

**Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung
gemäß § 46 Abs. 1 GO LT
mit Antwort der Landesregierung**

Anfrage der Abgeordneten Delia Susanne Klages (AfD)

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
namens der Landesregierung

Wie zugänglich ist die ambulante Versorgung in Niedersachsen?

Anfrage der Abgeordneten Delia Susanne Klages (AfD), eingegangen am 07.09.2026 -
Drs. 19/11591,
an die Staatskanzlei übersandt am 16.09.2026

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
namens der Landesregierung vom 16.10.2026

Vorbemerkung der Abgeordneten

Die Möglichkeit, einen Arzttermin zu erhalten, lässt sich nicht allein an rechnerischen Versorgungsgraden messen. Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) waren im August 2026 insgesamt 516 Praxissitze unbesetzt: 436 hausärztliche Sitze, 66,5 fachärztliche Sitze und 13,5 Sitze für Psychologische Psychotherapeuten. Bis 2040 müssen nach der aktuellen Arztzahlprognose der KVN je nach Region 50 bis 90 % der hausärztlichen Sitze altersbedingt nachbesetzt werden. 16 von 105 hausärztlichen Planungsbereichen könnten dann unterversorgt sein; auch bei Augen-, Frauen-, Hals-Nasen-Ohren- und Hautärzten sowie bei Kinder- und Jugendärzten, Neurologen und Urologen erwartet die KVN in weiten Teilen des Landes sinkende Versorgungsgrade.¹

Bundesweite Daten zeigen bereits heute erhebliche Zugangsprobleme. In der repräsentativen GKV-Versichertenbefragung 2025 bezeichneten 30 % der Befragten die Suche nach einem Facharzttermin als schwierig oder sehr schwierig; 25 % warteten länger als 30 Tage, die 10 % mit den längsten Wartezeiten mindestens 90 Tage. Laut der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage stieg die durchschnittliche Wartezeit gesetzlich Versicherter, die mindestens einen Tag auf einen Facharzttermin warteten, von 33 Tagen im Jahr 2019 auf 42 Tage im Jahr 2024.²

Vertragsärzte müssen bei einem vollen Versorgungsauftrag mindestens 25 Sprechstunden pro Woche anbieten; bestimmte Fachgruppen haben davon mindestens fünf Stunden als offene Sprechstunde vorzuhalten. Nach § 13 Abs. 7 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) darf die Behandlung eines gesetzlich Versicherten außerhalb besonderer Kartenfälle nur in begründeten Fällen abgelehnt werden. Der Sicherstellungsauftrag der KVN umfasst eine angemessene und zeitnahe Versorgung; die KVN hat die vertragsärztlichen Pflichten zu überwachen und erforderlichenfalls durchzusetzen. Wer gesetzlich Versicherte zur privatärztlichen Versorgung anstelle einer ihnen zustehenden Kassenleistung beeinflusst, verstößt nach § 128 Abs. 5a SGB V gegen vertragsärztliche Pflichten.³

Die damalige Landesregierung hat 2018 festgestellt, dass Bedarfsplanung und tatsächlicher Patientenzugang auseinanderfallen können. In der Antwortdrucksache 18/1724 erklärte sie, weder ihr noch der KVN sei bekannt, wie viele Kinderärzte keine neuen Patienten aufnehmen. Zugleich bezeichnete sie die damaligen Vorgaben der Bedarfsplanung als nur eingeschränkt geeignet, den Versorgungsbedarf der Bevölkerung abzubilden. Nach Kenntnis der KVN habe diese bei bekannt gewordenen Aufnahmestopps jeweils Kontakt zur Praxis aufgenommen und auf eine Öffnung für neue Patienten

¹ <https://www.kvn.de/Mitglieder/Publikationen/ArztzahlprognoseProzent2B2040.html>; <https://www.kvn.de/>.

² <https://dserver.bundestag.de/btd/21/038/2103858.pdf>; https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2181888.jsp.

³ <https://www.kbv.de/documents/infotehk/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/bmv-aerzte.pdf>.

hingewirkt. Im Jahr 2021 bekräftigte die damalige Landesregierung, dass die KVN die Erfüllung vertragsärztlicher Pflichten überwachen und nötigenfalls Disziplinarmaßnahmen anwenden müsse; der Landesregierung seien im Rahmen ihrer Rechtsaufsicht damals keine entsprechenden Einzelfälle vorgelegt worden.⁴

Zum 1. Januar 2027 entfallen nach einer aktuellen Entscheidung des Bewertungsausschusses u. a. Zuschläge für durch Terminservicestellen oder Hausärzte vermittelte Termine sowie die hausärztliche Vermittlungspauschale.⁵ Damit werden gerade jene Vergütungsanreize gestrichen, die zusätzliche und kurzfristige Termine für gesetzlich Versicherte fördern sollten. Vor diesem Hintergrund ist zu klären, wie häufig Aufnahmestopps bereits bestehen, unter welchen Voraussetzungen sie zulässig sind und wie KVN und Landesregierung den tatsächlichen Zugang zur ambulanten Versorgung kontrollieren.

Vorbemerkung der Landesregierung

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach § 75 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) erfüllt diesen gesetzlichen Sicherstellungsauftrag in ihrem Zuständigkeitsbereich. Hierzu gehört die Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten.

Die Bedarfsplanung nach den §§ 99 ff. SGB V dient der Feststellung und Steuerung des Umfangs der vertragsärztlichen Versorgung in den jeweiligen Planungsbereichen. Die hierbei ermittelten Versorgungsgrade stellen ein wichtiges Instrument zur Beurteilung der Versorgungssituation dar. Sie erlauben jedoch keine unmittelbaren Aussagen über die individuelle Verfügbarkeit von Behandlungsterminen oder über die tatsächliche Inanspruchnahme ambulanter Leistungen. Die Erreichbarkeit von Arztterminen wird von einer Vielzahl weiterer Faktoren beeinflusst, darunter die regionale Verteilung der Leistungserbringer, Teilzeittätigkeiten, demografische Entwicklungen, Veränderungen des Morbiditätsgeschehens sowie die Nachfrage nach bestimmten ärztlichen Leistungen.

Vertragsärztinnen und -ärzte sind verpflichtet, ihre vertragsärztliche Tätigkeit entsprechend den gesetzlichen und vertragsarztrechtlichen Vorgaben auszuüben. Nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) und der Rechtsprechung können gesetzlich Versicherte grundsätzlich nicht ohne sachlichen Grund von einer erforderlichen vertragsärztlichen Behandlung ausgeschlossen werden. Ob und unter welchen Voraussetzungen die vorübergehende Beschränkung der Aufnahme neuer Patientinnen und Patienten im Einzelfall zulässig ist, hängt von den konkreten Umständen der jeweiligen Praxis, insbesondere von deren Leistungsfähigkeit und der ordnungsgemäßen Versorgung der bereits betreuten Patientinnen und Patienten, ab. Eine generelle gesetzliche Regelung zu sogenannten Aufnahmestopps besteht nicht.

Die Überwachung der Einhaltung vertragsärztlicher Pflichten obliegt den hierfür zuständigen Selbstverwaltungskörperschaften, insbesondere den Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese verfügen über die vertragsarztrechtlichen Instrumente, um möglichen Pflichtverletzungen nachzugehen und erforderlichenfalls Maßnahmen zu ergreifen. Die Landesregierung übt gegenüber der KVN die ihr gesetzlich zugewiesene Rechtsaufsicht aus. Diese erstreckt sich auf die Rechtmäßigkeit des Verwaltungshandelns der Körperschaft, nicht jedoch auf die laufende Wahrnehmung einzelner Aufgaben der Selbstverwaltung oder die Prüfung individueller Behandlungs- und Terminvergabefälle.

Die Landesregierung misst einer wohnortnahen und zeitgerechten ambulanten Versorgung der Bevölkerung große Bedeutung bei. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der Altersstruktur der Ärzteschaft und regional unterschiedlicher Versorgungssituationen beobachtet sie die Ent-

⁴ https://www.landtag-niedersachsen.de/drucksachen/drucksachen_18_12500/10001-10500/18-10016.pdf; https://www.landtag-niedersachsen.de/drucksachen/drucksachen_18_02500/01501-02000/18-01724.pdf.

⁵ <https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2026/08-27/epa-verguetung-noch-bis-jah-resende-erste-ebm-anpassungen-infolge-des-spargesetzes-beschlossen>.

wicklung der ambulanten Versorgung fortlaufend im Austausch mit den Akteuren des Gesundheitswesens. Die nachfolgenden Antworten beruhen, soweit die Wahrnehmung des vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrags betroffen ist, maßgeblich auf den von der KVN zur Verfügung gestellten Informationen.

- 1. Wie viele Beschwerden, Hinweise und Eingaben wegen verweigerter Aufnahme oder fehlender Terminmöglichkeiten in niedersächsischen Vertragsarzt- und Psychotherapiepraxen gingen vom 1. Januar 2022 bis zum jüngsten verfügbaren Stand 2026 bei der Landesregierung, der KVN, der Ärztekammer Niedersachsen und den gesetzlichen Krankenkassen ein (bitte nach Jahr, Empfänger, Arztgruppe, Landkreis bzw. kreisfreier Stadt und Planungsbereich aufschlüsseln)?**

Bei der Bearbeitung der Patientenbeschwerden findet keine Klassifizierung nach Beschwerdegrund statt. Dies gilt vor dem Hintergrund, dass Patientenbeschwerden immer Einzelfallschilderungen sind, die meist durch verschiedene Faktoren ausgelöst werden. Insofern kann keine Anzahl übermittelt werden.

- 2. Wie viele der in Frage 1 erfassten Fälle betrafen jeweils die Ablehnung neuer gesetzlich Versicherter, die Ablehnung bereits behandelter Patienten, einen akuten Behandlungsbedarf, eine Wartezeit von mehr als vier Wochen bzw. mehr als drei Monaten, das gleichzeitige Angebot einer Privat- oder Selbstzahlerbehandlung oder den Verweis auf eine Privatpraxis?**

Dazu liegen der Landesregierung keine Informationen vor. Ergänzend wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

- 3. Wie viele der zum Stichtag 30. Juni 2026 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Praxen bzw. Praxisstandorte in Niedersachsen nahmen keine neuen gesetzlich Versicherten auf (bitte absolute Zahl und Anteil an allen Praxen jeweils nach Hausärzten, sämtlichen Facharztgruppen, Psychotherapeuten, Landkreis bzw. kreisfreier Stadt und Planungsbereich ausweisen)?**

Dazu liegen der Landesregierung keine Informationen vor. Die betroffenen Praxen sind nicht verpflichtet, einen Aufnahmestopp zu melden.

- 4. Welche Erhebungen, Stichproben oder anderen systematischen Prüfungen haben Landesregierung oder KVN seit der Antwort in der Drucksache 18/1724 durchgeführt, um Aufnahmestopps zu erfassen, und - falls die zu Frage 3 erbetenen Zahlen nicht vollständig vorliegen - warum wurde bis heute keine laufende, landesweit vergleichbare Erhebung eingeführt?**

Für die Durchführung derartiger Erhebungen gibt es keine Rechtsgrundlage. Um die Praxen nicht zusätzlich mit bürokratischen Aufgaben zu belasten, wird von der Durchführung entsprechender Erhebungen abgesehen.

- 5. Unter welchen konkret überprüfbaren Voraussetzungen stellt eine ausgelastete Praxis nach Auffassung der Landesregierung einen begründeten Fall zur Ablehnung einer Behandlung nach § 13 Abs. 7 BMV-Ä dar, und anhand welcher Kennzahlen - insbesondere Fallzahl, tatsächliche ärztliche Arbeitszeit, Personalbesetzung, Terminwartezeit, offene Sprechstunden und medizinische Dringlichkeit - haben Praxis und KVN dies im Streitfall nachzuweisen?**

Die Ablehnung einer Patientin oder eines Patienten ist bei einem medizinischen Notfall nicht möglich. Die Ablehnung einer Behandlung wegen der Auslastung einer Praxis ist rechtlich zulässig. Es kann

keiner Ärztin oder keinem Arzt zugemutet werden, die Verantwortung für die Patientenbehandlung zu übernehmen, wenn die persönliche Belastungsgrenze der Ärztin oder des Arztes erreicht ist. Wann dies der Fall ist, hängt von den Umständen des Einzelfalles ab.

- 6. In wie vielen Fällen nahm die KVN seit 2022 wegen eines gemeldeten Aufnahmestopps Kontakt zu einer Praxis auf, wie viele Sachverhalte wurden förmlich geprüft, und mit welchem Ergebnis endeten diese Verfahren (bitte nach Jahr und Arztgruppe in unbegründete Beschwerde, Wiederaufnahme neuer Patienten, Auflage, Hinweis, Beratung, Disziplinarverfahren und sonstiges Ergebnis aufschlüsseln)?**

Es wird auf die Antwort zu Frage 3 verwiesen. Sofern im Einzelfall Sicherstellungsprobleme bestehen, versucht die KVN diese im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags durch geeignete Maßnahmen zu beseitigen.

- 7. Wie viele Hinweise, Verwarnungen, Verweise, Geldbußen, Zulassungsentziehungen oder sonstige Maßnahmen wurden seit 2022 wegen unzulässiger Behandlungsablehnung, Nichterfüllung des Versorgungsauftrags, nicht gemeldeter freier Termine oder Beeinflussung zugunsten privatärztlicher Leistungen verhängt bzw. veranlasst (bitte nach Jahr, Tatbestand und Arztgruppe aufschlüsseln)?**

- 8. Bei wie vielen Vertragsärzten wurde seit 2022 die Einhaltung der Mindestsprechstunden von 25 Stunden sowie der vorgeschriebenen offenen Sprechstunden überprüft, bei wie vielen wurden Abweichungen festgestellt, und welche Maßnahmen folgten daraus (bitte nach Jahr und Arztgruppe aufschlüsseln)?**

Die Fragen 7 und 8 werden zusammen beantwortet. Es wird darüber hinaus auch auf die Antwort zu Frage 5 verwiesen.

Die Einhaltung der Mindestsprechstunden von 25 Stunden wöchentlich bei einem vollen Versorgungsauftrag sowie der für bestimmte Arztgruppen geltenden offenen Sprechstunden wird von der KVN anhand der von den Praxen gemeldeten Sprechstundenzeiten überprüft. Darüber hinaus überprüft die KVN gemäß § 95 Abs. 3 SGB V jährlich bei allen in Niedersachsen zugelassenen und angestellten Vertragsärztinnen und -ärzten die Einhaltung des Versorgungsauftrags anhand der tatsächlich abgerechneten Leistungen.

Die Überprüfung des Versorgungsauftrags erfolgte in den Jahren 2022 bis 2025 jährlich bei sämtlichen in Niedersachsen zugelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzten der vertragsärztlichen Versorgung.

Aus der Überprüfung des Versorgungsauftrages wurden in den letzten Jahren folgende Verfahren eingeleitet:

Anzahl Ärzte/ Therapeuten	Prüfjahr	Anhörung wegen Unter- schreitung	Anzahl Zulas- sungsentzie- hung/Widerruf der Anstellungs- genehmigung	Leistungs- aufforde- rung	Honorarkür- zungen
16.220	2022	396	4	37	9
16.601	2023	325	3	65	8
16.762	2024	265	3	70	11
16.832	2025	232	5	41	8

9. Wie entwickelten sich in Niedersachsen seit 2022 die Zahl der berechtigten Vermittlungswünsche an den 116117-Terminservice, die Zahl und Quote fristgerecht vermittelter Termine, die nicht fristgerecht oder überhaupt nicht vermittelten Termine sowie die Wartezeiten im Median, im 90. Perzentil und im längsten Fall (bitte nach Jahr, Vermittlungsweg, Arztgruppe und Planungsbereich aufschlüsseln)?

Für die Jahre 2022 bis 2026 wurden die berechtigten Vermittlungswünsche, die fristgerecht vermittelten Termine und die daraus resultierenden Vermittlungsquoten wie folgt ausgewertet:

Jahr	Nachfrage	Gebucht	Anteil Gebucht Nachfrage
2022	139.195	80.105	57,55 %
2023	240.219	141.795	59,03 %
2024	472.206	233.526	49,45 %
2025	658.190	333.276	50,64 %
2026	538.084	283.359	52,66 %

Jahr	Gebucht	Fristgerecht	Nicht Fristgerecht	Anteil Fristgerecht Gebucht	Anteil Fristgerecht Gesamtnachfrage
2022	80.105	79.030	1.075	98,66 %	56,78 %
2023	141.795	137.812	3.983	97,19 %	57,37 %
2024	233.526	224.572	8.954	96,17 %	47,56 %
2025	333.276	324.094	9.182	97,24 %	49,24 %
2026	283.359	278.252	5.107	98,20 %	51,71 %

Hinweis: Im Jahr 2025 wurden durch die Vertragsärztinnen und -ärzte in Niedersachsen (über die 116 117) insgesamt 658 192 Termine für die Buchung verfügbar gemacht. Gebucht wurden jedoch nur 330 898, sodass insgesamt 49,73 % ungebucht blieben. Die Quoten-Verhältnisse von Nachfrage und erfolgreicher Buchung stehen in Abhängigkeit von einem Über- bzw. Unterangebot bestimmter Fachgruppen.

Gesamt	658.192
Gebucht	330.898
Prozentualer Anteil (nicht gebucht)	49,73 %

10. Wie viele gesetzlich Versicherte baten den 116117-Terminservice seit 2022 um Unterstützung bei der Suche nach einem dauerhaft aufnehmenden Haus- oder Kinderarzt, in wie vielen Fällen wurde innerhalb von vier Wochen eine dauerhaft aufnehmende Praxis gefunden, wie weit war diese vom Patientenwohnsitz entfernt und in wie vielen Fällen blieb die Suche erfolglos (bitte nach Jahr und Planungsbereich aufschlüsseln)?

Es werden bei der 116 117 lediglich Termine vermittelt, die von den jeweiligen Praxen zur Verfügung gestellt werden. Die 116 117 vermittelt keine dauerhafte Weiterbehandlung. Die Möglichkeit einer Weiterbehandlung muss von der Patientin oder vom Patienten direkt mit der Praxis besprochen werden. Dennoch kann die Terminvermittlung über die 116 117 ein guter Einstieg in eine neue Praxis sein. Es stehen keine Daten über die sich daraus ergebende dauerhafte Anschlussversorgung von Patientinnen und Patienten zur Verfügung.

11. In wie vielen Fällen musste der 116117-Terminservice seit 2022 wegen eines fehlenden ambulanten Termins auf ein Krankenhausangebot zurückgreifen, welche durchschnittliche und maximale Entfernung sowie Fahrzeit mussten Patienten für vermittelte Haus- und allgemeine Facharzttermine zurücklegen, und in welchen Planungsbereichen traten die größten Entfernungen auf?

Eine Vermittlung von Behandlungsterminen an Krankenhäuser ist seit 2022 über den 116 117-Terminservice nicht erfolgt.

12. Welche Erkenntnisse besitzen Landesregierung und KVN über unterschiedliche Aufnahme- und Wartezeiten für gesetzlich Versicherte einerseits sowie Privat- oder Selbstzahler andererseits, wie viele Vergleichsprüfungen - etwa durch Testanfragen oder den Abgleich öffentlich angebotener Termine - wurden seit 2022 durchgeführt, und wie viele Verstöße gegen § 128 Abs. 5a SGB V wurden dabei festgestellt?

§ 128 Abs. 5a SGB V regelt, dass Vertragsärztinnen und -ärzte, die unzulässige Zuwendungen fordern oder annehmen oder Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung anstelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen, gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten verstoßen. Es handelt sich um einen sehr speziellen Anwendungsfall im Rahmen der Regelung des § 128 SGB V. Der gesamte Anwendungsbereich des § 128 SGB V geht darüber hinaus. Die wenigen Anfragen auf der Grundlage des § 128 SGB V, der sich in erster Linie auf die unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringenden sowie Vertragsärztinnen und -ärzten bezieht, lagen im einstelligen Bereich und betrafen den sogenannten verkürzten Versorgungsweg oder das Verbot, in einer Arztpraxis ein Depot einzurichten. Verstöße gegen diese Verbote sind gemäß § 128 Abs. 3 SGB V durch die Krankenkasse zu ahnden.

13. Welche Stelle muss in welcher Frist konkret Abhilfe schaffen, wenn mehrere oder sämtliche zumutbar erreichbaren Haus- oder Facharztpraxen einen gesetzlich Versicherten als Neupatienten ablehnen, und in wie vielen solchen Fällen haben KVN oder Landesregierung seit 2022 eine Versorgung durch eine bestimmte Praxis, den Terminservice, ein Eigeninrichtungsangebot oder eine andere Maßnahme tatsächlich sichergestellt?

Auf die Vorbemerkungen der Landesregierung wird verwiesen. Die KVN stellt im Hinblick auf den Terminservice Informationen auf ihrer Homepage zur Verfügung.

14. Welche Folgen erwartet die Landesregierung ab 1. Januar 2027 aus dem Wegfall der Vergütungszuschläge für Termine über die Terminservicestellen und für Hausarztvermittlungen auf die Zahl kurzfristig verfügbarer GKV-Termine in Niedersachsen, welche belastbare Folgenabschätzung liegt hierzu vor, und gegebenenfalls mit welchen konkreten Maßnahmen will sie einen weiteren Rückgang des Terminangebots verhindern?

Mit Wirkung zum 1. Januar 2027 entfallen bundesrechtlich die bislang im Einheitlichen Bewertungsmaßstab vorgesehenen Vergütungszuschläge für Terminvermittlungen über die Terminservicestellen sowie für Hausarztvermittlungsfälle. Die entsprechenden Vergütungsregelungen wurden durch Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses auf Bundesebene aufgehoben.

Der Landesregierung liegen keine eigenen belastbaren Erhebungen oder Modellrechnungen vor, aus denen sich die konkreten Auswirkungen dieser bundesrechtlichen Änderungen auf die Zahl kurzfristig verfügbarer GKV-Termine in Niedersachsen quantifizieren ließen. Die Folgen werden in der gesundheitspolitischen Diskussion unterschiedlich bewertet. Vertreter der Kassenärztlichen Selbstverwaltung und ärztlicher Verbände weisen darauf hin, dass die Vergütungszuschläge finanzielle Anreize für die bevorzugte Vermittlung kurzfristiger Termine geschaffen hätten. Deren Wegfall berge das Risiko einer Verringerung entsprechender Terminangebote sowie längerer Wartezeiten. Demgegenüber wird vonseiten des GKV-Spitzenverbandes die Auffassung vertreten, dass die bisherigen Zuschläge keinen hinreichenden Nachweis für eine nachhaltige Verbesserung der Versorgung erbracht hätten und daher entbehrlich seien.

Vor diesem Hintergrund kann die Landesregierung derzeit keine belastbare Aussage darüber treffen, in welchem Umfang sich der Wegfall der Vergütungszuschläge tatsächlich auf das Angebot kurzfristig verfügbarer GKV-Termine in Niedersachsen auswirken wird.

Unabhängig davon ist zu berücksichtigen, dass die Ausgestaltung der vertragsärztlichen Vergütung einschließlich der Festlegung und Finanzierung entsprechender Zuschläge in der Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers und der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene liegt. Eigene landesrechtliche Möglichkeiten zur Kompensation weggefallener vertragsärztlicher Vergütungsbestandteile bestehen grundsätzlich nicht.

Die Landesregierung wird die Auswirkungen der Neuregelungen auf die ambulante Versorgung aufmerksam beobachten und den Austausch mit der KVN, den Krankenkassen sowie den weiteren Akteuren der gesundheitlichen Selbstverwaltung fortführen.

15. Zu welchen der in den Fragen 1 bis 14 erbetenen Angaben verfügen Landesregierung und KVN gegebenenfalls über keine belastbaren Daten, aus welchem konkreten Grund werden diese Daten bislang nicht erhoben oder ausgewertet, und gegebenenfalls bis wann wird jeweils eine landesweit einheitliche Erhebung und regelmäßige Veröffentlichung eingeführt?

Auf die Antworten zu den jeweiligen Fragen 1 bis 14 sowie auf die Vorbemerkung der Landesregierung wird verwiesen.