

Kleine Anfrage

**der Abgeordneten Dr. Armin Grau, Dr. Janosch Dahmen, Linda Heitmann,
Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, Simone Fischer, Johannes Wagner und der Fraktion
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

Hausärztliche Strukturen als zentraler Bestandteil einer guten Primärversorgung in Deutschland

Eine gute und erreichbare Versorgung muss sich an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten orientieren. Mit dem Ziel, die Gesundheitsversorgung in Deutschland zu sichern, sieht der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD die Schaffung primärärztlicher Versorgungsstrukturen vor. Blickt man auf internationale Beispiele (z. B. Dänemark, Niederlande, Großbritannien), so dient die primärärztliche Praxis in der Regel als erster ambulanter Anlaufpunkt für die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Sie koordiniert – sofern notwendig – die Weiterbehandlung durch entsprechende Fachärztinnen und Fachärzte (vgl. Gutachten SVR-Gesundheit 2024). Dieses Modell soll unter anderem dabei helfen, medizinisch nicht indizierte Facharztkontakte zu reduzieren und dadurch Ressourcen zu sparen. Entscheidend dabei ist, dass die Patientinnen und Patienten die Primärversorgung bzw. Steuerung durch Hausärztinnen und Hausärzte nicht als zusätzliche Hürde beim Zugang zur fachärztlichen Versorgung erleben, sondern durchweg eine bessere und im Bedarfsfall auch schnellere Versorgung erhalten. Dazu ist nach Ansicht der Fragestellenden deutlich mehr erforderlich als aktuell aus den Vorschlägen der Koalition ersichtlich wird. Nur so wird ein solches System auch die nötige Akzeptanz finden.

Ein zentrales Element des Konzepts ist die verpflichtende Registrierung aller Versicherten bei einer hausärztlichen Praxis. Dies soll u. a. eine bessere Koordination, präventive Maßnahmen und eine zielgerichtete Versorgung ermöglichen. Die hausarztzentrierte Versorgung (HzV), bei der sich Versicherte freiwillig in ihrer Hausarztpraxis einschreiben, kann hier als positives Beispiel dienen. Der in Deutschland zu verzeichnende Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten, insbesondere in ländlichen Räumen, kann davon nicht losgelöst betrachtet werden. Die Schaffung funktionierender Strukturen der Primärversorgung kann nach Auffassung der Fragestellenden nur gelingen, wenn zeitgleich Konzepte erarbeitet werden, die diesem Mangel entgegenwirken. Hierbei muss ein Fokus auf koordinierter und sektorenübergreifender Patientenbetreuung liegen. Ebenso von Bedeutung ist es, dass der direkte Zugang zu bestimmten fachärztlichen Bereichen erhalten bleibt, etwa zur Gynäkologie, und Augenheilkunde. Für chronisch kranke Patientinnen und Patienten bedarf es ebenso besonderer Regelungen. Auch Menschen mit psychiatrischen oder psychotherapeutischen Hilfebedarf sollten weiterhin direkt Zugang zu diesen Versorgungsbereichen behalten. Das Angebot der psychotherapeutischen Sprechstunde ist dabei ein bewährtes Instrument zur Steuerung.

Bislang liegt noch kein Entwurf der Bundesregierung für die Ausgestaltung der Primärversorgung vor. Ebenso unklar ist, inwiefern das System der deutschen Gesundheitsversorgung zum gegenwärtigen Zeitpunkt ausreichend vorbereitet ist, um ein System der Primärversorgung zeitnah zu implementieren.

Aus den geschilderten Gründen fragen wir die Bundesregierung:

1. Wie viele Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin und an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Internistinnen und Internisten dargestellt in absoluten Zahlen und als jeweilige Vollzeitäquivalente stehen nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit in der hausärztlichen Versorgung im Bundesgebiet und differenziert nach einzelnen Bundesländern und Raumkategorien (städtisch, halbstädtisch und ländlich, im Folgenden nur „Raumkategorien“ genannt) sowie nach Geschlecht und nach Altersgruppen zur Verfügung?
2. Wie haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Gesamtzahl der Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin und an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Internistinnen und Internisten (im Folgenden kurz: Hausärztinnen und Hausärzte) und die Verhältniszahlen zwischen Hausärzten und spezialisierten Fachärzten seit der Wiedervereinigung entwickelt?
3. Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahlen der Hausärztinnen und Hausärzte und spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten pro Kopf der Bevölkerung über 18 Jahre im Bundesgebiet, in den Bundesländern und aufgeschlüsselt nach Raumkategorien?
4. Wie sind aktuell nach Kenntnis der Bundesregierung die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen hausärztlichen Termin untergliedert nach Bundesländern, KV-Bezirken und wie liegen diese Wartezeiten im Vergleich zu denen im fachärztlichen Bereich?
5. Wie viele unbesetzte Hausarztstühle gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland insgesamt sowie in den einzelnen Bundesländern und in den einzelnen Mittelbereichen, die als Planungseinheiten für den hausärztlichen Bereich dienen?
6. Wie viele hausärztliche Praxen nehmen nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell keine neuen Patientinnen und Patienten mehr auf?
7. Wie viele hausärztliche Praxen nehmen nach Kenntnis der Bundesregierung faktisch nicht an der hausärztlichen Versorgung teil (sog. „atypische Hausarztpraxen“, die etwa keine Rezepte ausstellen, keine Hausbesuche durchführen oder nur spezialisierte – zum Beispiel psychotherapeutische – Leistungen erbringen)?
8. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl bzw. der Anteil der Hausärztinnen und -ärzte, die bis 2030, 2035 und 2040 erwartungsgemäß in Ruhestand gehen werden und mit wie vielen zusätzlichen Hausärztinnen und Hausärzten rechnet das Ministerium, die bis 2030, 2035 und 2040 neu eine hausärztliche Tätigkeit als niedergelassene oder angestellte (Vertrags-)Ärztinnen und (Vertrags-)Ärzte aufnehmen werden?
9. Wie wird sich durch diese demographische Entwicklung nach Ansicht der Bundesregierung die hausärztliche Versorgung in Deutschland verändern?
10. Wie viele freie haus- und kinderärztliche Kassensitze wird es nach Erwartung der Bundesregierung bis 2030, 2035 und 2040 im Bund, in den einzelnen Bundesländern und unterteilt nach Raumkategorien geben?

11. In wie vielen Mittelbereichen in Deutschland und in welchen Mittelbereichen im Einzelnen besteht nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell ein Versorgungsgrad von unter 75 %, von über 110 % und von über 140 % im hausärztlichen Bereich?
12. Für welche Mittelbereiche in Deutschland haben nach Kenntnis der Bundesregierung die Landesausschüsse derzeit Unterversorgung bzw. drohende Unterversorgung festgestellt?
13. Welche Entwicklung erwartet die Bundesregierung bezüglich der Unter- und Überversorgung im hausärztlichen Bereich in Deutschland und wie beurteilt die Bundesregierung die regionale Heterogenität (urban – ländlich, aber auch innerhalb von Städten) der hausärztlichen Versorgung?
14. In wie vielen Mittelbereichen können nach Kenntnis der Bundesregierung 95 % der Bewohnerinnen und Bewohner die nächste hausärztliche Praxis in weniger als 10 bzw. in weniger als 20 PKW-Minuten erreichen und in welchen Mittelbereichen ist eine Erreichbarkeit innerhalb von 20 Minuten nicht für 95 % der Bevölkerung möglich (vgl. § 35 Bedarfsplanungsrichtlinie G-BA)?
15. Wie ist die Erreichbarkeit hausärztlicher Praxen mit öffentlichem Personennahverkehr (ÖPNV) nach Kenntnis der Bundesregierung?
Wie hoch ist der Anteil der Mittelbereiche, in denen mindestens 95 % der Bevölkerung mittels ÖPNV die nächste hausärztliche Praxis nicht in 20 Minuten erreichen kann?
16. In wie vielen hausärztlichen Praxen arbeiten nach Kenntnis der Bundesregierung heute Angestellte nicht-ärztlicher medizinischer Gesundheitsberufe (Gesamtzahl und prozentualer Anteil an allen Praxen) insgesamt und aufgliedert nach Berufsgruppen (Medizinassistentinnen und Medizinassistenten (physician assistants), community health nurses, advanced practice nurses, primary care manager, andere akademische Gesundheitsberufe; Versorgungsassistentinnen und Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAH), Nicht-ärztliche Praxisassistentinnen und Praxisassistenten (NäPA), Medizinische Fachangestellte (MFA) mit Weiterbildungen, MFA ohne besondere Weiterbildungen, andere nicht-akademische Gesundheitsberufe) und welche Maßnahmen sind zu ergreifen, um die Daten zu dieser Frage bereitstellen zu können, falls der Bundesregierung aktuell keine ausreichenden Zahlen zu dieser Frage vorliegen sollten?
17. Wie viele hausärztlich tätige Kinderärztinnen und Kinderärzte dargestellt in absoluten Zahlen und als jeweilige Vollzeitäquivalente stehen derzeit in der ambulanten kinderärztlichen Versorgung im Bundesgebiet und aufgetrennt nach einzelnen Bundesländern, nach Raumkategorien, nach Geschlecht und nach Altersgruppen zur Verfügung?
18. Wie sind nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen kinderärztlichen Termin untergliedert nach Bundesländern und Raumkategorien?
19. Wie viele unbesetzte Facharztsitze für Kinder- und Jugendmedizin gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland, in den einzelnen Bundesländern und in den einzelnen Planungsregionen (Kreise und kreisfreie Städte)?
20. Wie viele kinderärztliche Praxen nehmen nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell keine neuen Patientinnen und Patienten mehr auf, wenn möglich untergliedert nach Bundesländern und Planungsregionen?
21. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der jeweilige Anteil der Kinderärztinnen und -ärzte im Bund und in den einzelnen Bundesländern,

die bis 2030, 2035 und 2040 erwartungsgemäß in Ruhestand gehen werden und mit wie vielen zusätzlichen Kinderärztinnen und -ärzten rechnet das Ministerium, die bis 2030, 2035 und 2040 neu eine ambulante kinderärztliche Tätigkeit aufnehmen werden?

22. Wie wird sich durch diese demographische Entwicklung nach Ansicht der Bundesregierung die kinderärztliche Versorgung in Deutschland verändern und wie viele freie kinderärztliche Kassensitze wird es nach Erwartung der Bundesregierung bis 2030, 2035 und 2040 im Bund, in den einzelnen Bundesländern und unterteilt nach Raumkategorien geben?
23. In wie vielen kinderärztlichen Planungsbereichen (Kreisen und kreisfreie Städte) in Deutschland insgesamt und in welchen Planungsbereichen im Einzelnen besteht nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell im kinderärztlichen Bereich ein Versorgungsgrad von unter 50 %, von über 110 % und von über 140 %?
24. Für welche kinderärztlichen Planungsbereiche in Deutschland haben nach Kenntnis der Bundesregierung die Landesausschüsse derzeit Unterversorgung bzw. drohende Unterversorgung festgestellt?
25. Welche Entwicklung erwartet die Bundesregierung bezüglich der Entwicklung unter- und überversorgter Regionen im Bereich der kinderärztlichen Versorgung, wie beurteilt die Bundesregierung die regionale Heterogenität (urban – ländlich, aber auch innerhalb von Städten) der Versorgung und welche Maßnahmen hält die Bundesregierung für erforderlich, um Fehlentwicklungen entgegenzuwirken und hält die Bundesregierung die Grenze von 50 % beim Versorgungsgrad zur Feststellung von Unterversorgung im kinderärztlichen Bereich für angemessen?
26. In wie vielen Kreisen und kreisfreien Städten können nach Kenntnis der Bundesregierung 95 % der Bewohnerinnen und Bewohner unter 18 Jahren die nächste kinderärztliche Praxis in weniger als 30 PKW-Minuten erreichen und in welchen Kreisen und kreisfreien Städten ist eine Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten nicht für 95 % der Bevölkerung möglich (vgl. § 35 Bedarfsplanungsrichtlinie G-BA)?
27. Wie ist die Erreichbarkeit kinderärztlicher Praxen mit öffentlichem Personennahverkehr nach Kenntnis der Bundesregierung?

Wie hoch ist der Anteil der Kreise und kreisfreien Städte, in denen mindestens 95 % der Bevölkerung mittels ÖPNV die nächste kinderärztliche Praxis nicht in 30 Minuten erreichen kann?
28. In wie vielen kinderärztlichen Praxen arbeiten heute nach Kenntnis der Bundesregierung Angestellte nicht-ärztlicher medizinischer Gesundheitsberufe (Gesamtzahl und prozentualer Anteil an allen Praxen) insgesamt und aufgegliedert nach Berufsgruppen (Medizinassistentinnen und Medizinassistenten (physician assistants), community health nurses, advanced practice nurses, primary care manager, andere akademische Gesundheitsberufe; Versorgungsassistentinnen und Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAH), Nicht-ärztliche Praxisassistenteninnen und Praxisassistenten (NäPA), Medizinische Fachangestellte (MFA) mit Weiterbildungen, MFA ohne besondere Weiterbildungen, andere nicht-akademische Gesundheitsberufe) und welche Maßnahmen sind zu ergreifen, um die Daten zu dieser Frage bereitstellen zu können, falls der Bundesregierung aktuell keine ausreichenden Zahlen zu dieser Frage vorliegen sollten?
29. Welche internationalen Vergleichszahlen zur Anzahl der primär- und fachärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte pro Kopf der Bevölkerung und zum

Anteil der primärärztlich- und fachärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte an der Gesamtzahl der im Gesundheitswesen tätigen Ärztinnen und Ärzte gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung und welche hält die Bundesregierung für aussagekräftig?

30. Wo steht Deutschland im Ländervergleich bezüglich der Anzahl der primär- und fachärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte pro Kopf der Bevölkerung und bezüglich des Anteils der primärärztlich- und fachärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte an der der Gesamtzahl der im Gesundheitswesen tätigen Ärztinnen und Ärzte?
31. Wie beurteilt die Bundesregierung die Versorgungslage im hausärztlichen, kinderärztlichen und sonstigen fachärztlichen Bereich in Deutschland mit Blick auf den Ländervergleich (siehe Frage 30)?
32. Wie beurteilt die Bundesregierung vor dem Hintergrund der vorherigen Fragen und vor dem Hintergrund des aktuell bestehenden hausärztlichen und pädiatrischen Angebots die Möglichkeit, in Deutschland kurzfristig ein verpflichtendes Primärversorgungssystem einzuführen?
33. Wenn die Bundesregierung der Meinung ist, dass ein verpflichtendes Primärversorgungssystem nicht unmittelbar umsetzbar ist, welche vorbereitenden Maßnahmen müssen mit welcher zeitlichen Perspektive ergriffen werden, um ein verpflichtendes Primärversorgungssystem einzuführen?
34. Kann nach Auffassung der Bundesregierung bei einer verpflichtenden Einschreibung in einem Primärversorgungssystem für jede Bürgerin/jeden Bürger eine Einschreibemöglichkeit zugesagt werden?
Welche maximalen Fahrzeiten zu einer Praxis, in der eine Einschreibung erfolgt, sollen dabei aus Sicht der Bundesregierung eingehalten werden?
35. Wie will die Bundesregierung die Primärversorgung durch ärztliche Praxen mit anderen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen verknüpfen (z. B. innerhalb von Primärversorgungszentren) und dabei auch sektorübergreifenden Aspekten gerecht werden?
36. In welcher Höhe könnten durch ein von der Bundesregierung vorgesehene System der Primärversorgung konkret Mehrkosten vermieden sowie Einsparungen (etwa durch Effizienzsteigerungen) erreicht werden?
Welche Schätzungen, Projektionen oder Modellierungen wurden zur Beantwortung dieser Frage erstellt bzw. sind in Planung?
37. Sind nach Ansicht der Bundesregierung in Zukunft insbesondere unter dem Aspekt der Einführung eines verpflichtenden Primärversorgungssystems andere Planungseinheiten anstelle der aktuellen Mittelbereiche, andere Verhältniszahlen bei den Planungen oder andere Planungsgrößen anstelle von „Sitzen“ erforderlich, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu ermöglichen, und wenn ja, welche?
38. Abgesehen von den regionalen Planungseinheiten und Verhältniszahlen ist die aktuelle Grundlage der Bedarfsplanung im hausärztlichen und kinderärztlichen Bereich sachdienlich und ausreichend, um dem tatsächlichen regionalen und lokalen Versorgungsbedarf gerecht zu werden?
39. Sind nach Ansicht der Bundesregierung insbesondere die regionale Morbidität, die Altersstruktur und die Erreichbarkeit der Praxen in der aktuellen Bedarfsplanung ausreichend abgebildet?
40. Ist nach Ansicht der Bundesregierung die regionale Sozialstruktur in der aktuellen Bedarfsplanung ausreichend abgebildet?

41. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung des Sachverständigenrats für Gesundheit, dass „im Bereich der ambulanten Versorgung [...] in strukturschwachen, ländlichen oder sozial deprivierten Planungsbereichen die Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung gefährdet [ist]“ (Gutachten SVR-Gesundheit 2024, S. XXII Executive Summary)?
42. Wenn die Bundesregierung die Meinung des Sachverständigenrats teilt, welche Maßnahmen will die Bundesregierung ergreifen, um dieser Gefährdung entgegenzuwirken?
43. Welche Notwendigkeit sieht die Bundesregierung im Zuge der Einführung eines Primärversorgungssystems den G-BA mit einer Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie zu beauftragen?
44. Sieht die Bundesregierung vor dem Hintergrund einer Einführung eines verpflichtenden Primärversorgungssystems die Notwendigkeit, besondere Maßnahmen zur flächendeckenden Versorgung mit haus- und kinderärztlichen Praxen zu ergreifen, und wenn ja, welche Maßnahmen sind hierbei angedacht?
45. Wie kann nach Auffassung Bundesregierung sichergestellt werden, dass vulnerable Bevölkerungsgruppen (z. B. ältere Menschen, Menschen mit chronischen Erkrankungen) auch zukünftig einen verlässlichen Zugang zur haus- und fachärztlichen Versorgung haben?
46. Stimmt die Bundesregierung mit der Auffassung der Fragestellenden überein, dass Menschen mit psychiatrischem oder psychotherapeutischem Hilfebedarf weiterhin Direktzugang zu diesen Versorgungsbereichen haben sollten, da es insbesondere mit der psychotherapeutischen Sprechstunde bereits ein bewährtes Steuerungsinstrument gibt?
47. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung gegen die zunehmende hausärztliche Unterversorgung in bestimmten Regionen, etwa durch Praxisschließungen infolge von Ruhestand ohne Nachfolge?
48. Welche Ursachen sieht die Bundesregierung für die Konzentration hausärztlicher und fachärztlicher Praxen in bestimmten urbanen Gebieten und welche Maßnahmen hält die Bundesregierung für erforderlich, um möglicher Überversorgung entgegenzuwirken?
49. Wie häufig wurde nach Kenntnis der Bundesregierung das Instrument der Zulassungsbeschränkung bei Überversorgung nach § 103 Absatz 1 SGB V in den letzten fünf Jahren im hausärztlichen, kinderärztlichen und übrigen fachärztlichen Bereich angewendet und wie bewertet die Bundesregierung dieses Instrument?
Sollte es konsequenter eingesetzt werden?
50. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Verbreitungsgrad der Hausarztzentrierten Versorgungs(HzV)-Verträgen unter den Versicherten (absolute Zahlen und Prozentzahlen der eingeschriebenen Versicherten) in Deutschland insgesamt und unterteilt nach Bundesländern und Krankenkassen?
51. Wie hoch ist nach Kenntnissen der Bundesregierung der Anteil an Patientinnen und Patienten in der Hausarztzentrierten Versorgung, die ohne vorherige Konsultation der jeweiligen Hausärztin bzw. des jeweiligen Hausarztes direkt fachärztliche Leistungen beanspruchen?
52. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Beteiligungsgrad unter den Hausärztinnen und Hausärzten an der HzV in Deutschland insgesamt und unterteilt nach Bundesländern und Krankenkassen?

53. Wie viele Krankenkassen in Deutschland (Absolut- und Prozentzahlen) bieten nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell HzV-Verträge an?
- Welche Krankenkassen bieten heute noch keine Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) an, obwohl in § 73b eine solche Verpflichtung besteht und was sind nach Ansicht der Bundesregierung die Gründe dafür?
54. Welche Maßnahmen hält die Bundesregierung für erforderlich, um ein Angebot aller Krankenkassen durchzusetzen und inwiefern gehören Sanktionen zu diesen Maßnahmen?
55. Welche wesentlichen Unterschiede bestehen nach Kenntnis der Bundesregierung zwischen den HzV-Verträgen der verschiedenen Krankenkassen und wie bewertet die Bundesregierung diese Unterschiede?
56. Sieht die Bundesregierung eine Notwendigkeit zu einer stärkeren bundesweiten Vereinheitlichung der HzV-Verträge, und wenn ja, welche vertraglichen Bereiche sollten vereinheitlicht werden?
57. Wie beurteilt die Bundesregierung den Einfluss der HzV-Verträge auf die Behandlungsqualität und die Versorgungssteuerung in Deutschland?
58. Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Ausgaben der Krankenkassen pro Versicherten, differenziert nach nicht erfolgter oder erfolgter Einschreibung in das HzV-System unterschieden nach Bundesländern?
59. Welche Krankenkassen haben nach Kenntnis der Bundesregierung bislang zusätzliche Facharztverträge innerhalb der HzV abgeschlossen und wodurch sind diese Facharztverträge inhaltlich gekennzeichnet?
60. Wie beurteilt die Bundesregierung die Auswirkung der HzV auf die Ausgaben- und Kostenentwicklung der Krankenkassen?
- Welche Rolle spielt nach Ansicht der Bundesregierung dabei die hausärztliche Versorgung in der HzV und welche Rolle spielen zusätzliche Facharztverträge in der HzV?
61. Spricht sich die Bundesregierung für eine Ausweitung der HzV aus, und wenn ja, warum wählt die Bundesregierung nicht den Weg, über eine sukzessive Verbreitung der HzV, um zu einem umfassenden Primärversorgungssystem in Deutschland zu gelangen?
62. Will die Bundesregierung stärkere Anreize zur Verbreitung der HzV schaffen, wie sie etwa der SVR in seinem Gutachten aus 2024 empfiehlt oder wie sie in mehreren anderen Ländern (z. B. Dänemark, Niederlande, Schweden oder Norwegen) mit Erfolg durchgeführt wurden, und wenn ja, welche Maßnahmen plant die Bundesregierung in diesem Bereich?
63. Auf welche Weise wird die Bundesregierung, vor dem Hintergrund, dass zur Sicherung des dringend benötigten Nachwuchses in der Allgemeinmedizin auch die Stärkung des Fachs Allgemeinmedizin im Medizinstudium – wie im Masterplan Medizinstudium 2020 vorgesehen und konsentiert – erforderlich ist, dafür Sorge tragen, dass die bereits auf Staatssekretärebene mit den Ländern geeinte, nach Ansicht der Fragestellenden lange überfällige, Approbationsordnung für Ärzte zeitnah verabschiedet wird?
64. Will die Bundesregierung vor dem Hintergrund positiver Evaluationen (etwa des IGES-Instituts), die gezeigt haben, dass zur Steigerung der Anzahl und Qualität zukünftiger Hausärztinnen und Hausärzte, die deutschlandweit etablierten Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin sinnvoll und notwendig sind, die Stärkung und Verstetigung der erfolgrei-

ch evaluierten Kompetenzzentren in § 75a SGB V („Förderung der Weiterbildung“) umsetzen, und wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?

Berlin, den 16. Juli 2025

Katharina Dröge, Britta Haßelmann und Fraktion

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.