

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Armin Grau, Dr. Janosch Dahmen, Linda Heitmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
– Drucksache 21/1018 –**

### **Hausärztliche Strukturen als zentraler Bestandteil einer guten Primärversorgung in Deutschland**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

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 zwischen 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 (Sachverständigenrat)-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 Fragesteller deutlich mehr erforderlich, als aktuell aus den Vorschlägen der Koalition aus CDU, CSU und SPD 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 Fragesteller 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 psychiatrischem oder psychotherapeutischem 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.

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Es ist der Bundesregierung ein wichtiges Anliegen, dass alle Versicherten zeitnah eine bedarfsgerechte ärztliche Behandlung innerhalb medizinisch zumutbarer Wartezeiten in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene erhalten können. Deshalb hat sich die Bundesregierung die weitere Verbesserung der ambulanten Versorgung zum Ziel gesetzt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD sieht dafür unter anderem die Etablierung eines verbindlichen Primärarztsystems vor: „Zu einer möglichst zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten und für eine schnellere Terminvergabe setzen wir auf ein verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag. Ausnahmen gelten bei der Augenheilkunde und der Gynäkologie. Für Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen schweren chronischen Erkrankung werden wir geeignete Lösungen erarbeiten (zum Beispiel Jahresüberweisungen oder Fachinternist als steuernder Primärarzt im Einzelfall). Die Primärärztinnen oder Primärärzte oder die von den KVen betriebene Rufnummer 116117 stellen den medizinisch notwendigen Bedarf fest und legen den dafür notwendigen Zeitkorridor (Termingarantie) fest. Wir verpflichten die KV, diese Termine zu vermitteln [...]“.

Damit soll eine zielgerichtete Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie eine schnellere Terminvergabe mit kürzeren Wartezeiten erreicht werden. Um den Herausforderungen im ambulanten Bereich gerecht werden zu können, bedarf es einer möglichst zielgerichteten Versorgung mit einem bedarfsgerechten und strukturiert gestalteten Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund grundsätzlich begrenzter und zunehmend knapper personeller und finanzieller Ressourcen.

Bei der Einführung eines Primärversorgungssystems handelt es sich um ein komplexes Reformvorhaben. Die konkrete Ausgestaltung hängt von einer Vielzahl unterschiedlicher Fragestellungen ab, die es im weiteren Erarbeitungsprozess zu diskutieren und zu klären gilt. Hierzu gehört es auch vor dem Hintergrund der bereits heute knappen personellen Kapazitäten im hausärztlichen und kinderärztlichen Bereich, eine Überlastung der für die Primärversorgung noch vorzusehenden Arztgruppen zu verhindern.

Die Erarbeitung des Reformkonzeptes ist nicht abgeschlossen. Das Gelingen dieser Reform wird ganz entscheidend von der Mitwirkung und Akzeptanz der verschiedenen Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen, insbesondere der Selbstverwaltung, der Ärzteschaft, der Angehörigen der Gesundheitsberufe und nicht zuletzt der Patientinnen und Patienten abhängen. Für die Ausgestaltung und Umsetzung der Reform ist deshalb ein sorgfältiger Vorbereitungsprozess erforderlich.

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?
3. Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahlen der Hausärztinnen und Hausärzte und spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzte pro Kopf der Bevölkerung über 18 Jahre im Bundesgebiet, in den Bundesländern und aufgeschlüsselt nach Raumkategorien?
5. Wie viele unbesetzte Hausarztsitze 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?
11. In wie vielen Mittelbereichen in Deutschland und in welchen Mittelbereichen im Einzelnen besteht nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell ein Versorgungsgrad von unter 75 Prozent, von über 110 Prozent und von über 140 Prozent im hausärztlichen Bereich?
12. Für welche Mittelbereiche in Deutschland haben nach Kenntnis der Bundesregierung die Landesausschüsse derzeit Unterversorgung bzw. drohende Unterversorgung festgestellt?
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?
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)?
23. In wie vielen kinderärztlichen Planungsbereichen (Kreise 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 Prozent, von über 110 Prozent und von über 140 Prozent?
24. Für welche kinderärztlichen Planungsbereiche in Deutschland haben nach Kenntnis der Bundesregierung die Landesausschüsse derzeit Unterversorgung bzw. drohende Unterversorgung festgestellt?

Die Fragen 1, 3, 5, 11, 12, 17, 19, 23 und 24 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen hierzu keine eigenen Daten vor. Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung obliegt gemäß § 75 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Hierzu erhebt die KBV unter anderem einmal jährlich im Rahmen einer Umfrage entsprechende Daten der Planungsblätter (Strukturdaten) bei den 17 KVen auf regionaler Ebene. Die zusammenfassenden Ergebnisse können auf der Internetseite der KBV eingesehen werden (abrufbar unter: [www.kbv.de/infotehk/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten](http://www.kbv.de/infotehk/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten)). Die KVen veröffentlichen unterdessen ihren jeweiligen Bedarfsplan so-

wie die jeweiligen Beschlüsse der Landesausschüsse auf ihren eigenen Internetseiten. Eine Berichts- oder Bereitstellungspflicht der Datenhalter an das Bundesministerium für Gesundheit besteht nicht.

2. Wie haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Gesamtzahl der Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin und an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Internistinnen und Internisten (im Folgenden kurz: Hausärztinnen und Hausärzte) und die Verhältniszahlen zwischen Hausärzten und spezialisierten Fachärzten seit der Wiedervereinigung entwickelt?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine eigenen Daten vor.

Nach Angaben des Datenhalters, hier der KBV, ist die Gesamtzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte von 54 052 im Jahr 1999 auf 51 437 Vollzeitäquivalenten (Bedarfsplanungsgewichte) im Jahr 2024 gesunken. Dies entspricht einem Rückgang um 2 615 Ärztinnen und Ärzte oder 4,8 Prozent in 25 Jahren.

In den letzten zwei Jahren ist die Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte nach Bedarfsplanungsgewichten wieder leicht gestiegen, von 51 315 im Jahr 2022 auf 51 473 im Jahr 2024. Dies deutet darauf hin, dass es mehr Zu- als Abgänge gab. Zum Vergleich ist auch die Personenzahl bei den Hausärztinnen und Hausärzten in den letzten Jahren weiter gestiegen. So waren laut Bundesarztregister der KBV im Jahr 2014 noch 54 003 Personen im hausärztlichen Bereich tätig und im Jahr 2024 waren es bereits 55 435. Dies entspricht einem Anstieg der Personenzahl von rund 2,65 Prozent in den letzten zehn Jahren.

Der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte an allen Ärztinnen und Ärzten in der vertragsärztlichen Versorgung ist von 47,5 Prozent im Jahr 1999 auf 41,9 Prozent im Jahr 2024 gesunken. Diese Veränderung ist auf einen durch historische Faktoren bedingten Anstieg der Fachärztinnen und Fachärzte zurückzuführen. Bis zum Jahr 2012 waren die Facharztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung (Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische und Rehabilitative Mediziner, Strahlentherapeuten und Transfusionsmediziner, sowie die Kinder- und Jugendlichchenpsychiater) nicht der Bedarfsplanung unterworfen, so dass in diesem Bereich Niederlassungsfreiheit herrschte. Dies führte zu einer starken Zunahme der Arztlizenzen bei diesen Fachgruppen (+3 945 von 1999 bis 2012). Seit der Aufnahme dieser Facharztgruppen in das System der Bedarfsplanung im Jahr 2012 ist das Wachstum hier deutlich zurück gegangen. In der folgenden Zeitreihe können die Daten der in der Bedarfsplanung zählenden Ärztinnen und Ärzte entnommen werden (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht).

<b>Jahr</b>	<b>Hausärzte</b>	<b>Fachärzte</b>	<b>Ärzte gesamt</b>	<b>Anteil (in Prozent) Hausärzte</b>
1999	54 052	59 799	113 851	47,5
2000	54 341	60 509	114 850	47,3
2005	53 299	64 735	118 034	45,2
2008	52 091	66 944	119 035	43,8
2009	52 935	68 315	121 250	43,7
2010	52 707	68 721	121 429	43,4
2015	51 765	70 590	122 355	42,3

Jahr	Hausärzte	Fachärzte	Ärzte gesamt	Anteil (in Prozent) Hausärzte
2020	51 610	71 329	122 939	42,0
2021	51 481	71 512	122 994	41,9
2022	51 315	71 311	122 626	41,8
2023	51 389	71 371	122 761	41,9
2024	51 437	71 217	122 653	41,9

Quelle: Bundesarztregister der KBV; Hinweise: Ohne Psychologische Psychotherapeuten; Bis 2008 Zählung nach Personen und ab 2009 Zählung nach Bedarfsplanungsgewichten.

Eine Ausweisung der Anzahl der Hausärztinnen und Hausärzte ist vor dem Jahr 1999 nicht möglich, da es bis dahin die Bedarfsplanungsarztgruppe der Hausärzte nicht gab. Bis zu diesem Zeitpunkt gab es zum einen die Bedarfsplanungsarztgruppe der Allgemeinmediziner/Praktischen Ärzte, zum anderen die Bedarfsplanungsarztgruppe der Internisten. Erst dann wurde die Bedarfsplanungsarztgruppe der Hausärzte geschaffen, in der Allgemeinmediziner, praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten zusammengefasst wurden.

Seit dem Jahr 2010 ist zudem mit der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung gemäß § 75a SGB V die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, die in diesem Rahmen in der hausärztlichen Versorgung tätig sind, kontinuierlich gestiegen und lag im Jahr 2023 bei 10.189 Personen (5 847 Vollzeitäquivalente). Diese sind in der oben genannten Statistik nicht erfasst, sind aber versorgungswirksam, da in der Regel Ärztinnen und Ärzte ab dem 3. Weiterbildungsjahr in der vertragsärztlichen Versorgung tätig werden. Der Evaluationsbericht zur Weiterbildungsförderung ist im Internet abrufbar ([www.kbv.de/infotehke/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/foerderung-allgemeinmedizin](http://www.kbv.de/infotehke/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/foerderung-allgemeinmedizin)).

4. Wie sind aktuell nach Kenntnis der Bundesregierung die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen hausärztlichen Termin, untergliedert nach Bundesländern, KV (Kassenärztliche Vereinigung)-Bezirken, und wie liegen diese Wartezeiten im Vergleich zu denen im fachärztlichen Bereich?

Der Bundesregierung liegen keine differenzierten, validen Daten hinsichtlich Wartezeiten auf hausärztliche sowie fachärztliche Termine weder bundesweit noch untergliedert nach Ländern oder KV-Bezirken vor.

Hinweise zu Wartezeiten auf haus- beziehungsweise fachärztliche Termine ergeben sich lediglich aus Befragungen und sind entsprechend subjektiv geprägt. So lag nach einer Versichertenbefragung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (GKV-SV) aus dem Jahr 2024 die mittlere Wartezeit auf einen Termin beim Hausarzt bei einem Tag (Median) und die mittlere Wartezeit auf einen Termin beim Facharzt bei zehn Tagen (Median). Entsprechend lag der Anteil der Befragten, die die Wartezeit auf einen Termin bei einer hausärztlichen Praxis als viel zu lang oder zu lang empfanden, bei 12 Prozent. Die Terminwartezeiten für fachärztliche Praxen empfanden demgegenüber 31 Prozent der Befragten als viel zu lang oder zu lang (im Internet abrufbar unter [www.gkv-90prozent.de/ausgabe/40/autorenbeitrag/40\\_versichertenbefragung/40\\_versichertenbefragung.html](http://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/40/autorenbeitrag/40_versichertenbefragung/40_versichertenbefragung.html)). Aus dem Evaluationsbericht zur Tätigkeit der Terminservicestellen (TSS) der KVen (2024) lässt sich entnehmen, dass die durchschnittliche Vermittlungsdauer für die hausärztliche Versorgung drei Tage betrug. Die durchschnittliche Vermittlungsdauer über alle Fachgruppen betrug elf

Tage. Diese Angaben beziehen sich nur auf über die TSS vermittelte Termine, nicht auf die Versorgung insgesamt. Der Evaluationsbericht 2024 zur Tätigkeit der TSS ist im Internet abrufbar unter [www.kbv.de/documents/infotehk/zahlen-und-fakten/evaluationsberichte-tss/bericht-116117-terminservicestellen-2024.pdf](http://www.kbv.de/documents/infotehk/zahlen-und-fakten/evaluationsberichte-tss/bericht-116117-terminservicestellen-2024.pdf).

6. Wie viele hausärztliche Praxen nehmen nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell keine neuen Patientinnen und Patienten mehr auf?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Daten vor.

Hintergrund ist, dass in Deutschland, anders als in anderen Ländern, keine Wartezeitenlisten oder ähnliches geführt werden.

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)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine systematischen Auswertungen vor.

8. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl bzw. der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte, die bis 2030, 2035 und 2040 erwartungsgemäß in Ruhestand gehen werden, und mit wie vielen zusätzlichen Hausärztinnen und Hausärzten rechnet das Bundesministerium, die bis 2030, 2035 und 2040 neu eine hausärztliche Tätigkeit als niedergelassene oder angestellte (Vertrags-)Ärztinnen und (Vertrags-)Ärzte aufnehmen werden?

Die KBV hat als Projektionsrechnung ein Stock-Flow-Modell der zu erwartenden Abgänge und Nachbesetzungen bis zum Jahr 2040 durchgeführt. Grundlage waren hierfür die mittleren altersspezifischen Abgangsdaten der vergangenen fünf Jahre (2019 bis 2024) sowie die beobachteten Nachbesetzungsraten. Berechnet wurden Bestände, Zu- und Abgänge auf Grundlage von vollen Versorgungsanteilen. Darin sind neben Ruhestandseintritten auch Abgänge aus anderen Gründen (z. B. Abwanderung, Todesfälle, Wechsel in andere Versorgungsformen) und Veränderungen des Versorgungsumfanges (z. B. Rückgabe eines halben Sitzes) berücksichtigt. Die Werte, die sich für die Hausärztinnen und Hausärzte ergeben, sind in der Tabelle dargestellt. Die Werte für 2024 sind Echtdate, ab 2025 handelt es sich um projizierte Werte.

Jahr	Abgänge	Abgänge (kumuliert)	Zugänge	Zugänge (kumuliert)	Bestand
2024	3 265	3 265	3 312	3 312	51 437
2025	3 279	6 544	3 231	6 543	51 388
2030	3 323	23 206	3 274	22 959	51 143
2035	3 169	42 557	3 082	42 024	50 857
2040	3 000	54 711	2 956	54 000	50 678

Quelle: Berechnung der KBV auf Basis des Bundesarztregisters.

9. Wie wird sich durch diese demografische Entwicklung nach Ansicht der Bundesregierung die hausärztliche Versorgung in Deutschland verändern?

Nach Angaben der KBV wird sich unter Berücksichtigung der Bevölkerungsvorausberechnung und der Altersstruktur von Patientinnen und Patienten der Bedarf in der hausärztlichen Versorgung unter sonst gleichen Bedingungen, zum Beispiel ohne Ansehen der heute noch nicht bekannten ordnungspolitischen, bedarfsplanungsrelevanten oder technologischen Faktoren bzw. Änderungen, moderat erhöhen.

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?

Eine regionale Projektion von Niederlassungsmöglichkeiten ist aufgrund der vielfältigen Einflussfaktoren (Bevölkerungsentwicklung, individuelles Niederlassungsverhalten von Ärztinnen und Ärzten, Entwicklung von allgemeiner Infrastruktur, Entwicklung des regionalen Bedarfs) sehr komplex und annahmehaft. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich die Trends der Niederlassungsmöglichkeiten nach KV-Regionen in den nächsten Jahren fortsetzen werden. Bei der Bewertung der regionalen Entwicklung wird auf eine Analyse der KBV zu den freien Niederlassungsmöglichkeiten für Hausärztinnen und Hausärzte der letzten fünf Jahren verwiesen.

KV	Niederlassungsmöglichkeiten Hausärzte					Veränderung in Prozent 2020 bis 2024
	2020	2021	2022	2023	2024	
Baden-Württemberg	662	766	804	920	952	44
Bayerns	365	398	442	487	508	39
Berlin	139	142	142	142	122	-12
Brandenburg	315	322	327	318	324	3
Bremen	12	21	25	23	36	213
Hamburg	0	0	0	9	0	
Hessen	268	263	251	270	285	6
Mecklenburg-Vorpommern	105	95	86	81	77	-26
Niedersachsen	451	466	546	549	577	28
Nordrhein	192	122	464	428	489	155
Rheinland-Pfalz	263	321	307	341	321	22
Saarland	74	81	82	82	85	14
Sachsen	344	365	426	419	376	9
Sachsen-Anhalt	278	247	255	249	206	-26
Schleswig-Holstein	48	59	64	77	69	44
Thüringen	43	64	70	95	112	164
Westfalen-Lippe	306	372	575	598	645	111
Bundesgebiet gesamt	3 861	4 101	4 863	5 082	5 181	34

Quelle: Auswertung der KBV zu den Meldungen der KVen zum Ende des 4. Quartal eines Jahres.

Die Kapazitäten zur freien Niederlassung sind in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen. Hintergrund ist nach Auffassung der Bundesregierung jedoch nicht nur der alleinige Rückgang oder die Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit, sondern auch die stetigen Anpassungen in den Bedarfsplänen (zum Beispiel die Anpassung der Versorgungsgrade) der KVen und in der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPl-RL). Dies führte, nach einem gesetzlichen Auftrag zur Überarbeitung

der BPl-RL im Jahr 2019, beispielsweise zu einem rein rechnerischen Anstieg von rund 900 freien Sitzen im hausärztlichen Bereich.

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 bzw. ländlich, aber auch innerhalb von Städten) der hausärztlichen Versorgung?

Laut Bedarfsplanungsumfrage der KBV zum 31. Dezember 2024 wurde in 15 von 985 Mittelbereichen (kleinteiliger Planungsbereich für die Arztgruppe Hausärzte) eine Unterversorgung in der hausärztlichen Versorgung festgestellt. Darüber hinaus wurde für 87 Mittelbereiche eine drohende Unterversorgung gemeldet. In 200 Planungsbereichen lag der Versorgungsgrad oberhalb von 110 Prozent. In diesen Planungsbereichen waren rechnerisch 485 Hausärztinnen und Hausärzte oberhalb der Sperrgrenze. Dem stehen deutschlandweit 5 181 offene Niederlassungsmöglichkeiten zum 31. Dezember 2024 gegenüber. Eine einheitliche Definition von urbanen bzw. ländlichen Gebieten existiert in der Raumplanung nicht. Für die Mittelbereiche stellt das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zudem kein siedlungsstrukturelles Merkmal zur Verfügung.

14. In wie vielen Mittelbereichen können nach Kenntnis der Bundesregierung 95 Prozent 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 Prozent der Bevölkerung möglich (vgl. § 35 der Bedarfsplanungs-Richtlinie G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss))?

Einer Auswertung der KBV zu Folge, ausgehend von rund 160.000 Messpunkten zur Prüfung der Erreichbarkeit (entspricht im Schnitt etwa 15 Messpunkten pro Gemeinde bzw. ein Punkt je 500 Einwohner), liegt die durchschnittliche Wegezeit (DWZ) zur nächstgelegenen Hausarztpraxis bei etwa 4 Minuten. Bezugspunkt sind die Mittelbereiche gemäß BPl-RL ohne regionale Anpassungen. Bei 7,9 Prozent der Einwohner (6 544 086) liegt die DWZ über 10 Minuten, bei 0,2 Prozent der Einwohner (195 082 – meist Inselbevölkerung oder Solitäranlagen) über 20 Minuten. In vier Mittelbereichen (0,5 Prozent) von 883 Mittelbereichen liegt die DWZ über 10 Minuten. In 245 (27,85 Prozent) Mittelbereichen können 95 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner die nächste hausärztliche Praxis in weniger als 10 Minuten erreichen, in 866 (98 Prozent) Mittelbereichen können 95 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner die nächste hausärztliche Praxis in weniger als 20 Minuten erreichen.

15. Wie ist die Erreichbarkeit hausärztlicher Praxen mit öffentlichem Personennahverkehr (ÖPNV) nach Kenntnis der Bundesregierung, und wie hoch ist der Anteil der Mittelbereiche, in denen mindestens 95 Prozent der Bevölkerung mittels ÖPNV die nächste hausärztliche Praxis nicht in 20 Minuten erreichen können?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine validen Daten vor und nach Kenntnis der Bundesregierung können derzeit aufgrund fehlender Informationen (beispielsweise Fahrpläne sämtlicher Verkehrsbetriebe inklusive aller geokodierter Haltestellen sowie lokale Verkehrsmuster (unter anderem Berufsverkehr)) auch keine kurzfristigen Erhebungen erfolgen.

16. In wie vielen hausärztlichen Praxen arbeiten nach Kenntnis der Bundesregierung heute Angestellte nichtärztlicher 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 nichtakademische 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?

In der Statistik der Bundesagentur für Arbeit (BA) erfolgt die Einordnung von Beschäftigungsbetrieben nach Branchen/Wirtschaftszweigen anhand der Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008 (WZ 2008). Die Einordnung von Tätigkeiten, die Beschäftigte ausüben, basiert auf Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010 überarbeitete Fassung). Grundlage der Beschäftigungsstatistik bilden die Meldungen der Arbeitgeber im Meldeverfahren zur Sozialversicherung. Die Zuordnung der Betriebe zum Wirtschaftszweig erfolgt auf Basis der Betriebsnummer, die ausgeübte Tätigkeit der Beschäftigten wird anhand der ersten fünf Stellen des Tätigkeitsschlüssels bestimmt. Auf dieser Basis lassen sich die meisten in der Frage genannten Tätigkeitsbereiche beziehungsweise -bezeichnungen nicht auswerten. Ausgewertet werden können Arztpraxen für Allgemeinmedizin und Facharztpraxen.

Von den rund 140 000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Arztpraxen für Allgemeinmedizin sind rund 105 000 als Arzt- und Praxishilfe tätig (75 Prozent), darunter 97 Prozent als Medizinische Fachangestellte. Weitere Daten können der Tabelle in der Anlage 1 entnommen werden.\*

Die Klassifizierung der Wirtschaftszweige liegt in der Verantwortung des Statistischen Bundesamtes und befindet sich derzeit in der Überarbeitung (Klassifikation der Wirtschaftszweige 2025).

Anregungen zur Anpassung der Systematik der KldB können bei der Statistik der Bundesagentur für Arbeit unter Service-Haus.Statistik-DKT@arbeitsagentur.de eingebracht werden.

18. Wie sind nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen kinderärztlichen Termin, untergliedert nach Bundesländern und Raumkategorien?

Der Bundesregierung liegen keine differenzierten, validen Daten hinsichtlich Wartezeiten auf einen kinderärztlichen Termin vor. Hintergrund ist, dass in Deutschland, anders als in anderen Ländern, keine offiziellen Wartezeitenlisten geführt werden.

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?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Daten vor.

---

\* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 21/1315 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

Hintergrund ist, dass in Deutschland, anders als in anderen Ländern, keine Wartezeitenlisten oder Ähnliches geführt werden.

21. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der jeweilige Anteil der Kinderärztinnen und Kinderärzte 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 Kinderärzten rechnet das Bundesministerium, die bis 2030, 2035 und 2040 neu eine ambulante kinderärztliche Tätigkeit aufnehmen werden?

Auf die Antwort zu Frage 8 wird zum Teil verwiesen. Die Werte, die sich für die Kinderärztinnen und Kinderärzte ergeben, sind in der Tabelle dargestellt. Die Werte für 2024 sind Echtdaten, ab 2025 handelt es sich um projizierte Werte.

Jahr	Abgänge	Abgänge (kumuliert)	Zugänge	Zugänge (kumuliert)	Bestand
2024	401	401	452	452	6 223
2025	400	801	485	937	6 308
2030	421	2 892	506	3 453	6 733
2035	412	4 963	497	5 949	7 158
2040	429	7 063	514	8 474	7 583

Quelle: Berechnung der KBV auf Basis des Bundesarztregisters.

22. Wie wird sich durch diese demografische 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?

Eine regionale Projektion von Niederlassungsmöglichkeiten ist aufgrund der vielfältigen Einflussfaktoren (Bevölkerungsentwicklung, individuelles Niederlassungsverhalten von Ärzten, Entwicklung von allgemeiner Infrastruktur, Entwicklung des regionalen Bedarfs) aus Sicht der KBV sehr komplex und annahmebehaftet. Es ist davon auszugehen, dass sich die Trends der Niederlassungsmöglichkeiten nach KV-Regionen in den nächsten Jahren fortsetzen werden. Bei der Bewertung der regionalen Entwicklung kann eine Analyse der Niederlassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendärzte in den letzten fünf Jahren helfen. Zu beachten ist dabei, dass im Zuge einer Bedarfsplanungsreform 2019 neue Niederlassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendärzte geschaffen wurden. Diese wurden im Laufe des Jahres 2020 zum Teil gefüllt. Seitdem ist die Anzahl der offenen Sitze jedoch in manchen Regionen wieder gestiegen.

KV	Niederlassungsmöglichkeiten Kinderärzte					Veränderung in Prozent 2020 bis 2024
	2020	2021	2022	2023	2024	
Baden-Württemberg	21	18	22	33	27	32
Bayerns	32	27	32	43	43	33
Berlin	5	1	1	7	21	367
Brandenburg	8	6	5	6	8	0
Bremen	0	0	0	1	3	
Hamburg	15	2	1	9	1	-97
Hessen	15	15	10	12	16	7
Mecklenburg-Vorpommern	5	5	6	12	13	150

KV	Niederlassungsmöglichkeiten Kinderärzte					Veränderung in Prozent 2020 bis 2024
	2020	2021	2022	2023	2024	
Niedersachsen	27	19	23	23	18	-32
Nordrhein	37	5	8	14	12	-68
Rheinland-Pfalz	25	23	22	22	19	-26
Saarland	1	1	2	2	4	250
Sachsen	2	1	2	2	4	100
Sachsen-Anhalt	6	6	6	9	4	-27
Schleswig-Holstein	1	1	2	1	0	-100
Thüringen	1	1	7	7	7	550
Westfalen-Lippe	10	10	13	17	15	50
Bundesgebiet gesamt	208	137	160	216	212	2

Quelle: Auswertung der KBV zu den Meldungen der KVen zum Ende des 4. Quartal eines Jahres.

25. Welche Entwicklung erwartet die Bundesregierung bezüglich der Entwicklung unter- und übertersorgter Regionen im Bereich der kinderärztlichen Versorgung, wie beurteilt die Bundesregierung die regionale Heterogenität (urban bzw. 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 Prozent beim Versorgungsgrad zur Feststellung von Unterversorgung im kinderärztlichen Bereich für angemessen?

Laut Bedarfsplanungsumfrage der KBV zum 31. Dezember 2024 wurde in einem von 410 Planungsbereichen eine Unterversorgung mit Kinder- und Jugendärzten festgestellt. Darüber hinaus wurde für 17 Planungsbereiche eine drohende Unterversorgung mit Kinder- und Jugendärzten gemeldet. In 273 Planungsbereichen lag der Versorgungsgrad oberhalb von 110 Prozent. In diesen Planungsbereichen waren rechnerisch 453 Kinder- und Jugendärzte oberhalb der Sperrgrenze. Dem stehen deutschlandweit 212 offene Niederlassungsmöglichkeiten zum 31. Dezember 2024 gegenüber.

Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit Beschluss vom 16. Januar 2025 die BPI-RL angepasst. Es wurde in § 29 Satz 2 BPI-RL geregelt, dass in der Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte eine Unterversorgung anzunehmen ist, wenn der Stand der Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 Prozent unterschreitet.

26. In wie vielen Kreisen und kreisfreien Städten können nach Kenntnis der Bundesregierung 95 Prozent 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 Prozent der Bevölkerung möglich (vgl. § 35 der Bedarfsplanungsrichtlinie G-BA)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine validen Daten vor.

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 Prozent der Bevölkerung mittels ÖPNV die nächste kinderärztliche Praxis nicht in 30 Minuten erreichen können?

Auf die Antwort zu Frage 15 wird verwiesen.

28. In wie vielen kinderärztlichen Praxen arbeiten heute nach Kenntnis der Bundesregierung Angestellte nichtärztlicher 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 Praxisassistentinnen und Praxisassistenten (NäPA), Medizinische Fachangestellte (MFA) mit Weiterbildungen, MFA ohne besondere Weiterbildungen, andere nichtakademische 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?

Auf die Antwort zu Frage 16 wird verwiesen.

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 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)?

Die Fragen 29 bis 31 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Daten zum Ländervergleich bezüglich der Ausstattung mit Ärztinnen und Ärzten liegen bei der Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) vor, hierzu wird beispielsweise auf den OECD-Bericht „Health at a Glance. Europe 2024“ verwiesen (im Internet abrufbar unter: [www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/11/health-at-a-glance-europe-2024\\_bb301b77/b3704e14-en.pdf](http://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/11/health-at-a-glance-europe-2024_bb301b77/b3704e14-en.pdf)).

Bei der Bewertung von Daten aus Ländervergleichen ist zu beachten, dass die internationale Vergleichbarkeit von Strukturdaten zur Versorgung aufgrund der Heterogenität der Gesundheitssysteme eingeschränkt ist, unter anderem weil die ambulante fachärztliche Versorgung in vielen OECD-Staaten an Krankenhäusern stattfindet, so dass die Daten nicht nach Fachärztinnen und Fachärzten in Praxen beziehungsweise ambulanter Versorgung und Fachärztinnen und Fachärzten in der stationären Versorgung differenzieren.

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 und jeden Bürger eine Einschreibemöglichkeit zugesagt werden, und 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?

Die Fragen 32 bis 35 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die konkrete Ausgestaltung des Vorhabens hängt von einer Vielzahl unterschiedlicher Fragestellungen ab, die es im weiteren Erarbeitungsprozess zu diskutieren und zu klären gilt. Auf die Vorbemerkung der Bundesregierung wird verwiesen.

36. In welcher Höhe könnten durch ein von der Bundesregierung vorgesehene System der Primärversorgung konkret Mehrkosten vermieden sowie Einsparungen (etwa durch Effizienzsteigerungen) erreicht werden, und welche Schätzungen, Projektionen oder Modellierungen wurden zur Beantwortung dieser Frage erstellt bzw. sind in Planung?

Zu den Mehr- oder Minderausgaben in einem Primärversorgungssystem kann die Bundesregierung derzeit keine Aussage treffen, da diese von der konkreten Ausgestaltung des Systems abhängen.

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?

Zu etwaigen Veränderungen der Planungseinheiten, die aufgrund eines Primärversorgungssystems notwendig werden könnten, kann die Bundesregierung derzeit ebenfalls noch keine Aussage treffen.

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?

Die Fragen 38 bis 40 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der G-BA hat unter anderem die Aufgabe, festzulegen, ab welchem Versorgungsgrad von einer Unterversorgung auszugehen ist. Zusätzlich hat er die der Bedarfsplanung zugrunde liegenden Verhältniszahlen anzupassen oder neue Verhältniszahlen festzulegen, wenn dies zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung erforderlich ist.

Im Hinblick auf die fachärztliche Versorgung durch Kinder- und Jugendärzte hat der G-BA mit Beschluss vom 16. Januar 2025 BPl-RL dahingehend angepasst, dass in der Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte – der Vorgabe im Rahmen der hausärztlichen Versorgung entsprechend – eine Unterversorgung bereits dann anzunehmen ist, wenn der Stand der Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 Prozent unterschreitet (§ 29 Satz 2 BPl-RL). Auf dieser Grundlage ist es den KVen schneller möglich, ihre Sicherstellungs- und Förderinstrumente (wie beispielsweise die Niederlassungsförderung) zu nutzen, um auf etwaige Versorgungsdefizite zu reagieren. Zuvor war dies erst bei einer Unterschreitung um mehr als 50 Prozent möglich.

Nach § 101 Absatz 2 Nummer 3 SGB V hat der G-BA außerdem die demografische Entwicklung sowie die Sozial- und Morbiditätsstruktur zu berücksichtigen. Auf dieser Grundlage hat der G-BA einen Morbiditätsfaktor entwickelt, mit dem die Verhältniszahlen modifiziert werden (vergleiche § 9 BPl-RL). Der Morbiditätsfaktor wird alle zwei Jahre aktualisiert, um versorgungsrelevante Veränderungen und regionale Unterschiede in der Bevölkerung zu berücksichtigen. Der G-BA hat die Anwendung des Morbiditätsfaktors sowie die Nutzung soziökonomischer Daten im Rahmen der Bedarfsplanung sechs Jahre nach Inkrafttreten zu evaluieren (§ 68 Satz 1 BPl-RL). Der Evaluationsbericht wurde vom G-BA mit Beschluss vom 20. Februar 2025 veröffentlicht (im Internet abrufbar unter [www.g-ba.de/beschluesse/7085/](http://www.g-ba.de/beschluesse/7085/)).

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?

Die Fragen 41 und 42 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Ergebnisse des genannten Gutachtens werden in die Überlegungen der Bundesregierung zur Einführung eines Primärversorgungssystems einfließen.

43. Welche Notwendigkeit sieht die Bundesregierung, im Zuge der Einführung eines Primärversorgungssystems den G-BA mit einer Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie zu beauftragen?

Abhängig von der konkreten Ausgestaltung eines Primärversorgungssystems könnten veränderte Versorgungsbedarfe entstehen, auf die gegebenenfalls mit

einer Anpassung der BPI-RL reagiert werden müsste. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann jedoch von Seiten der Bundesregierung keine Aussage zu der Frage getroffen werden, ob beziehungsweise inwieweit eine Anpassung der BPI-RL erforderlich sein wird.

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?

Auf die Vorbemerkung der Bundesregierung wird verwiesen.

45. Wie kann nach Auffassung der 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?

Auf die Vorbemerkung der Bundesregierung wird verwiesen.

46. Stimmt die Bundesregierung mit der Auffassung der Fragesteller 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?

Die konkrete Ausgestaltung des Primärversorgungssystems, beispielsweise auch die Festlegungen von Facharztgruppen, zu denen weiterhin ein entsprechender Direktzugang möglich ist, wird im weiteren Erarbeitungsprozess diskutiert und geklärt. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

47. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung gegen die zunehmende hausärztliche Unterversorgung in bestimmten Regionen, etwa durch Praxisschließungen infolge von Ruhestand ohne Nachfolge?

Zur Gewinnung von mehr Nachwuchs für eine flächendeckende hausärztliche Versorgung wurde im „Masterplan Medizinstudium 2020“ zwischen Bund und Ländern eine sogenannte Landarztquote vereinbart. Damit können die Länder bis zu 10 Prozent der Medizinstudienplätze vorab an Bewerberinnen und Bewerber vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen tätig zu sein. Die Flächenländer haben mit Ausnahme von Schleswig-Holstein und Brandenburg inzwischen die Landarztquote eingeführt. Die Mehrzahl dieser Länder hat sie sogar auf Weiterbildungen in der Inneren Medizin und der Kinder- und Jugendmedizin ausgedehnt. Die ersten Studienplätze im Rahmen der Landarztquote wurden im Wintersemester 2019/2020 in Nordrhein-Westfalen vergeben. Da die ärztliche Aus- und Weiterbildung in den genannten Gebieten insgesamt mindestens elf Jahre dauert, werden die ersten im Rahmen der Landarztquote ausgebildeten Fachärztinnen und Fachärzte frühestens im Jahr 2030 für die Versorgung zur Verfügung stehen. Durch die Landarztquote ist also für die Zukunft eine Verbesserung der Versorgung in unterversorgten Gebieten zu erwarten.

Zusätzlich haben die Länder und die KVen Programme entwickelt, um Nachwuchs für die Niederlassung auf dem Land zu gewinnen. Hierzu wurden verschiedene Stipendien- und Förderprogramme aufgelegt. Auf der Internetseite der KBV „Lass dich nieder“ sind die verschiedenen Angebote abrufbar ([www.lass-dich-nieder.de/berufsalltag/foerderung/zukuenftige-landaerzte-lass-dich-foerdern.html](http://www.lass-dich-nieder.de/berufsalltag/foerderung/zukuenftige-landaerzte-lass-dich-foerdern.html)).

Zur Stärkung der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Versorgung im Medizinstudium wird auf die Antwort zu Frage 63 verwiesen.

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?

Nach Ansicht der Bundesregierung kann das Zusammenspiel verschiedener Faktoren zu einer Konzentration vertragsärztlicher Arztpraxen in bestimmten urbanen Gebieten führen.

Um einer (möglichen) Überversorgung in bestimmten Planungsbereichen entgegenzuwirken, kommen – abhängig vom Grad der Überversorgung – verschiedene Maßnahmen in Betracht. Dazu gehören die bereits vorgesehenen Regelungen wie zum Beispiel die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (§ 103 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 16b Absatz 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Ärzte-ZV) oder die Möglichkeit des Zulassungsausschusses für Ärzte, einen Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens abzulehnen (§ 103 Absatz 3a Satz 7 SGB V).

Zum Fairnessausgleich zwischen über- und unterversorgten Gebieten sieht der Koalitionsvertrag in (drohend) unterversorgten Gebieten Zuschläge zum und in überversorgten Gebieten (bei einer Überschreitung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrads um mehr als 20 Prozent) Abschläge vom Honorar vor. Ferner soll die Entbudgetierung von Fachärztinnen und Fachärzten in unterversorgten Gebieten geprüft werden.

Des Weiteren ist im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vereinbart, die Länderbeteiligung in den Zulassungsausschüssen für Ärzte über eine ausschlaggebende Stimme zu stärken und eine kleinteiligere Bedarfsplanung zu ermöglichen.

49. Wie häufig wurde nach Kenntnis der Bundesregierung das Instrument der Zulassungsbeschränkung bei Überversorgung nach § 103 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (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?

Der Bundesregierung liegen aufgrund des Umstands, dass die regional verhängten Zulassungsbeschränkungen nicht in einer zentralen Statistik erfasst werden, keine eigenen entsprechenden belastbaren Informationen vor. Angaben über bestehende Zulassungsbeschränkungen finden sich auf der Internetseite der KBV ([www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten](http://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten)).

Die Bundesregierung hält das Instrument der Zulassungsbeschränkung bei Überversorgung für ein probates Mittel, um einen Beitrag zu einer bedarfsgerechten Verteilung vertragsärztlicher Ressourcen zu leisten. Zugleich können Zulassungsbeschränkungen dem Risiko einer angebotsinduzierten Nachfrage,

die zu einer unwirtschaftlichen Belastung des GKV-Systems führen kann, entgegenwirken.

Die Entscheidung über die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen wird von dem jeweils zuständigen Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen getroffen. Einer solchen Anordnung hat eine Prüfung durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, ob in einem Planungsbereich eine ärztliche Überversorgung vorliegt, vorauszugehen. Der Gesetzgeber hat die Aufgabe der Prüfung des Vorliegens einer Überversorgung sowie der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen einem Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Landesebene übertragen, dass aufgrund der bei ihm vorliegenden Sachkompetenz die Verfahrensverantwortung bei der Prüfung und Feststellung einer Überversorgung innehat.

50. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Verbreitungsgrad der Hausarztzentrierten-Versorgungs-Verträge 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, und welche Krankenkassen bieten heute noch keine Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) an, obwohl in § 73b SGB V 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?

Die Fragen 50 bis 57 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen zu dem gefragten Themenkomplex der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) gemäß § 73b SGB V keine validen, bundesweiten eigenen Daten vor. Die Verträge der HzV beruhen auf regionalem Vertragsgeschehen. Das bedeutet, die HzV-Verträge werden zwischen regionalen Krankenkassen und dem jeweils zuständigen regionalen Hausärzteverband oder den

weiteren in § 73b Absatz 4 Satz 3 Nummer 1 bis 4 SGB V genannten Leistungserbringern beziehungsweise den genannten Gemeinschaften der Leistungserbringer, Einrichtungsträgern oder KVen geschlossen. Daher unterscheiden sie sich zum Beispiel in Bezug auf ihre Vergütungssystematik, Qualitätssicherungsinstrumente oder in Bezug auf die Einbindung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. Diese Unterschiede sind Ausdruck des selektivvertraglichen Wettbewerbs.

Ausweislich der Angaben des Hausärztinnen- und Hausärzterverbands (HÄV) nehmen derzeit bundesweit knapp 10 000 000 Patientinnen und Patienten sowie 15 728 Hausärztinnen und Hausärzte freiwillig an der HzV teil.

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?

Der Bundesregierung liegen keine Daten bezüglich Gesundheitsausgaben pro Versicherten differenziert nach Ländern vor. Nach dem Evaluationsbericht der AOK Baden-Württemberg beliefen sich die durchschnittlichen Versorgungsausgaben im Jahr 2019 in der HzV insgesamt auf 3 951,78 Euro und in der Regelversorgung auf 3 699,96 Euro pro Versicherten.

59. Welche Krankenkassen haben nach Kenntnis der Bundesregierung bislang zusätzliche Facharztverträge innerhalb der HzV abgeschlossen, und wodurch sind diese Facharztverträge inhaltlich gekennzeichnet?

Nach Angaben des HÄV werden zusätzliche Facharztverträge innerhalb der HzV insbesondere in Baden-Württemberg im Rahmen des sogenannten „FacharztProgramms“ der AOK Baden-Württemberg sowie durch die Bosch BKK und die BKK-Gemeinschaft GWQ in Kooperation mit regionalen HzV-Verträgen angeboten.

Die Verträge haben zum Ziel, eine sektorenübergreifend koordinierte, qualitätsorientierte und wirtschaftliche Versorgung insbesondere chronisch kranker Patientinnen und Patienten im Rahmen der HzV zu erreichen.

Charakteristisch für diese Verträge sind die hausarztkoordinierte Einbindung der Fachärztinnen und Fachärzte, die Vorgabe qualitätsgesicherter Behandlungsabläufe und definierter Behandlungspfade, eine strukturierte Kommunikation mit den hausärztlichen Praxen sowie gesonderte Vergütungssysteme außerhalb des KV-Systems.

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?

Leistungen der hausärztlichen Versorgung, die im Rahmen der HzV erbracht werden, werden nach den gemäß § 73b SGB V durch die Krankenkassen zu schließenden Verträgen vergütet. Nach Angaben des HÄV liegt die Vergütung in der HzV im Schnitt 30 Prozent über der Vergütung im System der KVen beziehungsweise nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM). Nach Angaben der MEDI Baden-Württemberg und MEDI GENO Deutschland bieten die mit der HzV verknüpften Facharztverträge den Pra-

xen und dem ärztlichen Nachwuchs verlässliche Rahmenbedingungen ohne Budgetierung. Nach Zahlen der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK betragen die ärztlichen Honorarausgaben je eingeschriebenem Versicherten im Jahr 2024 für das Hausarztprogramm 317 Euro je Versicherten und für das Facharztprogramm 227 Euro je Versicherten. Die Honorarausgaben für die genannten Krankenkassen insgesamt lagen bei rund 840 Mio. Euro ([www.medi-verbund.de/2025/05/pm-aok-facharztvertraege/](http://www.medi-verbund.de/2025/05/pm-aok-facharztvertraege/)). Der Bundesregierung liegen bisher keine weiteren und bundesweit ausreichenden Daten vor, um eine entsprechende Beurteilung vorzunehmen.

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?

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD ist die Einführung eines verbindlichen Primärversorgungssystems bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärztinnen beziehungsweise durch Haus- und Kinderärzte in der HzV und im Kollektivvertrag vorgesehen. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

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?

Die Ergebnisse des genannten Gutachtens werden in die Überlegungen der Bundesregierung zur Einführung eines Primärversorgungssystems einfließen. Einzelne Regelungsmöglichkeiten können zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beurteilt werden.

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 Staatssekretärscherebene mit den Ländern geeinte, nach Ansicht der Fragesteller lange überfällige Approbationsordnung für Ärzte zeitnah verabschiedet wird?

Ziel einer reformierten Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) ist – entsprechend der Festlegungen des „Masterplans Medizinstudium 2020“ – die Allgemeinmedizin im gesamten Studium zu verankern und auch die praktische Ausbildung der Studierenden in hausärztlichen sowie in kinderärztlichen Praxen verpflichtend aufzunehmen. An der Reform des Medizinstudiums durch die Umsetzung des „Masterplans Medizinstudium 2020“ hält die Bundesregierung in dieser Legislaturperiode fest. Die geänderte Approbationsordnung bedarf der Zustimmung des Bundesrates und erfordert die Bereitschaft der Länder, ihre verfassungsrechtlich bestehende Finanzierungsverantwortung für die Mehrkosten des Studiums zu übernehmen. Die Bundesregierung wird in Gesprächen mit den Ländern dafür werben, dass die Reform die erforderliche Zustimmung erhält. Die Bedeutung der Stärkung der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Versorgung wird dabei vor dem Hintergrund des im Koalitionsvertrag zwischen

CDU, CSU und SPD vereinbarten Primärversorgungssysteme besonders in den Blick genommen.

64. Will die Bundesregierung vor dem Hintergrund positiver Evaluationen (etwa des IGES (Initial Graphics Exchange Specification) 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 Verstärkung der erfolgreich evaluierten Kompetenzzentren in § 75a SGB V („Förderung der Weiterbildung“) umsetzen, und wenn ja, wie, und wenn nein, warum nicht?

Die Ergebnisse der genannten Evaluation werden in die Überlegungen der Bundesregierung zur Einführung eines Primärversorgungssystems einfließen. Einzelne Regelungsvorschläge können zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abschließend bewertet werden.

Anlage 1 – Tabelle zur AW auf Frage 16 – Kleine Anfrage 21/1018

Tabelle: Sozialversicherungspflichtig und ausschließlich geringfügig Beschäftigte in Arztpraxen nach ausgewählten Berufen

Deutschland (Arbeitsort), Stichtag: 31. Januar 2025, Datenstand: Juli 2025

Tätigkeit nach KldB 2010	sozialversicherungspflichtig Beschäftigte		ausschließlich geringfügig Beschäftigte	
	Wirtschaftszweige der WZ 2008			
	86210 Arztpraxen für Allgemeinmedizin	86220 Facharztpraxen	86210 Arztpraxen für Allgemeinmedizin	86220 Facharztpraxen
	1	2	3	4
<b>Insgesamt</b>	<b>139.219</b>	<b>364.308</b>	<b>28.589</b>	<b>56.436</b>
81 Medizinische Gesundheitsberufe	127.860	315.624	11.577	24.569
811 Arzt- und Praxishilfe	104.731	228.918	10.338	19.022
81102 Medizin. Fachangestellte (oS)- Fachkraft	101.113	212.023	9.761	17.285
81103 Medizin. Fachangestellte (oS)- Spezialist	2.637	5.483	444	955
81182 Medizin. Fachangestellte (ssT)-Fachkraft	25	581	5	64
81183 Medizin. Fachangestellte (ssT)- Spezialist	461	1.246	54	111
812 Medizinisches Laboratorium	1.475	22.398	154	1.242
813 Gesundh., Krankenpfl., Ret- tungsd. Geburtsh.	2.080	17.562	316	2.570
8130 Berufe Gesundheits-, Kranken- pflege (oS)	1.650	10.281	234	1.292
8131 Berufe in der Fachkranken- pflege	142	5.161	24	657
8132 Berufe in der Fachkinderkran- kenpflege	5	49	-	7
8133 Berufe operations-/med.- techn. Assistenz	153	1.186	24	432
8134 Berufe im Rettungsdienst	37	107	17	51
8135 Berufe Geburtshilfe, Entbin- dungspflege	11	194	*	69
8138 Berufe Gesundheits-, Kranken- pflege (ssT)	66	446	13	54
8139 Aufsicht, Führung-Kranken- pfl., Rettungsd.	16	138	*	8
817 Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde	868	3.443	87	234
818 Pharmazie	61	179	21	46

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

1) o.S. "ohne Spezialisierung" bzw. s.s.T. "sonstige spezifische Tätigkeitsangabe": den Berufsuntergruppen (Viersteller) "ohne Spezialisierung" werden Berufs- und Tätigkeitsbezeichnungen zugeordnet, die innerhalb ihrer Berufsgruppe (3-Steller) keinen spezifischen Tätigkeitsschwerpunkt erkennen lassen. Identifizierbar sind diese Kategorien über eine ‚0‘ an vierter Stelle des KldB-Schlüssels. Den Berufsuntergruppen mit "sonstigen spezifischen Tätigkeitsangaben" werden Berufs- und Tätigkeitsbezeichnungen zugeordnet, die innerhalb ihrer Berufsgruppe einen Tätigkeitsschwerpunkt oder eine Spezialisierung vorweisen, die keiner anderen Berufsuntergruppe (4-Steller) innerhalb der gewählten Berufsgruppe berufsfachlich zuzuordnen ist. Identifizierbar sind diese Kategorien über eine ‚8‘ an vierter Stelle des KldB-Schlüssels.

\*) Aus Gründen der statistischen Geheimhaltung werden Zahlenwerte von 1 oder 2 und Daten, aus denen rechnerisch auf einen solchen Zahlenwert geschlossen werden kann, anonymisiert.

