



Aktenzeichen: Pet 2-19-15-2129-024323

Der Deutsche Bundestag hat die Petition am 10.10.2024 abschließend beraten und beschlossen:

Das Petitionsverfahren abzuschließen,
- weil dem Anliegen teilweise entsprochen worden ist.

Begründung

Mit der Petition wird gefordert, die Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen in der medizinischen Versorgung zu beenden und ihre medizinische und pflegerische Betreuung nach den Vorgaben der UN-Kinderrechtskonvention zu gestalten.

Dazu wird u.a. ausgeführt, dass Eltern aufgrund einer verfehlten Bedarfsplanung keine Kinder- und Jugendärzte mehr fänden und nicht selten wochenlang auf einen Termin warten müssten. Die Versorgungsqualität in den Kinder- und Jugendarztpraxen, den Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Kinderchirurgie sei akut gefährdet. Es gebe strukturelle Defizite, einen zunehmenden Wirtschaftlichkeitsdruck und vor allem einen sich verschärfenden Mangel an Fachkräften. Auch bestünden zu wenige Nachsorgestrukturen.

Dazu werden verschiedene Forderungen an den Gesetzgeber gerichtet, die alsbald umgesetzt werden sollten.

Die Petition wurde auf der Internetseite des Deutschen Bundestages veröffentlicht, fand dort 17.474 Unterstützer und wurde in 44 Beiträgen diskutiert. Ferner gingen etwa 42.700 weitere Zuschriften mit dieser Forderung ein.

Zu diesem Thema liegen dem Petitionsausschuss weitere Eingaben mit verwandter Zielsetzung vor, die wegen des Sachzusammenhangs einer gemeinsamen parlamentarischen Prüfung zugeführt werden. Der Ausschuss bittet daher um Verständnis, dass nicht auf alle vorgetragenen Gesichtspunkte eingegangen werden kann. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die Zuschriften verwiesen.



Der Petitionsausschuss hat zu der Eingabe Stellungnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit erhalten. Ferner liegt eine Stellungnahme des Ausschusses für Gesundheit nach § 109 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages vor, der die Eingabe in seine Beratungen zu dem Gesetzentwurf zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Drucksache 19/19368) einbezogen hat. Der Ausschuss verwies auf seine Beschlussempfehlung und den Bericht auf Drucksache 19/20720.

Der Petitionsausschuss hat am 26. Oktober 2020 die Eingabe in einer öffentlichen Sitzung unter Teilnahme des Petenten und Vertretern der Bundesregierung beraten. Dabei forderte der Petent u.a., Kinderkliniken zu erhalten und ihren weiteren Abbau zu verhindern. Die ambulante Versorgung der Betroffenen sei vielfältig gefährdet. Der Parlamentarische Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, Dr. Gebhardt, erklärte, das Ziel der Bundesregierung sei u. a., auch in den ländlichen Regionen eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung sicherzustellen. Hinzuweisen sei insbesondere auf die neue Bedarfsplanungsrichtlinie, die zu zahlreichen neuen Zulassungsmöglichkeiten geführt habe.

Das Ergebnis der parlamentarischen Prüfung stellt sich unter Einbeziehung der o.g. Stellungnahmen und der Ergebnisse der öffentlichen Sitzung wie folgt dar:

Sicherstellung und Finanzierung einer bedarfsgerechten pädiatrischen Versorgung:

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und wohnortnahen pädiatrischen Versorgung ist ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen. Gemäß § 75 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) obliegt die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Dieser Sicherstellungsauftrag umfasst insbesondere die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der ambulanten Versorgung. Bei den KVen handelt es sich um Körperschaften des öffentlichen Rechts, die der Aufsicht der jeweils zuständigen Landesbehörde unterstehen.

Soweit der Petent kritisiert, dass Eltern aufgrund einer "verfehlten Bedarfsplanung keine Kinder- und Jugendärzte mehr finden", ist auf das am 11. Mai 2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hinzuweisen. Mit diesem Gesetz wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, bis zum 1. Juli 2019 die bundesweit geltenden Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie auf Anpassungsbedarf



zu überprüfen, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Der G-BA hat daraufhin eine entsprechende Weiterentwicklung der Richtlinie beschlossen, die am 1. Juli 2019 in Kraft getreten ist und auf der Landesebene spätestens zum 1. Januar 2020 durch die KVen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen umzusetzen war. Zur Feinsteuerung der Facharztkompetenzen innerhalb der Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte wurde unter anderem vorgesehen, die Verhältniszahlen anzupassen, woraus sich eine substantielle Anzahl neuer Zulassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendärzte sowie für Kinder- und Jugendpsychiater ergeben haben. Zum Stand 31. Dezember 2022 gab es in allen Ländern (mit Ausnahme von Bremen) offene Planungsbereiche mit bundesweit insgesamt 159 Niederlassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendärzte.

Des Weiteren hat der G-BA ein Erreichbarkeitsparameter für die Feststellung zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarfe eingeführt. Dieser gibt vor, dass zum Beispiel Kinder- und Jugendärzte innerhalb von 30 PKW-Fahrminuten zu erreichen sein sollen. Wie schon bisher besteht zudem für die KVen die Möglichkeit, aufgrund regionaler Besonderheiten von den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie etwa durch einen veränderten Zuschnitt der Planungsbereiche oder durch eine Änderung der Verhältniszahlen abzuweichen. Darüber hinaus können die Zulassungsausschüsse seit jeher durch Erteilung sogenannter Sonderbedarfzulassungen auch im Fall einer rechnerischen Überversorgung weitere Ärzte zur Versorgung zulassen, um lokale Sonderbedarfe innerhalb einzelner Planungsbereiche zu decken.

Für Eltern, die im Einzelfall gleichwohl keinen Kinder- und Jugendarzt finden, besteht die Möglichkeit, sich an die Terminservicestelle (TSS) der KVen zu wenden. Mit dem TSVG hat der Gesetzgeber die kinderärztliche Versorgung ausdrücklich in den Blick genommen und die TSS verpflichtet, auch Termine bei Kinder- und Jugendärzten zu vermitteln. Sollte es der TSS nicht möglich sein, einen Termin innerhalb von vier Wochen bei einem regulären Leistungserbringer zu vermitteln, ist sie verpflichtet, einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus anzubieten. Zudem sollen die TSS bei der Suche nach einem Kinder- und Jugendarzt unterstützen, der die Hilfesuchenden dauerhaft versorgt.



Darüber hinaus wird mit dem Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD-Gesetz), das im Mai 2023 in Kraft trat, geregelt, dass die Kinder- und Jugendmediziner ab dem 1. April 2023 alle für Versicherte bis einschließlich zum 18. Lebensjahr erbrachten Leistungen zu festen Preisen der Euro-Gebührenordnung vollständig durch die gesetzlichen Krankenkassen vergütet erhalten. Bestimmte Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet. Dies sehen die neuen Regelungen der §§ 87a Abs. 3b, 87b Abs. 1 Satz 2 2. Halbsatz SGB V vor. Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars sind demnach ausgeschlossen. Durch diese Gesetzesänderung wird die bedarfsgerechte ambulante kinder- und jugendmedizinische Versorgung gestärkt. Eine Tätigkeit in der Kinder- und Jugendmedizin wird dauerhaft attraktiver gestaltet.

Für die schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin sowie für die Zusatzweiterbildungen zur Kinder- und Jugendmedizin hat der Bewertungsausschuss, der aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV) gebildet wird, bereits zum 1. Januar 2008 eigenständige abrechnungsfähige Gebührenordnungspositionen in den Abschnitten 4.4 und 4.5 des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) aufgenommen. Damit folgt der Bewertungsausschuss der gesetzlichen Vorgabe, wonach Kinder- und Jugendmediziner mit Schwerpunktbezeichnung sowohl an der hausärztlichen als auch fachärztlichen Versorgung teilnehmen können.

Sicherstellung einer bedarfsgerechten Kinderkrankenpflege:

Zur Sicherstellung der Pflege kranker Kinder sehen die gesetzlichen Regelungen bedarfsabhängig a) die Entgeltersatzleistung Kinderkrankengeld sowie b) Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) vor.

Zu a) Kinderkrankengeld:

Wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass Versicherte zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist, besteht nach § 45 Abs. 1 SGB V Anspruch auf



das sogenannte Kinderkrankengeld. Der Anspruch besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage (§ 45 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Bei mehreren Kindern besteht der Anspruch für Versicherte für nicht mehr als insgesamt 25 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 50 Arbeitstage je Kalenderjahr (§ 45 Abs. 2 Satz 2 SGB V). An den Krankengeldanspruch ist ein Anspruch der Versicherten gegenüber ihren Arbeitgebern auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung, soweit nicht aus dem gleichen Grund Anspruch auf bezahlte Freistellung besteht, gebunden (§ 45 Abs. 3 SGB V).

Vor dem Hintergrund, dass die Corona-Pandemie alle vor große Herausforderungen stellte und zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Kinderkrankengeldes führte, ist der Kinderkrankengeldanspruch für die Jahre 2021 bis 2023 ausgeweitet worden. Gesetzlich krankenversicherte Eltern konnten in den Jahren 2021 bis 2023 je gesetzlich krankenversichertem Kind statt für längstens 10 Arbeitstage für bis zu 30 Arbeitstage (Alleinerziehende statt für längstens 20 Arbeitstage für bis zu 60 Arbeitstage) Kinderkrankengeld beantragen. Bei mehreren Kindern bestand der Anspruch je Elternteil und Kalenderjahr für nicht mehr als 65 Arbeitstage, für Alleinerziehende für nicht mehr als 130 Arbeitstage (§ 45 Abs. 2a Satz 1 SGB V). Der Koalitionsvertrag für die 20. Wahlperiode sieht zudem eine dauerhafte Erhöhung der Anspruchstage auf Kinderkrankengeld auch nach Auslaufen der coronabedingten Sonderregelungen vor.

Zu b) Leistungen der HKP:

Der Anspruch Versicherter auf Leistungen der HKP nach § 37 SGB V besteht ohne spezifische Altersbeschränkung, sodass auch die häusliche Kinderkrankenpflege umfasst ist. Leistungen der ambulanten Kinderkrankenpflege können damit auch Teil der nach § 132a SGB V zwischen den Leistungserbringern und Krankenkassen zu schließenden Rahmen- und Einzelverträge zur allgemeinen HKP sein. Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass der G-BA bei der von ihm beschlossenen Richtlinie über die Verordnung von HKP (HKP-RL) die besonderen Belange kranker Kinder berücksichtigt hat (vgl. § 1 Abs. 1 Satz 3 HKP-RL). So kann häusliche Kinderkrankenpflege zum Beispiel in Schulen oder Kindergärten erbracht werden (vgl. § 1 Abs. 2 Satz 3 HKP-RL).



Die Krankenkassen haben eine bedarfsgerechte ambulante medizinische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (vgl. § 70 Abs. 1 SGB V) und müssen insoweit mit einer hinreichenden Anzahl an Pflegediensten Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen abgeschlossen haben, damit die Versicherten die ihnen zustehenden Leistungen auch tatsächlich in Anspruch nehmen können. Da hierfür, wie in anderen Pflegebereichen auch, gut ausgebildetes Personal gebraucht wird, wurde mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) geregelt, dass Krankenkassen bei Vergütungsverhandlungen die Bezahlung von Gehältern für Pflegefachkräfte bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich ablehnen können.

Erhöhung der Ärztezahl im öffentlichen Gesundheitsdienst:

Bund und Länder, einschließlich der Kommunen, haben im September 2020 den "Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst" vereinbart. Sein Ziel – neben der Förderung der digitalen und technischen Ausstattung – ist vor allem die personelle Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Der Bund stellt für die Umsetzung des Paktes für die Zeit von 2021 bis 2026 Finanzmittel in Höhe von insgesamt bis zu 4 Milliarden Euro zur Verfügung, wovon 3,1 Milliarden Euro für den Personalaufbau und die Steigerung der Attraktivität einer Tätigkeit im ÖGD vorgesehen sind. Beim ärztlichen Personal werden – unter Beachtung der Tarifautonomie – Verbesserungen bei der Bezahlung angestrebt sowie weitere Maßnahmen, wie attraktive Arbeitsbedingungen und Fortbildungsmöglichkeiten.

Bis Ende 2021 haben die Länder und Kommunen 1.775 neue, unbefristete Stellen im ÖGD aus Paktmitteln geschaffen und besetzt, davon 365 Ärzte. Wieviel des zusätzlichen Personals im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des ÖGD arbeitet, ist dem BMG nicht bekannt. Die Entscheidung über die Schwerpunkte und den Einsatz des Personals im ÖGD ist Länderangelegenheit und wird letztlich in den Gesundheitsdienstgesetzen geregelt.

Erhöhung der Anzahl der Studienplätze in der Humanmedizin:

Für die Schaffung von mehr Medizinstudienplätzen sind die Länder zuständig. Der "Masterplan Medizinstudium 2020", der von den Gesundheits- und

Wissenschaftsministern am 31. März 2017 beschlossen wurde, begrüßt die Aktivitäten



einzelner Länder, an ausgewählten Hochschulen neue oder zusätzliche Kapazitäten für Studienanfänger der Humanmedizin zu schaffen. Einige Länder haben die Zahl der Medizinstudienplätze bereits erhöht oder haben dies angekündigt. Insgesamt sind bereits über 1.500 neue Studienplätze in den Ländern in konkreter Planung, beziehungsweise bereits eingerichtet worden. Beispielhaft sei erwähnt, dass Bayern an der 2019 neu gegründeten medizinischen Fakultät der Universität Augsburg schrittweise 250 Studienplätze neu einrichten wird, in Nordrhein-Westfalen durch die geplante neue Medizinische Fakultät an der Universität Bielefeld bis zu 300 weitere Studienplätze für das Fach Humanmedizin entstehen werden, Baden-Württemberg die Zahl der Medizinstudienplätze um landesweit 150 erhöht hat und Brandenburg eine neue medizinische Fakultät am Standort Cottbus mit circa 200 neue Studienplätzen plant. Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Zu der Forderung, die Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie analog zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu fördern, ist auf die in der Vergangenheit erfolgten Änderungen der gesetzlichen Vorgaben zur Verbesserung der Förderung der Weiterbildung von grundversorgenden Fachärzten nach § 75a Abs. 9 SGB V zu verweisen. So wurde zunächst mit dem TSVG die Anzahl der bundesweit zu fördernden Stellen (analog der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin) von 1.000 Stellen auf bis zu 2.000 Stellen erhöht. Zudem wurde mit dem TSVG ausdrücklich eine Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten vorgegeben. Mit dem am 1. Januar 2020 in Kraft getretenen "Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen – MDK-Reformgesetz" wurde darüber hinaus explizit geregelt, dass von den 2.000 Förderstellen mindestens 250 Kinder- und Jugendärzte zu fördern sind.

Hinsichtlich der übrigen zu fördernden Weiterbildungsstellen sieht das Gesetz bewusst keine gesetzliche Vorgabe vor, sondern hat es den Vertragspartnern (KBV, GKV-SV) aufgegeben, eine sachgerechte Regelung zu treffen. Danach ist in den jeweiligen Ländern zu entscheiden, welche Facharztgruppen gefördert werden. Hiermit soll den jeweiligen Bedarfen in den Ländern am besten Rechnung getragen werden. Diesem Ziel dient im Übrigen auch die gesetzliche Vorgabe, in Gebieten, in denen eine ärztliche



Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht, eine höhere finanzielle Förderung im Rahmen der Weiterbildung vorzusehen.

Sicherstellung des Betriebs von Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin:

Für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden stationären Versorgung sind die Länder zuständig. Ihnen obliegt die kontinuierliche Prüfung der Sachgerechtigkeit und Bedarfsnotwendigkeit der erforderlichen stationären Kapazitäten. Jedoch hat der Gesetzgeber die Möglichkeit zur Vereinbarung von

Sicherstellungszuschlägen geschaffen, um eine flächendeckende stationäre Versorgung zu gewährleisten. Für die Definition bundeseinheitlicher Kriterien als Voraussetzung zur Verhandlung von Sicherstellungszuschlägen ist der G-BA zuständig. Mit einem Ergänzungsbeschluss vom 1. Oktober 2020 wurde die Vorhaltung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin in die Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Abs. 3 SGB V einbezogen. Sofern ein Krankenhaus die Kriterien erfüllt und ein Defizit aufweist, kann es zukünftig für die Fachabteilung der Kinder- und Jugendmedizin einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren.

Zusätzlich können Krankenhäuser mit Fachabteilungen der Kinder- und Jugendmedizin im Rahmen der finanziellen Förderung für ländliche Krankenhäuser ab dem Jahr 2021 in Höhe von mindestens 400.000 Euro profitieren, sofern sie die Regelungen für Sicherstellungszuschläge des G-BA erfüllen. Für die Gewährung dieser finanziellen Förderung ist das Vorliegen eines Defizites nicht notwendig.

Zudem wurden mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz erste Reformschritte im Hinblick auf eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung eingeführt. Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird für die Jahre 2023 und 2024 ein Erlösvolumen auf Grundlage des Jahres 2019 garantiert sowie zusätzliche finanzielle Mittel in Höhe von jeweils 300 Millionen Euro bereitgestellt. Krankenhäuser können für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die ab dem 1. Januar 2023 zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, einen Zuschlag abrechnen. Hiermit wird der wirtschaftliche Druck in der Kinder- und Jugendmedizin gemindert. Darüber hinaus empfiehlt die vom Bundesgesundheitsminister eingesetzte Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung



in ihrer dritten Stellungnahme eine grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. Es wird unter anderem die Einführung einer Vorhaltefinanzierung – auch für die Kinder- und Jugendmedizin – neben der leistungsabhängigen Vergütung vorgeschlagen. Die Empfehlungen werden nunmehr auf Ebene der Bund-Länder-Gruppe diskutiert und sollen als Grundlage für gesetzliche Anpassungen dienen.

Vorbeugende Arzneimittelsicherheit für Kinder:

Um den Off-label-Use der Arzneimittelanwendung bei Kindern zu vermindern, wurde mit der EU-Kinderarzneimittelverordnung (EG) Nr. 1901/2006 ein regulatorisches Instrumentarium mit den Zielen geschaffen, die Forschung zur Entwicklung von Kinderarzneimitteln sowie die Zulassung von Kinderarzneimitteln mit geeigneten Darreichungsformen und Formulierungen zu fördern und die Verfügbarkeit von Informationen über Arzneimittel, die Kindern verabreicht werden, zu verbessern. Mit der Verordnung wurde eine Verpflichtung zur Vorlage eines pädiatrischen Prüfkonzeptes (paediatric investigation plan [PIP]) bei Einreichung der Zulassungsunterlagen mit Beschreibung des geplanten Entwicklungsprogrammes für eine Anwendung an Kindern geschaffen. Die Einführung des pädiatrischen Prüfkonzeptes hat in den letzten Jahren Wirkung gezeigt. Durch den Pädiatrieausschuss der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) wurden weit über 1.000 pädiatrische Prüfkonzepte genehmigt.

Weiterhin wurde mit der Verordnung eine Genehmigung für die pädiatrische Verwendung (Paediatric use marketing authorisation [PUMA]) eingeführt. Demnach kann für Arzneimittel, die schon für Erwachsene zugelassen sind, eine Zulassung für die pädiatrische Verwendung beantragt werden. Mit diesem Konzept soll es ermöglicht werden, die Off-label Anwendung von Arzneimitteln bei Kindern und Jugendlichen in den Zulassungsbereich zu führen. Der Erfolg des PUMA-Konzeptes blieb bislang unter den Erwartungen. Es wurden seit Einführung des PUMA-Konzeptes lediglich sechs PUMA-Zulassungen erteilt. Dazu gehören zum Beispiel Buccolam (Wirkstoff Midazolam) zur akuten Krampfkontrolle bei epileptischen Kindern oder Hemangirol (Wirkstoff Propranolol) zur Therapie des infantilen Hämangioms.

Die Europäische Kommission hat im August 2020 eine gemeinsame Evaluation der europäischen Gesetzgebung zu Arzneimitteln für Kinder (Verordnung [EG] Nr.



1901/2006) und seltenen Erkrankungen (Verordnung [EG] Nr. 141/2000) abgeschlossen und im November 2020 die Folgenabschätzung der Überarbeitung der Gesetzgebungen veröffentlicht. Der Bericht der Europäischen Kommission erläutert Schwachstellen und Verbesserungsansätze der genannten Verordnungen. Ein Legislativvorschlag zur Änderung der beiden Verordnungen ist von der Europäischen Kommission am 26. April 2023 vorgelegt worden.

Mit Blick auf die obigen Darlegungen sieht der Petitionsausschuss keinen Anlass für parlamentarische Aktivitäten im Sinne der Eingabe und empfiehlt daher, das Petitionsverfahren abzuschließen, weil dem Anliegen teilweise entsprochen worden ist. Der Antrag der Fraktion der CDU/CSU, die Petition der Bundesregierung – dem Bundesministerium für Gesundheit – als Material zu überweisen, soweit es um eine Verbesserung der Kinder- und Jugendmedizin geht, und das Petitionsverfahren im Übrigen abzuschließen und der Antrag der Gruppe Die Linke, die Petition der Bundesregierung – dem Bundesministerium für Gesundheit – als Material zu überweisen, wurde mehrheitlich abgelehnt.