

Mitteilung des Senats vom 18. April 2023

Medizinische Grundversorgung von Kindern im Land Bremen

Die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen hat unter Drucksache 20/1790 eine Kleine Anfrage zu obigem Thema an den Senat gerichtet.

Der Senat beantwortet die vorgenannte Kleine Anfrage wie folgt:

1. Medikamentenversorgung

- a) Welche Engpässe bestanden in der Medikamentenversorgung für Kinder (wie beispielsweise Antibiotika, Fiebersäfte, Elektrolytlösungen) im Jahr 2022 und welche bestehen aktuell?

— Fiebersenkende Arzneimittel

Seit Sommer 2022 besteht eine eingeschränkte Verfügbarkeit von Fiebersäften für Kinder mit den Wirkstoffen Ibuprofen und Paracetamol. In Folge verknappten ab Herbst 2022 auch Fieberzäpfchen mit diesen Wirkstoffen.

Fiebersäfte mit Paracetamol und Ibuprofen sind Stand Anfang März 2023 als Fertigarzneimittel weiterhin nicht uneingeschränkt lieferbar, Rückmeldungen aus Bremer Apotheken und aus dem vollsortierten Großhandel ergaben allerdings eine seit dem Jahreswechsel verbesserte Liefersituation.

Fieberzäpfchen sind gemäß der vorliegenden Rückmeldungen weiterhin nicht in ausreichendem Maß lieferbar.

— Antibiotika

Seit Herbst 2022 werden dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) von pharmazeutischen Unternehmen vermehrt Meldungen zur Nichtverfügbarkeit verschiedener Antibiotika eingereicht. Diese betrafen und betreffen vornehmlich sogenannte Breitspektrum-Antibiotika, die bei einer Vielzahl bakterieller Infektionen zum Einsatz kommen, aber auch Penicillin V als Beta-Lactam-Antibiotikum zum Einsatz bei unter anderem Streptokokken und anderen grampositiven Erregern.

Stand Anfang März 2023 sind in der Datenbank des BfArM weiterhin aktuelle Lieferengpassmeldungen kindgerechter Antibiotikazubereitungen vorhanden.

Arzneimittel mit den Wirkstoffen Amoxicillin, Amoxicillin/Clavulansäure, Penicillin V, Cefaclor sind seit Herbst 2022 insbesondere betroffen. Weitere Einträge sind vorhanden für kindgerechte Arzneimitteln mit Wirkstoffen aus den Gruppen der Cephalosporine und der Makrolide.

- Salbutamol-Inhalationslösungen

Mitte des Jahres 2022 gemeldete Engpässe von Inhalationslösungen mit dem Wirkstoff Salbutamol zum Einsatz in Verneblern bestehen, Stand Anfang März 2023 gemäß Datenbank des BfArM, fort.
 - Pulver zur Herstellung von Elektrolytlösungen

Seit etwa Mitte 2022 besteht ein Lieferengpass des Elektrolytpräparats Oralpädon zur Linderung der Folgen von Durchfallerkrankungen bei Kindern. Mitte 2022 hat der Hersteller angekündigt, keine weiteren Packungen in 2022 ausliefern zu können.

Der Lieferengpass besteht gemäß Rückmeldungen aus Bremer Apotheken und aus dem pharmazeutischen Großhandel weiterhin.
- b) Wie erklärt und bewertet der Senat die entstandenen Engpässe bei Medikamenten für Kinder im Land Bremen?
- Fiebersenkende Arzneimittel

In 2022 ist der Bedarf an den Fiebersenkern für Kinder gemäß Angaben des BfArM überproportional angestiegen. Die Ursachen hierfür konnten vom BfArM bislang nicht befriedigend ermittelt werden.
 - Antibiotika

Gründe für die gemeldeten Lieferengpässe an Antibiotika für Kinder sind gemäß Angaben des BfArM vornehmlich deutlich gestiegene Bedarfe, die nicht kompensiert werden können, da die Produktionskapazitäten zum jetzigen Zeitpunkt nicht ausreichen.

Im engmaschigen Austausch im europäischen Netzwerk ist gemäß BfArM deutlich geworden, dass Einschränkungen in der Verfügbarkeit von Antibiotika, insbesondere bei Amoxicillin, Amoxicillin/Clavulansäure und Penicillin V (Phenoxymethylpenicillin), sowohl in vielen Mitgliedstaaten der Europäischen Union als auch international zu konstatieren sind.
 - Salbutamol-Inhalationslösungen

Es wird davon ausgegangen, dass Produktionsprobleme eines Anbieters und darauffolgende Lieferausfälle nicht durch die verbliebenen Marktteilnehmer kompensiert werden konnten, was insgesamt zu einer schlechteren Verfügbarkeit der Produkte geführt hat.
 - Sonderfall Elektrolytlösungen

Bundesweite Lieferschwierigkeiten des Unternehmens STADA für das Produkt Oralpädon sind eine Folge der gesteigerten Nachfrage nach dem ähnlichen Produkt Elotrans, welches zur Bekämpfung der Dehydratation als Folge ausgelassenen Alkoholgenusses stark an Popularität gewonnen hat.
 - Hauptursachen

Von der eingeschränkten Verfügbarkeit von Arzneimitteln in der Vertriebskette ist Bremen genauso betroffen, wie die anderen Bundesländer auch. Lokale Verteilungsungleichgewichte können in der Vertriebskette kurzfristig entstehen, werden aber nicht als Hauptursache für die Lieferengpässe eingestuft.

Als wesentliche Ursache für Lieferengpässe wird der Kostendruck auf generikaherstellende Unternehmen identifiziert, der in

Folge von Marktkonzentrierung, Monopolisierung und Abwanderung der Produktion aus Europa verursacht und verstärkt wurde. Bei Ausfall eines Herstellers oder Störungen in der Lieferkette können die verbliebenen Marktteilnehmer die Versorgungslücke nicht vollständig kompensieren.

— Bewertung der Engpässe

Die Lieferengpässe bei Medikamenten für Kinder werden kritisch bewertet, die Lieferengpässe von kindgerechten Zubereitungen antibiotisch wirkender Fertigarzneimittel werden als hochgradig kritisch bewertet.

Aufgrund der geltenden Bevorratungspflichten der Apotheken wird davon ausgegangen, dass die Nachfrage nach den schlecht lieferbaren Produkten im weiteren Jahresverlauf hoch bleiben wird und gegebenenfalls nicht vollständig von der pharmazeutischen Industrie bedient werden kann.

Kurzfristige Produktionssteigerungen der pharmazeutischen Industrie zur ausreichenden Belieferung des deutschen Marktes werden nicht als möglich angesehen.

Es wird angenommen, dass sich die akute Mangelsituation hinsichtlich der Fiebersenker und Antibiotika für Kinder erst mit Abflachen der Erkrankungswellen im weiteren Verlauf des Jahres verbessern kann.

c) Welche kurzfristigen Lösungen wurden ergriffen, um die entstandenen Medikamentenengpässe abzufedern?

Im Land Bremen sind keine Hersteller der von Lieferengpässen betroffenen Arzneimittel für Kinder ansässig, sodass sich der Einfluss behördlicher Maßnahmen in erster Linie auf Apotheken beschränkt.

Das zuständige Arzneimittelreferat der senatorischen Behörde für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz steht zum Thema Lieferengpässe mit der Apothekerkammer Bremen und dem pharmazeutischen Großhandel im Land Bremen im regelmäßigen Austausch.

Als geeignete Lösung wurde die Eigenherstellung von Fieber- und Antibiotikasäften in Apotheken identifiziert. Apotheken dürfen bis zu 100 abgabefähige Packungen pro Tag im Voraus herstellen.

Die Bremer Apotheken erhielten dazu von der Apothekerkammer ein Informationspaket, das mit der senatorischen Behörde für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz abgestimmt war. Weiter wurde zwischen den obersten Landesbehörden für Gesundheit und der Bundesoberbehörde, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, ein Merkblatt abgestimmt und auf der Homepage des BfArM veröffentlicht. Damit konnten Vorbehalte und Rechtsunsicherheiten hinsichtlich der Eigenherstellung in Apotheken abgebaut werden.

d) Wie bewertet der Senat die Option, aus Tabletten für Erwachsene Säfte für Kinder herzustellen, und wird sich der Senat auf Bundesebene dafür einsetzen, dass in Mangelsituationen ärztliche Verordnungen dieser Natur von den Krankenkassen übernommen werden können?

Die Herstellung von Rezepturen aus Tabletten ist langjährige gängige Praxis in den Apotheken. Von der Option wird Gebrauch gemacht, wenn die notwendigen Wirkstoffe nicht in Reinform lieferbar sind.

Vor jeder Rezepturherstellung findet in Apotheken gemäß Apothekenbetriebsordnung eine Plausibilitätsprüfung statt, bei der auch Inkompatibilitäten und Besonderheiten bei der Herstellung berücksichtigt werden. Zur Herstellung von Fiebersäften aus Tabletten liegen

validierte Herstellungsvorschriften vor, auf die Apotheken zurückgreifen können.

Die Herstellung von Fiebersäften in Apotheken wird als gute Maßnahme zur Kompensation von Lieferengpässen bewertet.

Die Ausbildung des pharmazeutischen Fachpersonals in Deutschland sieht die Vermittlung von hoher Fachkenntnis in der Arzneimittelherstellung in Apotheken vor, von der Bremer Bürgerinnen und Bürger durch das flächendeckende Apothekennetz im Land Bremen profitieren können.

Der Senat setzt sich im Rahmen der regelmäßigen Gesundheitsministerkonferenzen mit dem Bund sowie im Rahmen der Gesetzgebungsverfahren für eine Kostenübernahme und kostendeckende Erstattung der Eigenherstellung von Arzneimitteln in Apotheken ein.

- e) Wie setzt sich der Senat für eine zukünftig gesicherte Medikamentenversorgung für Kinder im Land Bremen ein?

Die Problematik der Lieferengpässe ist ein strukturelles, bundesweites Problem, das sich vornehmlich auf Bund- beziehungsweise europäischer Ebene klären lässt.

Dazu wurde vom Bundesministerium für Gesundheit ein Referententwurf für ein Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln (ALBVVG) vorgelegt. Das Gesetzgebungsverfahren wird von der senatorischen Behörde für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz fachlich begleitet und im Rahmen der Kommentierungsmöglichkeit wurden weitere Maßnahmen angeregt.

2. Kinderärztliche Primärversorgung

- a) Wie bewertet der Senat die aktuelle Auslastung der kinderärztlichen Primärversorgung im Land Bremen?

Ausweislich der aktuellen Übersichten zur Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (Stand: jeweils 25. Januar 2023) kann mit Blick auf die Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzt:innen festgestellt werden, dass der Versorgungsgrad für den Planungsbe- reich Bremen-Stadt 129,7 Prozent und für den Planungsbereich Bremerhaven-Stadt 111,4 Prozent beträgt. Bei den Planungsbereichen besteht daher mit Blick auf die Arztgruppe der Kinder- und Jugend- ärzt:innen eine rechnerische Überversorgung. Darüber hinausge- hende Informationen zu objektiv messbaren Kriterien, anhand derer sich Hinweise auf die aktuelle Auslastung der Kinder- und Jugend- ärzt:innen ableiten lassen, liegen dem Senat nicht vor.

In diesem Zusammenhang teilte die Kassenärztliche Vereinigung Bremen auf Nachfrage mit, dass sich dem Vernehmen nach die Belastung der Kinder- und Jugendärzt:innen, wie diese sich im November 2022 wegen der angespannten Situation in den pädiatrischen Fachabtei- lungen der Bremer Krankenhäuser und der Erkältungswelle darge- stellt habe, bereits Anfang Januar 2023 mit Blick auf die Erkältungs- welle deutlich entschärft gezeigt habe. Die Abrechnungsdaten der Kinder- und Jugendärzt:innen für das vierte Quartal 2022 und das erste Quartal 2023 liegen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen indes noch nicht vor. Insoweit könne die Kassenärztliche Vereinigung Bremen daher keine Routinedaten zur Beantwortung der Frage nach der aktuellen Auslastung der Kinder- und Jugendärzt:innen heranzie- hen. Weiterhin teilte die Kassenärztliche Vereinigung Bremen auf Nachfrage mit, dass bei den Kinder- und Jugendärzt:innen grundsätz- lich erkennbar sei, dass die Anzahl der gebuchten Termine über die Terminservicestelle seit deren Beginn gestiegen sei, die Anzahl der

zur Verfügung gestellten Termine dagegen gesunken sei. Dieser Umstand sei allerdings auf die geringe Nachfrage über die Terminservicestelle zurückzuführen. So lasse sich zwar über die Daten der Terminservicestelle ein Trend zur Terminanspruchnahme ablesen, Aussagen zur Auslastung der Praxen seien hierüber allerdings weniger zuverlässig. Mündliche Rückmeldungen von Eltern, die die Kinderambulanz am Brill nutzten, lassen den Rückschluss zu, dass die Auslastung der Kinder- und Jugendarztpraxen im vierten Quartal 2022 und im ersten Quartal 2023 hoch gewesen sei.

Nach alledem stellt sich nach Auffassung des Senats die ambulante Versorgung mit Blick auf die Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzt:innen in den Planungsbereichen Bremen-Stadt und Bremerhaven-Stadt insgesamt als ausreichend dar, wohlwissend, dass die Versorgung innerhalb der Bremer Quartiere variiert. Valide Informationen, aus denen eine aktuelle strukturelle Überlastung der Kinder- und Jugendärzt:innen im Land Bremen zu folgern wäre, liegen dem Senat nicht vor.

- b) Welche Informationen liegen dem Senat bezüglich der Auslastung der Kinderambulanz am Brill vor?

Zur Eröffnung der Kinderambulanz Anfang Januar 2023 wurde mit einer maximalen täglichen Kapazität von 100 Kindern im direkten Arzt-Patienten-Kontakt und im Medizinischen Callcenter mit bis zu 160 Arzt-Anrufer-Kontakten kalkuliert.

Die Zahlen der direkten Arzt-Patienten-Kontakte in der Kinderambulanz stiegen von kurz nach Eröffnung bis in den Verlauf des Februars 2023 deutlich an. Es ergaben sich erhebliche Schwankungen der täglichen Inanspruchnahme, häufig mit erhöhten Zahlen vor und nach dem Wochenende. In der zweiten Februarhälfte lag die tägliche persönliche Inanspruchnahme zwischen 35 und 68 zu behandelnden Kindern.

Im Callcenter lagen die Zahlen zur Inanspruchnahme in der zweiten Februarhälfte 2023 schwankend zwischen 35 bis 100 Anrufer:innen pro Tag. Es zeigten sich hier ähnliche Verlaufstendenzen wie bei direkten Arzt-Patienten Kontakten. Bis einschließlich 17. März 2023 konnten in der Kinderambulanz am Brill 2 000 Kinder (inklusive Wiedervorstellungen) untersucht werden.

- c) Wie bewertet der Senat die bisherigen Erfahrungen mit dem durch die Kinderambulanz eingegangene Engagement des öffentlichen Gesundheitsdienstes an der Versorgung im niedergelassenen Bereich?

Der Senat bewertet die Erfahrungen mit der kurzfristig eröffneten Kinderambulanz als ausgesprochen positiv. Sie erwies sich als wertvoller Beitrag zur Abfederung der zeitweise sehr hohen Inanspruchnahme der kinderärztlichen Versorgung im Land Bremen. Vonseiten der Mitarbeiter:innen der Kinderambulanz wurde hier über einen hohen Leidensdruck der Familien gesprochen, die vor der Behandlung in der Ambulanz teilweise über Tage versucht hatten, eine Behandlung ihres Kindes in der Regelversorgung zu erhalten.

Nachdem die zeitweise sehr hohe Belastung der Kinderärztlichen Versorgung inzwischen nicht mehr vorliegt, besteht kein Grund mehr diese Einrichtung noch längere Zeit weiterzuführen.

Die Zusammenarbeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit den weiteren Akteuren in der Gesundheitsversorgung in Bremen hat sich aus Sicht des Senates hier gut bewährt.

- d) Welche Maßnahmen sind für die temporäre Kinderambulanz am Brill nach dem 17. März 2023 vorgesehen?

Die Kinderambulanz am Brill wurde aufgrund eines temporären Mehrbedarfs eingerichtet, da die saisonale Infektwelle nicht allein durch niedergelassene Kinderärzt:innen bewältigt werden konnte. Es sind zunächst keine Maßnahmen nach dem 17. März 2023 vorgesehen.

Es wurde jedoch ein Auftrag zur Beratung und Unterstützung der senatorischen Behörde bei der Gründung eines kommunalen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) vergeben. Neben Hausärzt:innen, könnten hier auch Kinderärzt:innen tätig sein. In zukünftigen Situationen eines temporären Mehrbedarfes könnte ein mögliches kommunales MVZ auch dazu genutzt werden, saisonale Spitzen oder besondere Bedarfe durch den Einsatz zusätzlichen Personals abzufedern.

- e) Die Finanzierung der kinderärztlichen Primärversorgung über Fallpauschalen und mit Budget- und Zulassungsbegrenzungen steht in der Kritik. Wie bewertet der Senat diese Finanzierungsform, und wird sich der Senat auf Bundesebene dafür einsetzen, die Finanzierung zu reformieren?

Die Ausübung der ambulanten Kinderheilkunde soll nach Auffassung der Bundesregierung in finanzieller Hinsicht dauerhaft attraktiver ausgestaltet werden, um auch in Zukunft eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung für Kinder und Jugendliche zu gewährleisten. Darauf hatte Herr Bundesminister Professor Dr. Karl Lauterbach unter anderem im Deutschen Bundestag am 26. Januar 2023 im Rahmen der ersten Beratung des von der Bundesregierung eingebrachten Entwurfs eines Fünfzehnten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (Bundestags-Drucksache 20/5334) hingewiesen (Bundestags-Plenarprotokoll 20/82, S. 9770 f.). Entsprechende Maßnahmen sollen im vorgenannten Gesetzentwurf durch Änderungsanträge eingebracht werden. In diesem Zusammenhang ist geplant, dass keine Begrenzungen oder Minderungen des Honorars für Leistungen der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin vorgesehen werden dürfen. Zugleich sollen die Krankenkassen dazu verpflichtet werden, diese Leistungen nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung in voller Höhe zu vergüten. Die Vergütung soll dabei Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bleiben. Da die genaue Höhe der vollen Vergütung erst nach der Abrechnung bekannt ist, ist geplant, dass die Krankenkassen die fehlende Vergütung nachzuzahlen haben, sofern die in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlte Summe nicht ausreicht. Durch die Änderungen soll sichergestellt werden, dass erbrachte Leistungen zu 100 Prozent bezahlt werden. Der Senat begrüßt die vorgenannten Reformpläne und wird entsprechende Reformvorhaben auf Bundesebene unterstützen.

- f) Nach den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung besteht im Land Bremen eine Überversorgung an Kinderärzt:innen. De facto sind jedoch viele Praxen stark überlastet. Wie kann nach Einschätzung des Senats in Zukunft eine realistischere Bedarfsplanung im Land Bremen erfolgen? Wie bewertet der Senat in diesem Zusammenhang eine Aufhebung der Zulassungsbegrenzungen?

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) erlassenen Richtlinien auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. Durch den Bedarfsplan sollen zum Zweck einer auch mittel- und langfristig wirksamen Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und als Grundlage für Sicherstellungsmaßnahmen umfassende und vergleichbare Übersichten über den Stand der

vertragsärztlichen Versorgung und die absehbare Entwicklung des Bedarfs erstellt werden. Der Bedarfsplan bildet vor allem die Grundlage für die Beratung von Ärztinnen und Ärzten, die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bereit sind. Auf seiner Grundlage ist zu prüfen, ob in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder droht, oder ob aufgrund einer Überversorgung eine Zulassungsbeschränkung durch den Landesausschuss auszusprechen ist. Darüber hinaus sind die Bedarfspläne Grundlage für die Bedarfsprüfung bei der Entscheidung über eine Ermächtigung von Ärztinnen und Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen. Der Bedarfsplan ist nach Maßgabe der vom GBA erlassenen Richtlinien aufzustellen. Auf dieser Grundlage obliegt es dem GBA, mittels der auf Basis von § 98 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erlassenen Bedarfsplanungs-Richtlinie, dem Bedarfsplan einen einheitlichen Rahmen zu setzen, eine orientierende Struktur vorzugeben und wesentliche Inhalte festzulegen.

Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad für die Bedarfsplanung ergibt sich aus Verhältniszahlen, die aufzeigen, auf welche Zahl der Bevölkerung eine Ärztin beziehungsweise ein Arzt für die ambulante Versorgung als bedarfsgerecht angesehen wird. Dem Soll-Versorgungsgrad wird im Rahmen der Bedarfsplanerstellung, namentlich innerhalb der einzelnen Planungsblätter, der Ist-Stand der vertragsärztlichen Versorgung gegenübergestellt, um den regionalen Versorgungsgrad zu ermitteln. Bei der Ist-Ermittlung werden hierbei sowohl die zugelassenen, niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte als auch weitere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer berücksichtigt. Es gilt dabei die Grundregel, dass nicht nach Köpfen, sondern nach tatsächlichem Leistungsangebot anzurechnen ist.

Bereits nach derzeitiger Rechtslage ist es nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V möglich, dass, soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, von den Richtlinien des GBA abgewichen werden kann. Demnach gibt die Bedarfsplanungs-Richtlinie der Bedarfsplanung zwar einen bundesweiten, einheitlichen Rahmen und eine klare Struktur und Methodik vor. Allerdings ist es möglich, von der Bedarfsplanungs-Richtlinie abzuweichen, wenn regionale Besonderheiten dies gestatten oder gebieten. Als regionale Besonderheiten kommen nach § 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie etwa eine spezifische regionale demografische Entwicklung, eine abweichende regionale Morbiditätsstruktur (etwa auffällige Prävalenzraten), spezifische sozioökonomische Faktoren (etwa eine hohe Arbeitslosigkeit), räumliche Faktoren (zum Beispiel eine Insellage) oder infrastrukturelle Gegebenheiten (zum Beispiel auch und gerade unter Berücksichtigung anderer Versorgungserbringer) in Betracht. Die Aufzählung in § 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie ist nicht abschließend („insbesondere“), sodass grundsätzlich auch weitere, eine Abweichung von der Bedarfsplanungs-Richtlinie begründende regionale Besonderheiten in Betracht kommen können. Ob regionale Abweichungen vorliegen und in welcher Weise sie aufzugreifen sind und entsprechend von der Bedarfsplanungs-Richtlinie abzuweichen ist, entscheiden die relevanten Bedarfsplanungsakteure (Kassenärztliche Vereinigung sowie Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen) im Einvernehmen miteinander. Wird aufgrund regionaler Besonderheiten um der bedarfsgerechten Versorgung Willen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie abgewichen, sind die entsprechenden Abweichungen im Bedarfsplan zu kennzeichnen und die Besonderheiten darzustellen.

Ausweislich des Bedarfsplans für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen vom 29. November 2019 kommen die Kassenärztliche Vereinigung Bremen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu der Überzeugung, dass eine systematische Abweichung von den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie nicht angezeigt sei, da etwaig auftretenden Bedarfen, die durch die dargestellte Planung im Einzelfall nicht ausreichend Berücksichtigung finden können, insbesondere mit den Instrumenten der Bedarfsplanungs- Richtlinie und des Zulassungsrechts begegnet werden könne. So kann der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen etwa gemäß § 100 Absatz 3 SGB V die Feststellung treffen, ob für eine bestimmte Region in einem nicht unterversorgten Planungsbereich ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. Soweit die Voraussetzungen vorliegen, hat der Zulassungsausschuss die Möglichkeit, auf Antrag eine lokale oder qualifikationsbezogene Sonderbedarfszulassung zu erteilen. Die Feststellung dieses Sonderbedarfs bedeutet die ausnahmsweise Zulassung eines zusätzlichen Vertragsarztes beziehungsweise einer zusätzlichen Vertragsärztin in einem Planungsbereich trotz bestehender Zulassungsbeschränkungen. Daneben hat der Zulassungsausschuss die Möglichkeit, auf Antrag Ärztinnen und Ärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen, sofern die Voraussetzungen hierfür vorliegen. Im Übrigen hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in der Vergangenheit bisher für keine Arztgruppe eine (drohende) Unterversorgung gemäß § 100 Absatz 1 Satz 1 SGB V festgestellt.

Zudem ist es den relevanten Bedarfsplanungsakteuren zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung ebenfalls möglich, auch für einzelne Arztgruppen (außer für die Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung), eine abweichende Raumgliederung für die Planungsbereiche, etwa eine weitere Untergliederung im Sinne einer kleinräumigeren Bedarfsplanung, vorzunehmen. Auf diese Möglichkeit hat die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen wiederholt hingewiesen und dabei betont, dass insbesondere kranke und ältere Menschen für eine medizinische Grundversorgung, wie etwa durch Hausärztinnen und Hausärzte, nicht zu weite Wege zurücklegen sollten. Dies sollte dem Grunde nach auch für die Erreichbarkeit von Kinder- und Jugendärzt:innen gelten. Daher ist eine kleinräumigere Bedarfsplanung, als die derzeit praktizierte, sinnvoll. Allerdings darf nicht außer Acht gelassen werden, dass auch eine kleinräumige Bedarfsplanung ihre Grenzen haben muss. Eine Ärztin oder ein Arzt muss so viele Patientinnen und Patienten versorgen können, dass der Betrieb einer Arztpraxis wirtschaftlich möglich ist. Es sind daher zahlreiche Aspekte bei der Planung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung zu berücksichtigen.

Das Thema wurde auch im Rahmen der 96. Konferenz der Ministerinnen/Minister und Senatorinnen/Senatoren für Gesundheit der Länder (GMK) mit Herrn Bundesgesundheitsminister Professor Dr. Karl Lauterbach am 30. Januar 2023 besprochen, wo auf gemeinsamen Antrag aller Länder einstimmig beschlossen wurde den Bund aufzufordern, die erforderlichen rechtlichen Anpassungen in den Grundlagen der Bedarfsplanung vorzunehmen sowie den Gemeinsamen Bundesausschuss zeitnah zu beauftragen, die notwendige Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie für die kinder- und jugendärztliche Versorgung umzusetzen, um nachhaltig eine flächendeckende wohnortnahe kinderärztliche Versorgung sicherzustellen.

Im Übrigen hält der Senat die bestehenden allgemeinen Regelungen zur Beschränkung von Zulassungen für sachgerecht und weist darauf

hin, dass weder die Aufhebung von Zulassungsbegrenzungen noch eine geänderte Bedarfsplanung Lösungen für das Problem des bestehenden Fachkräftemangels darstellen. In diesem Zusammenhang gilt es, neben den Fördermaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, auch vonseiten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Arbeitsbedingungen zu fördern, die zur weiteren Steigerung der Attraktivität des Arbeitgebers beitragen.

3. Kinderärztliche Notfall- und Akutversorgung

- a) Wie bewertet der Senat die aktuelle Auslastung der stationären und ambulanten Unterbringungs- beziehungsweise Behandlungsmöglichkeiten in der kinderärztlichen Akutversorgung in den Kinderkliniken?

Auf Anfrage wurde von den Kliniken im Land Bremen folgendes mitgeteilt: Im ambulanten Bereich ist ein Zustrom an ambulanten Patient:innen im Bereich der Kinder-Notfallambulanz zu verzeichnen. Grund hierfür ist eine Zunahme der Infektionserkrankungen. Es wurde darauf verwiesen, dass sich vermehrt Eltern mit ihren Kindern in der Notfallambulanz vorstellten, die zwar ambulante pädiatrische Krankheitsbilder haben, jedoch nicht den Kriterien einer Vorstellung in der Notfallambulanz entsprechen. Im stationären Bereich der kinderärztlichen Versorgung besteht eine anhaltend hohe Auslastung. Wie in allen anderen Bereichen, leidet auch die Pädiatrie unter dem Fachkräftemangel. Bei Auftreten von Infektionswellen durch akute Atemwegsinfektionen (zum Beispiel durch das RS-Virus, Coronavirus, oder Influenzaviren), steigt in der Regel auch die Ausfallquote der Mitarbeiter:innen. In der Folge kann es zu Bettensperrungen kommen. Der Senat bewertet die aktuelle Auslastung der stationären und ambulanten Unterbringungs- beziehungsweise Behandlungsmöglichkeiten in der kinderärztlichen Akutversorgung in den Kinderkliniken zusammenfassend als hoch.

- b) Wie viele eingewiesene Kinder mussten im Jahr 2021 und 2022 sowie im Januar und Februar 2023 abgewiesen beziehungsweise in andere Kliniken verlegt werden? (Bitte nach Jahren aufschlüsseln.)

Laut den Kliniken im Land Bremen liegen keine validen Daten vor, wie viele eingewiesene Kinder im Jahr 2021 und 2022 sowie im Januar und Februar 2023 abgewiesen beziehungsweise in andere Kliniken verlegt werden mussten.

- c) Wie viele (Risiko-)Gebärende mussten in den Jahren 2021 und 2022 sowie im Januar und Februar 2023 abgewiesen beziehungsweise in eine andere Klinik verlegt werden? (Bitte nach Jahren aufschlüsseln.) In welchem Umfang kam es im Jahr 2022 und bis zum aktuellen Zeitpunkt des Jahres 2023 in Bremer Kliniken zu einer Verlegung von Personal aus den regulären Erwachsenenstationen in die Kinderstationen, und welche Erfahrungen wurden mit diesem Vorgehen gemacht?

In den Geburtskliniken im Land Bremen finden jährlich circa 9 500 Geburten statt. Verlegungen von Gebärenden können bei Risikoschwangerschaften, welche aber nicht immer auch zu einer Risikogeburt führen, erforderlich sein, zum Beispiel von Geburtskliniken, die kein Perinatalzentrum Level 1 oder Level 2 aufweisen. Verlegungen können jedoch auch ressourcenbedingt erforderlich werden.

Auf die Frage, wie viele Gebärende insgesamt in den Jahren 2021 und 2022 sowie im Januar und Februar 2023 abgewiesen beziehungsweise in eine andere Klinik verlegt werden mussten wiesen vier der fünf Geburtskliniken Daten aus:

- 2021: 312
- 2022: 315

— 2023 (Januar und Februar): 50

Laut den Kliniken im Land Bremen liegen keine validen Daten vor, wie viele Risikogebärende in den Jahren 2021 und 2022 sowie im Januar und Februar 2023 abgewiesen beziehungsweise in eine andere Klinik verlegt werden mussten.

Laut den Kliniken im Land Bremen fand im Jahr 2022 und bis zum aktuellen Zeitpunkt des Jahres 2023 keine Umsteuerung von Personal von der Erwachsenenmedizin in die Kindermedizin statt.

- d) Welche kurzfristigen und überbrückenden Lösungen schlägt der Senat vor, sofern es zu kinderärztlichen und pflegerischen Engpässen in den Kinderkliniken kommt?

Als kurzfristige Maßnahmen werden jene erachtet, die die Kliniken im Land Bremen ergreifen, sofern es zu kinderärztlichen und pflegerischen Engpässen in den Kinderkliniken kommt:

- Zusammenlegung von Bereichen,
- effiziente Verteilung von Personalressourcen, gegebenenfalls Unterstützung durch medizinisch verwandte Fachabteilungen,
- Arbeitnehmerüberlassung,
- Verlegung von Patient:innen.

Die Kliniken weisen darauf hin, dass bei allen Maßnahmen darauf geachtet wird, dass die Auswirkungen auf die Patientenversorgung und das Behandlungsangebot so gering wie möglich sind.

Als mittel- und längerfristige Maßnahmen zur Milderung des Fachkräftemangels in der Pflege wird aktuell als eine Maßnahme ein Modellprojekt aufgrund der Erkenntnisse der Arbeitnehmerkammer-Studie „Ich pflege wieder, wenn“ vorbereitet. Diese Maßnahme ist Teil der Landesstrategie „Gendergerechtigkeit und Entgeltgleichheit“. Weitere Maßnahmen zur Ausbildungsförderung in der Pflege sind beispielsweise

- die Erweiterung des Beratungsangebotes zur Verhinderung von unreflektierten Ausbildungsabbrüchen „Bleib dran“,
- die Förderung der sprachlichen Kompetenz vor der Ausbildung,
- die Beschleunigung der Zulassung von ausländischen Fachkräften,
- der Ausbau der Pflegehilfeausbildungen,
- das Sonderprogramm zur Förderung des Studiengangs „Berufspädagogik Pflegewissenschaft“ sowie
- die Möglichkeit der Zulassung von Nachwuchslehrkräften in Pflegeschulen.

Diese und weitere Maßnahmen werden von der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz in Zusammenarbeit mit den relevanten Akteuren im Land Bremen und unter Einbindung insbesondere der Bremer Pflegeinitiative begleitet und forciert. In einer akuten Krankheitswelle werden diese zum jetzigen Zeitpunkt jedoch noch keine direkte Verbesserung der Versorgungssituation bewirken können.

Hinsichtlich der Pflege in der pädiatrischen Versorgung sei auf die generalistische Ausbildung hingewiesen. Diese bietet den Kinderkliniken die Chance, angehende generalistische Pflegekräfte für die Arbeit in der Kinderklinik dadurch zu gewinnen, dass sie sich als interessantes Lern- und Arbeitsfeld im Rahmen der Ausbildung zur Pflegefachfrau beziehungsweise zum Pflegefachmann präsentieren.

In Bezug auf ärztliches Personal empfiehlt es sich, die am Brill entstandene Kinderambulanz als „Best Practice-Beispiel“ auf andere Settings zu übertragen. Der Einsatz berenteter Kinderärzt:innen, wie er in der Kinderambulanz organisiert wurde, könnte auch in den Bremer Kliniken oder in niedergelassenen Praxen angedacht werden.

- e) Wie bewertet der Senat das Zusammenspiel zwischen der Kinderambulanz am Brill und den Angeboten des kinder- und jugendärztlichen Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung in Bremen? Inwieweit kann die Kinderambulanz das Notdienstsystem für Kinder entlasten?

Die Kinderambulanz am Brill stand in keinerlei zeitlicher und inhaltlicher „Konkurrenz“ oder Ergänzung zum kinder- und jugendärztlichen Notdienst, da die Öffnungszeiten der beiden Institutionen unterschiedlich waren. Die Kinderambulanz am Brill war wochentags von 9 bis 16 Uhr als Unterstützung des regulären ambulanten Systems geöffnet, während der kinder- und jugendärztliche Notdienst immer dann in Betrieb ist, wenn das Regelsystem geschlossen hat (wochentags ab dem Abend bis zum nächsten Morgen und an Wochenenden in 24 Stunden Öffnung).

Das Zusammenspiel zwischen der Notaufnahme des Eltern-Kind Zentrums des Klinikums Bremen Mitte und der Kinderambulanz am Brill kann hingegen mit kleinen Einschränkungen als sehr erfolgreich und entlastend für die Notaufnahme des Klinikums bezeichnet werden.

4. Fachkräfte für Kindergesundheit

- a) Wie viel Personal (Kinderärzt:innen und Pflegepersonal) stand in den Kinderkliniken des Landes Bremen in den letzten zehn Jahren jeweils zur Verfügung, und wie viele Stellen blieben unbesetzt, obwohl sie finanziell hinterlegt waren? (Angaben bitte nach Jahren aufschlüsseln und in Vollzeitäquivalent [VZÄ] angeben.)

Die nachfolgende Tabelle stellt das vorhandene Personal (Kinderärzt:innen und Pflegepersonal) in VZÄ, sowie das unbesetzte Personal (Kinderärzt:innen und Pflegepersonal) in VZÄ getrennt in den Kinderkliniken des Landes Bremen nach Jahren dar. Für die Jahre 2013 bis 2019 wiesen die Kliniken keine vollständigen Daten aus.

Jahr	Vorhandenes Personal (Kinderärzt:innen und Pflegepersonal) in VZÄ	Unbesetztes Personal (Kinderärzt:innen und Pflegepersonal) in VZÄ
2020	362,0	1,5
2021	367,7	5,4
2022	371,1	14,3

- b) Die Ausbildung in der Pflege wurde 2020 von der spezialisierten auf die generalistische Pflegeausbildung umgestellt. Wie kann aus Sicht des Senats dennoch den speziellen medizinischen Gesundheitsbeziehungsweise Behandlungsbedürfnissen von Kindern im Land Bremen nachgekommen werden? Wie bewertet der Senat in diesem Zusammenhang Bestrebungen, Alten- und Erwachsenenkrankenpflege weiterhin zusammenzufassen, Kinderheilkunde jedoch separat auszubilden?

Die generalistische Pflegeausbildung bereitet die Auszubildenden auf die Pflege in unterschiedlichen Versorgungssettings vor, insbesondere für die Bereiche Akutpflege, stationäre Langzeitpflege, ambulante Pflege sowie pädiatrische und psychiatrische Versorgung. Im Ergebnis werden perspektivisch grundsätzlich mehr ausgebildete Pflegefachpersonen zur Pflege von Menschen aller Altersgruppen im Vergleich zu den getrennten Ausbildungsberufen der Altenpflege,

Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen.

Im Verlauf des praktischen Teils der Ausbildung durchlaufen alle Auszubildenden einen Einsatz in der pädiatrischen Versorgung, wobei es in Bremen und bundesweit eine große Herausforderung ist, die notwendige Anzahl an Einsatzmöglichkeiten sicherzustellen.

Der Bremer Lehrplan für die Pflegeausbildung ist als Lernfeld-Curriculum strukturiert und ist per Verordnung von allen Pflegeschulen verpflichtend umzusetzen und geht ausführlich auf die besonderen Bedarfslagen von Kindern und Jugendlichen ein. So sind ganze Lernfelder der Unterstützung von Neugeborenen und ihren Eltern, der Überleitung von Kindern, Säuglingen und Jugendlichen in die Versorgungsbereiche sowie der komplexen Pflege bei ausgewählten angeborenen und erworbenen Erkrankungen von Kindern gewidmet. Eine Abdeckung der vollständigen Bandbreite von spezifischen Erkrankungen nach Altersgruppen entspricht nicht der Kompetenzorientierung und dem didaktischen Ansatz des Lernfeld-Curriculums. Es wird intensiv am Aufbau der Kompetenz gearbeitet, sich notwendiges Wissen zu erschließen und auf neue Situationen professionell reagieren zu können. Aus diesem Grund kann nicht erwartet werden, dass Pflegefachpersonen auf jegliche Situation in der pädiatrischen – sowie auch in den anderen Versorgungsbereichen – inhaltlich geschlossen vorbereitet sind. Vor diesem Hintergrund kommt den Einrichtungen insgesamt die Aufgabe zu, strukturell und inhaltlich entsprechende Konzepte zu entwickeln und umzusetzen, um generalistisch ausgebildete Pflegefachpersonen einzuarbeiten. Diese Konzepte müssen zwar eine längere Zeit der Einarbeitung einplanen als zur Zeit der bisherigen Ausbildungen, führen allerdings zu einer weitaus größeren Bandbreite an Einsatzmöglichkeiten der Absolventinnen und Absolventen und zu einer größeren beruflichen Mobilität der Pflegefachkräfte. Es bietet sich für die pädiatrischen Einrichtungen somit die große Chance, Personen für ihre Teams zu gewinnen, die bis dato die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen nicht erwogen haben.

Die derzeitigen von Interessensverbänden in die Diskussion gebrachte Forderung, die Kinderkrankenpflege (nicht die Kinderheilkunde als medizinische Disziplin, wie die Fragestellung aufwirft) wieder zu separieren und aus der zentralistischen Pflege auszugliedern, kommt verfrüht. § 62 Absatz 1 Pflegeberufegesetz sieht vor, dass zum 31. Dezember 2025 durch den Bund berichtet wird, in welchem Umfang und mit welcher Ausrichtung das Wahlrecht als Möglichkeit, sich für den altrechtlichen Abschluss „Altenpflege“ oder „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ zu entscheiden, in Anspruch genommen wird. Beträgt der Anteil unter 50,0 Prozent, sollen Anpassungen im Pflegeberufegesetz vorgenommen werden. Da bundesweit erst Anfang 2023 die ersten Absolventinnen und Absolventen die Ausbildung verlassen, besteht zum jetzigen Zeitpunkt noch kein Anlass und keine Erkenntnisgrundlage, hierüber eine Aussage zu treffen.

Die aktuell angepasste Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Kinderonkologie sieht vor, dass generalistisch ausgebildete Pflegefachpersonen mit dem durchgeführten Vertiefungseinsatz in der Pädiatrie und den von der Gesundheit Nord bereits während der Ausbildung absolvierten Dauer von 1 260 Stunden für die Arbeit in kinderonkologischen Zentren qualifiziert sind. Es wird erwartet, dass diese Vorgabe auf alle entsprechenden G-BA-Richtlinien übertragen wird. Außerhalb von pädiatrischen Zentren sind auch generalistisch ausgebildete Pflegefachpersonen mit einem nichtpädiatrischen Vertiefungseinsatz befähigt, mit Kindern und Jugendlichen zu arbeiten.

Es ist von großer Bedeutung, dass diese Möglichkeiten für generalistische Pflegefachperson vonseiten der Kinderkliniken und insbesondere von Interessenverbänden gegenüber den Auszubildenden korrekt wiedergegeben und nicht verengt dargestellt werden. Andernfalls führt dies zu einer Verunsicherung der Auszubildenden und suggeriert einen Entscheidungszwang, der so nicht gegeben ist. Wird diese Art der offenen Kommunikation praktiziert, wird dies vonseiten der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz ausdrücklich begrüßt.

- c) Wie viele Auszubildende befanden und befinden sich seit der Ausbildungsreform in der Vertiefung Pädiatrie, und hat die neue Ausbildungsform zu einer Erhöhung oder Verminderung der Auszubildendenzahlen im Bereich der Kinderheilkunde geführt?

Es werden von der Gesundheit Nord jährlich 30 Ausbildungsplätze mit der Vertiefung „Pädiatrie“ angeboten. Das Klinik Bremerhaven Reinkenheide bietet vier Vertiefungsplätze an.

In 2020 haben bei der Gesundheit Nord 26 Personen die Vertiefung absolviert, in Bremerhaven wurden die vier Plätze voll ausgefüllt.

Für 2021 kann nur für den Kursbeginn zum April eine Aussage getroffen werden, da die nachfolgenden Kurse noch nicht abgefragt wurden. Dies ist sinnvoll, da der Vertiefungsbereich noch gewechselt werden kann, bevor das dritte Ausbildungsjahr beginnt. Es haben in 2021 im Frühjahr-Kurs der Gesundheit Nord zehn Personen die Vertiefung „Pädiatrie“ gewählt.

Im Vergleich zur bisherigen Ausbildung bietet die Gesundheit Nord damit auf die Gesamtdauer der Ausbildung mit 90 Plätzen in der Vertiefung „Pädiatrie“ 15 Plätze mehr an als die bisherigen 75 Ausbildungsplätze in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Die bisherigen Zahlen lassen auf eine hohe Inanspruchnahme schließen. Gemeinsam mit den zusätzlichen Plätzen in der Pflegeakademie Bremerhaven (Klinikum Reinkenheide) kann hier von einer deutlichen Steigerung gesprochen werden.

- d) Mit welchen Maßnahmen will der Senat erreichen, dass Ausbildung und Tätigkeit im Bereich Kinderkrankenpflege in den Krankenhäusern attraktiver werden, sodass mehr Menschen in die Ausbildung gehen und im Beruf bleiben?

Die Arbeit in der pädiatrischen Versorgung als attraktives Arbeitsfeld zu bewerben und die Chance zu nutzen, während der Ausbildung angehende Pflegefachpersonen für die spätere Arbeit in der Kinderklinik zu gewinnen, liegt in der Verantwortung der entsprechenden Krankenhäuser. Wie bereits dargelegt, wird eine höhere Anzahl an Auszubildenden mit der Vertiefung „pädiatrische Versorgung“ geschlossen, als es bisher Ausbildungsplätze in der Ausbildung „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ nach dem außer Kraft getretenen Krankenpflegegesetz gegeben hat. Insgesamt konnte die Anzahl der Auszubildenden im Vergleich zu den altrechtlichen Ausbildungen im Land Bremen gesteigert werden. Für diejenigen Auszubildenden, die sich für die Vertiefung „Pädiatrie“ innerhalb ihrer generalistischen Ausbildung entschieden haben, wurde von der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz genehmigt, die praktischen Stunden in der Kinderklinik deutlich über das im Pflegeberufegesetz geforderte Maß anzuheben. Hierdurch besteht für die betreffenden Auszubildenden die Möglichkeit, dieses Arbeitsfeld intensiv kennenzulernen. Aufgrund der limitierten Möglichkeiten der praktischen Ausbildung in den Kinderkliniken und Kinderstationen im Land Bremen führt diese Sonderregelung allerdings dazu, dass

viele der Auszubildenden mit anderen Vertiefungsschwerpunkten innerhalb ihres pädiatrischen Pflichteinsatzes keine Möglichkeit erhalten, diesen in der klinischen pädiatrischen Versorgung durchzuführen, sodass auf andere Bereiche wie Kinderarztpraxen oder Rehabilitationseinrichtungen oder auch inklusive Kindertagesstätten ausgewichen werden muss.

Mit der Umsetzung der Ziele der Konzertierte(n) Aktion Pflege, insbesondere durch die Bremer PflegeInitiative und diversen Maßnahmen zur Unterstützung der Pflegeausbildung, leistet der Senat einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeausbildung insgesamt. Die Attraktivität als spezifischer Arbeitgeber „Kinderklinik“ liegt in der Verantwortung der jeweiligen Einrichtung. Wie bereits erwähnt, erscheint es nicht zielführend, die Auszubildenden zu einer Entscheidung zu drängen, sich für einen bestimmten Abschluss zu entscheiden. Dies ist zum einen auch mit Blick auf die neugefassten Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht korrekt und führt zum anderen im Zweifel eher dazu, dass dieser Versorgungsbereich als sehr wenig offen gegenüber jungen generalistisch ausgebildeten Pflegefachpersonen wahrgenommen wird, was der Attraktivität abträglich ist.