burkhard Rodeck, Generalsekretär  
[politik@dgkj.de](mailto:politik@dgkj.de)

Geschäftsstelle:

Chausseestraße 128/129  
10115 Berlin  
[info@dgkj.de](mailto:info@dgkj.de) | [www.dgkj.de](http://www.dgkj.de)