

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst,
Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 16/8291 –**

Auswirkungen der Regelungen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz sowie des Wettbewerbsstärkungsgesetzes auf die ärztliche Versorgung und die Versorgungsdichte für Patientinnen und Patienten

Vorbemerkung der Fragesteller

Seit dem 1. Januar 2007 sind infolge des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) neue Regelungen in Kraft, die für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte flexiblere Arbeitsmöglichkeiten eröffnen. Durch das VÄndG sowie das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) mit Gültigkeit ab 1. April 2007 sind eine Vielzahl von Regelungen in Kraft getreten. Diese Regelungen verfolgen unter anderem das Ziel, drohende oder schon bestehende ärztliche Unterversorgung zu verhindern oder zu beseitigen. Insbesondere besteht Unterversorgung im hausärztlichen Bereich in den neuen Bundesländern und im ländlichen Raum, aber nicht nur dort.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Mit dem am 1. Januar 2007 in Kraft getretenen VÄndG hat die Bundesregierung die zuvor vom Deutschen Ärztetag, dem Deutschen Zahnärztetag und dem Deutschen Psychotherapeutentag vorgenommene Liberalisierung und Flexibilisierung des jeweiligen Berufsrechts aufgegriffen und in das Vertragsarztrecht transformiert, um nicht nur die vertragsärztliche Berufsausübung effizienter und damit wettbewerbsfähiger zu gestalten, sondern auch um regionalen Versorgungsengpässen besser begegnen zu können. Gleichzeitig wurden mit dem VÄndG die bisherigen Instrumente zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ergänzt.

Die Liberalisierung und Flexibilisierung des Vertragsarztrechts und die vorgenommene Ergänzung der Sicherstellungsinstrumente beginnen langsam zu greifen und entfalten zunehmend ihre positiven Wirkungen. Konkrete Daten zur Umsetzung des VÄndG sowie des GKV-WSG liegen allerdings zum jetzi-

gen Zeitpunkt nur für wenige Maßnahmen vor, weitere Daten konnten von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auf Anfrage noch nicht zur Verfügung gestellt werden.

1. Wie viele Ärztinnen und Ärzte, aufgeschlüsselt nach Arztgruppe sowie nach Bundesland bzw. KV-Zugehörigkeit, haben nach Kenntnis der Bundesregierung von der neugeschaffenen Möglichkeit Gebrauch gemacht, an mehreren Orten gleichzeitig tätig werden zu dürfen?
2. Wie viele davon arbeiten in eigener Praxis, wie viele als Angestellte?
3. Wie viele der Inhaberinnen und Inhaber von Zweigpraxen lassen nach Kenntnis der Bundesregierung sich an diesen „weiteren Tätigkeitsorten“ durch angestellte Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unterstützen?
4. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, dass Ärztinnen und Ärzte die neugeschaffene Möglichkeit von Zweigpraxen dahingehend nutzen, dass sie sich in einer nicht überversorgten Region (beispielsweise Brandenburg; je nach Berufsgruppe) eine Zulassung besorgen, aber gleichzeitig in Teilzeit in überversorgten Regionen (beispielsweise Berlin) tätig werden?
5. Wie viele der Zweigpraxen sind in Regionen eröffnet worden, obwohl dort Zulassungsbeschränkungen für das Fachgebiet bestehen, da als entscheidendes Kriterium für die Genehmigung lediglich die Frage der Verbesserung der Versorgung, nicht jedoch die Unterversorgung am Tätigkeitsort festgelegt wurde und somit auch schon die Verkürzung langer Wartezeiten oder die Verringerung von Anreisezeiten zur nächst erreichbaren geeigneten Praxis für die Genehmigung ausreichend sein kann?
6. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Auswirkungen der Tätigkeit in Zweigpraxen am jeweiligen Stammsitz der Vertragsärztinnen und -ärzte?
7. Kann die Bundesregierung Aussagen darüber machen, ob sich bei den ärztlichen Verrechnungsstellen, insbesondere bei Teilniederlassungen außerhalb ihrer Heimat-KV, Abrechnungsschwierigkeiten ergaben?
8. Wenn ja, wie sind diese gelöst worden, und in welchem Umfang existieren diese?

Konkrete Daten zur Beantwortung der Fragen 1 bis 8 liegen nicht vor.

9. Welche Richtlinien hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung für die Qualitäts-, die Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfungen KV-übergreifender Berufsausübungsgemeinschaften ausgearbeitet?

Die KBV hat am 29. Mai 2007 die Richtlinie über die Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung bei einer den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung übergreifenden Berufsausübung beschlossen. Diese Richtlinie regelt für diese Fälle die Zuständigkeit für die Leistungsabrechnung, die Richtigkeitsprüfung, die Wirtschaftlichkeitsprüfung, die Honorarfestsetzungsbescheide sowie die Qualitätsprüfungen und Disziplinarangelegenheiten.

10. Wie viele Ärztinnen und Ärzte, wiederum aufgeschlüsselt nach Arztgruppe sowie nach Bundesland bzw. KV-Zugehörigkeit, arbeiten nach Kenntnis der Bundesregierung sowohl als niedergelassene Vertragsärztinnen bzw. -ärzte als auch als Angestellte im Krankenhaus oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)?
11. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung hinsichtlich jetzt erlaubter Zusammenschlüsse über Orts-, Praxis- und Fachbereichsgrenzen hinweg?
12. Wie verteilen sich derartige Zusammenschlüsse auf die unterschiedlichen Vertragskonstellationen zwischen Vertragsärztinnen und -ärzten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Medizinischen Versorgungszentren?

Konkrete Daten zur Beantwortung der Fragen 10 bis 12 liegen nicht vor.

13. Welche berufsrechtlichen Regelungen sind für Zusammenschlüsse von Vertragsärztinnen und -ärzten mit Medizinischen Versorgungszentren getroffen worden für den Fall, dass das MVZ eine juristische Person des Privatrechts darstellt, um auch diese Form des Zusammenschlusses genehmigungsfähig zu gestalten?

§ 95 Abs. 1 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bestimmt für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren, dass sich diese aller zulässigen Organisationsformen bedienen können. Aus § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V, der die Gesellschafter eines in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts betriebenen MVZ zur Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung verpflichtet, ergibt sich zudem, dass der Gesetzgeber davon ausgeht, dass MVZ auch in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts betrieben werden können.

Das allgemeine ärztliche Berufsrecht fällt nach dem Grundgesetz hingegen in die ausschließliche Zuständigkeit der Länder. Diese haben es in ihren Heilberufs- und Kammergesetzen vorwiegend den Ärztekammern überlassen, entsprechende Berufsordnungen aufzustellen, die im Wesentlichen mit der (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO) identisch sind und der Genehmigung durch die obersten Landesgesundheitsbehörden unterliegen. § 23a MBO bestimmt, dass Ärztinnen und Ärzte auch in der Form der juristischen Person des Privatrechts ärztlich tätig sein können. Gesellschafter einer Ärztegesellschaft können in der Regel nur Ärztinnen und Ärzte sein, die in der Gesellschaft beruflich tätig sind. Gewährleistet sein muss zudem, dass die Gesellschaft verantwortlich von einer Ärztin oder einem Arzt geführt wird und Geschäftsführer mehrheitlich Ärztinnen und Ärzte sind. Die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und der Stimmrechte muss Ärztinnen und Ärzten zustehen, Dritte dürfen nicht am Gewinn beteiligt sein und schließlich muss eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für alle dort tätigen Ärztinnen und Ärzte bestehen.

14. Wie viele Ärztinnen und Ärzte, wiederum aufgeschlüsselt nach Arztgruppe sowie nach Bundesland bzw. KV-Zugehörigkeit, haben nach Kenntnis der Bundesregierung von den neuen Anstellungserlaubnissen Gebrauch gemacht?

Konkrete Daten zur Beantwortung der Frage 14 liegen nicht vor.

15. Ist in den Bundesmantelverträgen die Konkretisierung der im Gesetz nicht bestimmten Zahl von Anstellungsverhältnissen erfolgt?

Falls ja, welchen Inhalt hat die Regelung?

Falls nein, warum ist dies (noch) nicht erfolgt?

Vorgaben zum zahlenmäßigen Umfang der angestellten Ärzte sind in § 14a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) festgelegt. Danach wird eine persönliche Leitung des Vertragsarztes vermutet, wenn je Vertragsarzt nicht mehr als drei vollzeitbeschäftigte Ärzte angestellt werden. Bei Vertragsärzten mit Teilzulassung vermindert sich die Beschäftigungsmöglichkeit auf einen vollzeitbeschäftigten oder zwei teilzeitbeschäftigte Ärzte je Vertragsarzt. Diese zahlenmäßigen Vorgaben sind jedoch nicht abschließend. Es ist dem Vertragsarzt grundsätzlich möglich, über den genannten Umfang hinaus Ärzte zu beschäftigen. In diesen Fällen hat er gemäß § 14a Abs. 1 Satz 6 BMV-Ä dem Zulassungsausschuss nachzuweisen, durch welche Vorkehrungen die persönliche Leitung der Praxis gewährleistet ist.

Für den vertragszahnärztlichen Bereich gilt nach § 4 Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-ZÄ), dass der Vertragszahnarzt im Rahmen der allgemeinen zulassungsrechtlichen Bestimmungen Zahnärzte zur Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz anstellen darf. Er ist auch in diesem Falle zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet. Unter diesen Voraussetzungen können am Vertragszahnarztsitz zwei vollzeitbeschäftigte bzw. bis zu vier teilzeitbeschäftigte Zahnärzte angestellt werden. Bei Vertragsärzten mit Teilzulassung vermindert sich die Beschäftigungsmöglichkeit auf einen vollzeitbeschäftigten Zahnarzt, zwei halbzeitbeschäftigte Zahnärzte oder vier Zahnärzte mit insgesamt höchstens vollzeitiger Beschäftigungsdauer.

16. Welche weiteren Konkretisierungen und Spezifizierungen haben nach dem Inkrafttreten des VÄndG und GKV-WSG erfolgen müssen?

Welche sind erfolgt und welche stehen noch aus?

Neben den in der Antwort zu Frage 9 und der Antwort zu Frage 15 aufgeführten Konkretisierungen hat es auch verschiedene Konkretisierungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gegeben. Noch nicht enthalten ist die notwendige Umsetzung des gesetzlichen Auftrags nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V (Voraussetzungen, nach denen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen feststellen können). Eine Beschlussfassung soll in der Sitzung des G-BA am 13. März 2008 erfolgen.

17. Wie viele Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten haben nach Kenntnis der Bundesregierung eine so genannte Teilzulassung beantragt und haben ihren Versorgungsauftrag damit auf die Hälfte vermindert?
18. Kann die Bundesregierung genauere Angaben hinsichtlich deren Geschlecht, Alter, Familienstand, Region, (Fach-)Arztgruppe o. Ä. machen, um daraus abzuleiten, wer von dieser Regelung in welchem Maße Gebrauch macht?
19. Wie viele davon sind inzwischen wieder zur Vollzulassung zurückgekehrt?

Konkrete Daten zur Beantwortung der Fragen 17 bis 19 liegen nicht vor.

20. Wie viele Hausärzte haben von der neuen Sonderregel nach § 95 Abs. 9a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Gebrauch gemacht und haben Hochschullehrer der Allgemeinmedizin und deren wissenschaftliche Mitarbeiter eingestellt?

Nach Angaben der KBV haben im Jahr drei Hausärzte von der Möglichkeit nach § 95 Abs. 9a SGB V Gebrauch gemacht und Hochschullehrer der Allgemeinmedizin oder deren wissenschaftliche Mitarbeiter eingestellt.

21. Kann die Bundesregierung beziffern, wie sich der Wegfall der Altersgrenzen von Vertragsärztinnen und -ärzten in Unterversorgungsregionen auswirkt?

Voraussetzung für eine über das 68. Lebensjahr hinausgehende Tätigkeit einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes nach § 95 Abs. 7 Satz 8 SGB V ist das Vorliegen eines Beschlusses des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V, mit dem festgestellt wird, dass in einem bestimmten Gebiet eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht. Nach Angaben der KBV liegen solche Beschlüsse von Landesausschüssen derzeit in 29 von 395 Planungsbereichen für einzelne Facharztgruppen vor. Dies betrifft Planungsbereiche in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Brandenburg (10), Niedersachsen (1), Sachsen (8), Sachsen-Anhalt (4) und Thüringen (6).

Bisher haben acht Vertragsärzte von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, über das 68. Lebensjahr hinaus vertragsärztlich tätig zu sein. Unter ihnen zwei Ärzte in der KV Niedersachsen, fünf in der KV Sachsen und ein Vertragsarzt in der KV Sachsen-Anhalt. In der KV Niedersachsen konnte die in einem Planungsbereich festgestellte Unterversorgung mit Hausärzten durch die Aufhebung der Altersgrenze von 68 Jahren abgebaut werden. In der KV Sachsen verbesserte sich die Versorgungssituation in drei der acht Planungsbereiche mit drohender Unterversorgung. Hier konnten aufgrund der Regelung vier Hausärzte und ein Psychotherapeut für die Versorgung gewonnen werden. In der KV Sachsen-Anhalt konnte bei drohender Unterversorgung im Fachbereich Anästhesie ebenfalls ein über 65 Jahre alter Facharzt für die Versorgung gewonnen werden.

22. Wie viele Ärztinnen und Ärzte, aufgeschlüsselt nach KV-Bezirk und Facharztzugehörigkeit, haben nach Kenntnis der Bundesregierung von der Erlaubnis Gebrauch gemacht, sich auch erst nach dem 55. Lebensjahr erstmalig zuzulassen?

Nach Angaben der KBV haben im Jahr 2007 104 Ärzte von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, sich auch noch nach dem 55. Lebensjahr erstmalig zuzulassen. Die konkrete Aufschlüsselung nach KV-Bezirken und Facharztzugehörigkeit ergibt sich aus nachfolgender Tabelle:

Kassenärztliche Vereinigung	Fachgruppe																				
	Allgemeinmediziner	Praktiker	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	Internisten	Kinderärzte	Kind.Jug.Psychiater	Laborärzte	Mund-Kiefer-Chirurgie	Neurochirurgen	Pathologen	Radiologen	Nuklearmediziner	Urologen	Sonstige Ärzte	Psychotherapeuten	Insgesamt
Schleswig-Holstein	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	9
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Bremen	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	4
Niedersachsen	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	2	0	2	1	0	0	0	10
Westfalen-Lippe	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	6
Nordrhein	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	3	10
Hessen	2	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2	11
Rheinland-Pfalz	1	1	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	9
Baden-Württemberg	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	8
Bayerns	5	2	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1	14
Berlin	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	3	8
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Brandenburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Sachsen	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5
Insgesamt	15	3	2	3	2	5	2	1	17	1	3	3	5	5	5	7	3	1	8	13	104
Quelle: KBV: Bundesarztregister zum 31. Dezember 2007 (vorläufige Auswertung)																					

Quelle: KBV: Bundesarztregister zum 31. Dezember 2007 (vorläufige Auswertung)

23. Wie viele Ärztinnen und Ärzte, aufgeschlüsselt nach KV-Bezirk und Facharztzugehörigkeit, haben nach Kenntnis der Bundesregierung in Gebieten mit schon bestehender oder drohender Unterversorgung von der Erlaubnis Gebrauch gemacht, über das 68. Lebensjahr vertragsärztlich tätig sein zu dürfen?

Es wird auf die Antwort zu Frage 21 Bezug genommen.

24. Wie viele davon – aufgeschlüsselt nach KV-Bezirk und Facharztzugehörigkeit – haben mittlerweile ihre vertragsärztliche Zulassung wieder entzogen bekommen, da das Kriterium der latenten oder existierenden Unterversorgung zwischenzeitlich wieder entfallen ist?

Keiner der in der Antwort zu Frage 21 genannten Ärzte hat die vertragsärztliche Zulassung wieder entzogen bekommen, weil das Kriterium der latenten oder existierenden Unterversorgung zwischenzeitlich wieder entfallen ist. § 95

Abs. 7 Satz 9 SGB V sieht allerdings auch vor, dass die Zulassung der betreffenden Ärzte erst spätestens ein Jahr nach Aufhebung der Feststellung des Landesausschusses nach § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V endet.

25. Kann die Bundesregierung Angaben machen hinsichtlich der Höhe real erfolgter Zu- und Abschläge bei der ärztlichen Vergütung in Über- bzw. Unterversorgungsgebieten?

§ 105 SGB V sieht zum Abbau von eingetretender oder drohender Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung übergangsweise bis einschließlich 2009 die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an betroffene Ärzte vor. Über die Gewährung der Sicherstellungszuschläge entscheiden die zuständigen Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen. Zur Höhe real erfolgter Sicherstellungszuschläge liegen der Bundesregierung keine Daten vor. Erst mit Wirkung ab dem Jahr 2010 wird statt der Sicherstellungszuschläge für Ärzte im Rahmen der Reform der vertragsärztlichen Vergütung ein finanzielles Anreizsystem zur Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens eingeführt. Danach ist in den einzelnen Planungsregionen bei Vorliegen von Überversorgung ein niedrigerer Preis und bei Vorliegen von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung ein höherer Preis als der Regelfallpreis in der Euro-Gebührenordnung auszuweisen.

26. Gibt es belastbare Daten, die nahelegen, dass das Ziel, die Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit zu steigern, erreicht wurde?

Nach den von der KBV veröffentlichten Daten hat die Zahl der offenen Planungsbereiche für Hausärzte Anfang 2007 weiter abgenommen, d. h. der Grad der Überversorgung hat sich weiter erhöht. Waren Ende 2006 bundesweit 150 Planungsbereiche für Hausärzte gesperrt, waren es Anfang 2007 schon 175, d. h. 16,7 Prozent mehr. Die Zahl der offenen Planungsbereiche hat sich bundesweit innerhalb von 24 Monaten um 28 (–11,3 Prozent) verringert und die Zahl der Niederlassungsmöglichkeiten für Hausärzte zwischen Anfang 2005 und Anfang 2007 um 350 (–14,5 Prozent) verringert. Gegenüber 2006 hat die Zahl der offenen Bezirke in acht KVen abgenommen; und zwar auch in solchen mit geringerer Versorgungsdichte, wie Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Niedersachsen und Thüringen. Am stärksten war der Rückgang jedoch in Bayern und Baden-Württemberg. Diese Daten zeigen, dass es offenbar nach wie vor attraktiv ist, eine hausärztliche Tätigkeit auszuüben. Gleichwohl bleibt die Sicherung der Attraktivität des Hausarztberufs als Perspektive für die Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner ein wichtiges Anliegen der Bundesregierung.

27. Wie viele Ärztinnen und Ärzte haben nach Kenntnis der Bundesregierung seit Inkrafttreten der Liberalisierungen der vertragsärztlichen Regelungen eine hausärztliche Tätigkeit neu aufgenommen, und wie ist dies im Vergleich zu den Vorjahren zu bewerten?

Nach Angaben der KBV haben im Jahr 2007 1 980 Hausärzte (ohne Kinderärzte) eine vertragsärztliche Tätigkeit aufgenommen. Im Jahr 2006 waren es 2 102. Da es sich bei der Niederlassung regelmäßig um eine langfristig geplante Entscheidung handelt, ist ein Zusammenhang zwischen dem leichten Rückgang im Jahr 2007 und dem Inkrafttreten des VÄndG und dem GKV-WSG nicht zu vermuten.

28. In welchem durchschnittlichen Alter sind diese, und können sie damit nachhaltig zur Verhinderung von Unterversorgung beitragen?

Das Durchschnittsalter der Hausärzte (ohne Kinderärzte), die im Jahr 2007 eine vertragsärztliche Tätigkeit aufgenommen haben, beträgt 41 Jahre. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass sie nachhaltig zur Verhinderung von Unterversorgung beitragen werden.

29. Sieht die Bundesregierung, dass große Planungsbereiche, wie im Falle von Berlin oder Hamburg oder im Falle großer Landkreise, dazu führen können, dass es Anhäufungen von Ärzten in gewissen Teilen der Planungsbereiche gibt, während andere Gebiete innerhalb der gleichen Planungsbereiche schlecht bzw. unterversorgt sind?

Wie könnte man diesem Problem begegnen?

Wie beurteilt die Bundesregierung Modelle, die kleinere Planungsbereiche vorsehen?

Es ist zutreffend, dass es in großen Planungsbereichen zu Anhäufungen von Ärzten in gewissen Teilen eines solchen Planungsbereiches kommen kann, während andere Gebiete innerhalb des gleichen Planungsbereiches schlechter versorgt sind. Die Verantwortung für die vertragsärztliche Bedarfsplanung trägt die Gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Vertragsärzten. Sollte der G-BA daher zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung eine Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie für erforderlich ansehen, steht die Bundesregierung einer solchen Änderung offen gegenüber.

Im Übrigen wird auch gelegentlich darüber berichtet, dass die nicht sachgerechte Verteilung der Ärzte in großen Planungsbereichen auf Praxisverlegungen zurückzuführen ist. Hier ist auf § 24 Abs. 7 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte hinzuweisen. Aus diesem ergibt sich, dass Zulassungsausschüsse einen Antrag auf Verlegung eines Vertragsarztsitzes nur genehmigen dürfen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung einer Genehmigung der Sitzverlegung nicht entgegenstehen.

30. Gibt es zur Überprüfung der Auswirkungen der Liberalisierung des Vertragsarztrechts eine unabhängige Begleitforschung?

Ist von Seiten der Bundesregierung eine solche geplant, wann wird diese in Auftrag gegeben, und wann ist mit Ergebnissen zu rechnen?

31. Wenn ja, wer führt diese durch?

32. Wenn nein, wie soll die Bundesregierung und die Öffentlichkeit erkennen können, ob die Ziele, die sich die Bundesregierung mit der Liberalisierung und Flexibilisierung des Vertragsarztrechts, insbesondere die bessere Versorgung schlecht versorgter Regionen, erreicht wurde?

Die Fragen 30 bis 32 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Eine unabhängige Begleitforschung zur Überprüfung der Auswirkungen der Liberalisierung des Vertragsarztrechts ist nicht vorgesehen. Eine solche unabhängige Begleitforschung wird auch nicht für erforderlich angesehen. Die Bundesregierung wird insbesondere die Frage, ob die Liberalisierung und Flexibilisierung des Vertragsarztrechts zu einer besseren Versorgung geführt hat, mit den zuständigen Landesministerien und der KBV zu gegebener Zeit erörtern.