

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

Anfrage der Abgeordneten Delia Susanne Klages und Vanessa Behrendt (AfD)

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

Weite Wege in der Gesundheitsversorgung - Entwicklung der Erreichbarkeit medizinischer Leistungen in Niedersachsen

Anfrage der Abgeordneten Delia Susanne Klages und Vanessa Behrendt (AfD), eingegangen am 20.03.2026 - Drs. 19/10191,
an die Staatskanzlei übersandt am 24.03.2026

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
namens der Landesregierung vom 24.04.2026

Vorbemerkung der Abgeordneten

In zahlreichen Regionen Niedersachsens, insbesondere im ländlichen Raum, wird zunehmend über längere Wege zu medizinischen Versorgungsangeboten berichtet. Dies betrifft sowohl die hausärztliche und fachärztliche Versorgung als auch zahnärztliche Leistungen und Notdienste.¹ Gleichzeitig führen strukturelle Veränderungen - wie Praxenaufgaben, fehlende Nachfolgeregelungen, die Konzentration von Versorgungsangeboten in größeren Einheiten (z. B. Medizinische Versorgungszentren [MVZ]) sowie Veränderungen im Krankenhausbereich - Beobachtern zufolge zu einer weiteren Verdichtung der Versorgung in urbanen Räumen.

Vorbemerkung der Landesregierung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung nach bundesgesetzlichen Rahmenvorgaben sicherzustellen. In Niedersachsen liegt der Sicherstellungsauftrag bei der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN). Der Sicherstellungsauftrag umfasst auch die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst).

Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen.

Nach § 105 des Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsprechend dem Bedarfsplan alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern.

Um eine möglichst gleichwertige vertragsärztliche Versorgung in ganz Niedersachsen sicherzustellen und um die Ansiedlung von Hausärztinnen und Hausärzten in ländlichen Regionen zu fördern hat die KVN eine Reihe von finanziellen Maßnahmen auf den Weg gebracht. Nach der Strukturfonds-Richtlinie der KVN erfolgt eine Förderung insbesondere in Bereichen, in denen aufgrund der Altersstruktur der vorhandenen Ärztinnen und Ärzte in den nächsten Jahren mit Versorgungsproblemen zu

¹ <https://www.dewezet.de/lokales/hameln-pyrmont/bad-pyrmont/zahnaerztliche-versorgung-vor-dem-umbruch-bald-weitere-wege-zum-notdienst-in-hamel-pyrmont-3HZJQZYY2ZAVJJFVEHE3D6BRTQ.htm>

rechnen ist. Hierbei handelt es sich vorwiegend um Fördergebiete im ländlichen Raum. Die Niederlassung einer Ärztin oder eines Arztes wird hier mit einem Investitionskostenzuschuss von bis zu 75 000 Euro sowie gegebenenfalls einer Starterprämie gefördert. Daneben gibt es zusätzliche finanzielle Förderungen für Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten, die sich verpflichten nach Abschluss der Weiterbildung in einem Fördergebiet vertragsärztlich tätig zu sein.

Auch die KZVN können zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung einen Strukturfonds bilden. Die Vertreterversammlung der KZVN hat im vergangenen Jahr beschlossen, grundsätzlich einen Strukturfonds nach § 105 SGB V einzurichten. Im Rahmen einer geplanten abschließenden Beschlussfassung im Mai 2026 soll ab dem 01.01.2027 die Förderung von Niederlassungen mit bis zu 100 000 Euro in besonders förderfähigen Einheits- bzw. Samtgemeinden ermöglicht werden.

Die KZVN hat zudem in den vergangenen Jahren ein breites Spektrum an Maßnahmen zur Versorgungsförderung im ländlichen Raum entwickelt. Diese setzen dabei mit der seit dem 01.07.2024 gemeinsam mit der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) eingeführten finanziellen Förderung der zahnärztlichen Famulatur bereits bei den Studierenden an.

Die KZVN steht in engem Austausch zu regionalen und kommunalen politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern. Ein Ergebnis von insgesamt mehr als 100 Gesprächen mit Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern von Einheits- bzw. Samtgemeinden mit einem besonderen zahnärztlichen Bedarf ist die Entwicklung eines Kommunalportals gewesen, welches in diesem Jahr deutlich ausgebaut wird. Dieses soll dazu dienen, gemeinsam zielgruppengerecht für die Niederlassung in ländlichen Regionen zu werben.

1. Wie hat sich die durchschnittliche Entfernung bzw. Fahrzeit zum nächstgelegenen Hausarzt, Facharzt und Zahnarzt in Niedersachsen seit dem Jahr 2015 entwickelt (bitte differenziert nach ländlichen und urbanen Regionen darstellen)?

Eine regelmäßige Datenerhebung ab 2015 zur durchschnittlichen Entfernung bzw. Fahrzeit zu den in der Frage bezeichneten Ärztinnen und Ärzten erfolgt weder seitens der KVN noch der KZVN.

Nach Angaben der KVN erreichen aktuell 97 % der rund 8 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner in Niedersachsen innerhalb von zehn Minuten eine niedergelassene Hausärztin bzw. einen niedergelassenen Hausarzt. Der Mittelwert für die Erreichbarkeit einer Hausärztin oder eines Hausarztes liegt in Niedersachsen bei fünf Minuten. Nur eine Minderheit von drei Prozent der Bürgerinnen und Bürger braucht zwischen 11 und 20 Minuten auf dem Weg zur Hausärztin oder zum Hausarzt, vornehmlich in ländlichen Räumen. Die Zeitangaben beziehen sich auf den motorisierten Individualverkehr. Entsprechende Daten zur fachärztlichen sowie zur zahnärztlichen Versorgung liegen nicht vor.

2. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung zur Entwicklung der durchschnittlichen Fahrzeiten zu Notdiensten (ärztlicher Bereitschaftsdienst, zahnärztlicher Notdienst) in Niedersachsen vor?

KVN und KZVN liegen keine Daten über durchschnittliche Fahrzeiten zu Notdiensten in Niedersachsen vor.

3. Wie viele Arzt- und Zahnarztpraxen wurden in Niedersachsen seit dem Jahr 2015 aufgegeben, und in wie vielen Fällen konnte keine Nachfolge gefunden werden (bitte nach Regionen aufschlüsseln)?

KVN und KZVN liegen keine Daten dazu vor.

4. Wie hat sich die Anzahl der MVZ in Niedersachsen seit dem Jahr 2015 entwickelt, und in welchen Regionen sind diese überwiegend angesiedelt?

In der vertragsärztlichen Versorgung hat sich die Anzahl der zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Niedersachsen seit dem Jahr 2015 von 247 MVZ auf 438 MVZ entwickelt. MVZ gibt es gleichermaßen in großstädtisch und ländlich geprägten Regionen in Niedersachsen.

Im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung hat sich die Anzahl der MVZ in Niedersachsen seit dem Jahr 2015 von vier auf aktuell 123 erhöht. 34 davon sind in sechs der sieben niedersächsischen Großstädte mit mehr als 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern angesiedelt (Braunschweig, Göttingen, Hannover, Osnabrück, Salzgitter, Wolfsburg).

5. Welche Auswirkungen haben nach Einschätzung der Landesregierung MVZ-Strukturen auf die wohnortnahe Versorgung im ländlichen Raum?

Auf die wohnortnahe Versorgung hat es kaum Einfluss, ob eine Praxis in Form einer Einzelpraxis, einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines MVZ geführt wird. Je spezieller ein ärztliches Fachgebiet tätig ist, desto weitere Strecken sind für die Versorgung tendenziell zurückzulegen, ohne dass es darauf ankommt, in welcher Struktur die ambulante ärztliche bzw. zahnärztliche Tätigkeit ausgeübt wird.

6. Welche durchschnittlichen Rettungsdienst-Einsatzzeiten werden aktuell in Niedersachsen erreicht, und wie haben sich diese in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte regional differenzieren)?

Der bodengebundene Rettungsdienst wird von seinen Trägern in Niedersachsen als sogenannte Selbstverwaltungsaufgabe im Rahmen des eigenen Wirkungskreises wahrgenommen. Damit obliegt diesen auch die Planungs- und Organisationshoheit. Eine Trägerabfrage für die Beantwortung der Frage konnte in der kurzen Beantwortungszeit nicht durchgeführt werden, daher liegen dem Niedersächsischen Ministerium für Inneres, Sport und Digitalisierung (MI) dazu keine Informationen vor.

7. In wie vielen Regionen Niedersachsens werden die gesetzlich bzw. planerisch vorgesehenen Hilfsfristen im Rettungsdienst nicht eingehalten?

Es wird auf die Antwort zu Frage 6 verwiesen.

8. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung über den Zusammenhang zwischen längeren Anfahrtswegen und gesundheitlichen Risiken, insbesondere in Notfällen und in der Geburtshilfe, vor?

Die Auswertung der Krankenhauslandschaft in Niedersachsen zeigt, dass die Erreichbarkeit medizinischer Versorgung insgesamt als sehr gut einzustufen ist und ein weit überwiegender Teil der Bevölkerung zentrale stationäre Versorgungsangebote innerhalb kurzer Fahrzeiten erreicht.

Im Bereich der Notfallversorgung kann ein Standort der Basisnotfallversorgung von 94 % der Bevölkerung innerhalb von weniger als 30 Minuten erreicht werden. Damit ist landesweit eine nahezu flächendeckend gute Erreichbarkeit gegeben, sodass aus planerischer Sicht keine Hinweise auf systematische gesundheitliche Risiken aufgrund längerer Anfahrtswege bestehen.

Beim akuten Schlaganfall kommt der zeitkritischen Behandlung besondere Bedeutung zu. Die Auswertungen zeigen, dass 88 % der Bevölkerung eine Stroke Unit in unter 40 Minuten erreichen können. Lediglich in wenigen Regionen sind Fahrzeiten von mehr als 40 bzw. 60 Minuten erforderlich. Zugleich wurden im Jahr 2023 rund 97 % der Schlaganfallpatientinnen und -patienten in geeigneten Strukturen behandelt (zertifizierte bzw. nicht zertifizierte Stroke Units oder spezialisierte Komplexbehandlungen). Längere Transportzeiten können im Einzelfall und in Abhängigkeit der Verdachtsdiagnose durch den Einsatz der Luftrettung sowie durch die im Aufbau befindliche telenotfallmedizinische Unterstützung kompensiert werden, sofern entsprechende Strukturen im jeweiligen

Rettungsdienstbereich bereits etabliert sind (aktuell sind 16 der 49 Rettungsdienstbereiche an die Telenotfallmedizin angebinden).

In der Versorgung von Schwerverletzten und Herzinfarktpatientinnen und -patienten spielen kurze Transportzeiten eine zentrale Rolle. Ein Traumazentrum kann von 82 % der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten erreicht werden. Darüber hinaus trägt die Luftrettung in Regionen mit längeren Fahrzeiten wesentlich zur Sicherstellung der zeitkritischen Versorgung bei. Im Bereich der interventionellen Kardiologie erreichen 96 % der Bevölkerung einen geeigneten Standort innerhalb von 40 Minuten, sodass von einer flächendeckend stabilen Versorgungsstruktur auszugehen ist.

Vor dem Hintergrund der vorliegenden Erkenntnisse ergeben sich für die Landesregierung keine Hinweise darauf, dass längere Anfahrtswege per se zu erhöhten gesundheitlichen Risiken führen. Entscheidend ist vielmehr die qualitativ hochwertige und spezialisierte Versorgung. Diese wird insbesondere in zeitkritischen Leistungsbereichen - wie der Notfall-, Herzinfarkt- und Schlaganfallversorgung - durch die insgesamt sehr gute Erreichbarkeit, den ergänzenden Einsatz in Einzelfällen und in Abhängigkeit der Verdachtsdiagnose der Luftrettung und den weiteren Ausbau telenotfallmedizinischen Strukturen abgesichert.

Darüber hinaus liegen der Landesregierung keine Erkenntnisse für die Annahme vor, dass kürzere Anfahrtswege zu den stationären Fachabteilungen für Geburtshilfe gesundheitliche Risiken mindern. Vielmehr kommt es gerade im sensiblen Bereich der Geburtshilfe maßgeblich auf die Qualität der Versorgung an.

9. Wie bewertet die Landesregierung die Auswirkungen des demografischen Wandels und des Nachwuchsmangels im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich auf die zukünftige Erreichbarkeit medizinischer Versorgung?

10. Welche konkreten Maßnahmen ergreift die Landesregierung gegebenenfalls, um die Niederlassung von Ärzten und Zahnärzten im ländlichen Raum gezielt zu fördern?

Die Fragen 9 und 10 werden zusammen beantwortet. Ergänzend wird auf die Vorbemerkungen verwiesen.

Angesichts des demografischen Wandels, der Zunahme chronischer Erkrankungen, des Fachkräftemangels und der finanziellen Herausforderungen im Gesundheitswesen ist es zentral, die Strukturen zu überdenken und neue Wege zu gehen. Dabei kann in der ambulanten Versorgung eine zielgerichtete Patientinnen- und Patientensteuerung dazu beitragen, Ressourcen effizienter zu nutzen und Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Eine stärkere Einbindung nichtärztlicher Fachkräftegruppen kann Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, sich auf ihre ärztlichen Kerntätigkeiten und die Patientensteuerung zu fokussieren.

Die Landesregierung begrüßt daher die von der Bundesregierung geplante Einführung eines Primärversorgungssystems. Durch das Primärversorgungssystem sollen ärztliche Ressourcen insgesamt effizienter genutzt und Kosten gespart werden. Außerdem sollen Patientinnen und Patienten dadurch schneller einen Termin bei einem Facharzt oder einer Fachärztin bekommen. Ziel des neuen Systems ist auch, dass die Patientinnen und Patienten die Fachärztinnen und Fachärzte zielgerichteter aufsuchen. Überflüssige Untersuchungen sollen reduziert und die Fachärztinnen und Fachärzte dadurch entlastet werden. Erfahrungen aus der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) in Niedersachsen zeigen in diesem Zusammenhang bereits erhebliche Potenziale.

Bei einer adäquaten Umsetzung, etwa durch konsequentes Gatekeeping, anreizkompatible Strukturen und eine gezielte sowie ganzheitliche Patientensteuerung, ist davon auszugehen, dass fachärztliche Ressourcen entlastet und Behandlungskapazitäten effizienter genutzt werden könnten. Dies kann sich positiv auf die Wartezeiten in der fachärztlichen Versorgung auswirken.

Die Entwicklung von konkreten Kriterien und rechtlichen Rahmenbedingungen für dieses System sind von der Bundesregierung als langfristiger Prozess angekündigt. Die Landesregierung wird sich in den entsprechenden Gremien für eine optimale Ausgestaltung des Modells einsetzen. Eine abschließende Bewertung bleibt der finalen Konzeption vorbehalten.

Unabhängig davon verfolgt die Landesregierung bereits seit geraumer Zeit eigene, umfassende Strategien zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung. Hierzu zählt insbesondere der „10-Punkte-Aktionsplan für mehr Hausärztinnen und Hausärzte in Niedersachsen“, der unter Federführung des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung (MS) in enger Abstimmung mit den relevanten Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens entwickelt wurde. Ziel ist es, die hausärztliche Versorgung langfristig zu sichern, die Attraktivität des Berufes zu steigern und neue Versorgungsmodelle zu fördern. Die Krankenhausreform, die Reform des Bereitschaftsdienstes, die Reform der Notfallversorgung sowie die Einführung neuer und Etablierung bestehender Regionaler Gesundheits- und Versorgungszentren (RGZ, RVZ) runden diese Maßnahmen ab.

11. Welche Programme oder Anreizsysteme bestehen aktuell in Niedersachsen, um die Sicherstellung von Notdiensten, insbesondere in dünn besiedelten Regionen, zu gewährleisten?

Hinsichtlich des Sicherstellungsauftrages wird auf die Vorbemerkungen verwiesen.

Die KVN hat den Bereitschaftsdienst im letzten Jahr in der Weise umgestellt, dass alle Fälle, die nach einer standardisierten Ersteinschätzung über die 116 117 für den aufsuchenden Fahrdienst vorgesehen wären, zunächst obligatorisch einer telemedizinischen Behandlung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zugeführt werden. Hierbei hat sich gezeigt, dass durchschnittlich 80 % aller Fälle fallabschließend telemedizinisch versorgt werden können. Daneben findet weiterhin eine aufsuchende Versorgung durch den Fahrdienst und in den Bereitschaftsdienstpraxen der KVN statt.

Nach dem bisher vorliegenden Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) ist für die Standortwahl von zukünftigen integrierten Notfallzentren (INZ) vorgesehen, dass diese innerhalb einer Fahrzeit von 30 Minuten für mindestens 95 % der zu versorgenden Menschen einer Planungsregion erreichbar sind. Ein spezielles Anreizsystem ist hier nicht vorgesehen.

Aus Sicht der KZVN sind neben der organisierten Notdienstbereitschaft und der Verpflichtung zur Teilnahme aller niedergelassenen und angestellten Zahnärztinnen und -ärzte in Niedersachsen sowie der in den Vorbemerkungen genannten Maßnahmen der KZVN zur Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung keine weiteren Programme bzw. Anreizsysteme zur Sicherstellung von zahnärztlichen Notdiensten erforderlich.

12. Welche konkreten Zielwerte oder Mindeststandards verfolgt die Landesregierung hinsichtlich der maximal zumutbaren Fahrzeiten zu medizinischen Versorgungsangeboten und Notdiensten?

KVN und KZVN erfüllen im Rahmen des Sicherstellungsauftrags die wohnortnahe, flächendeckende ambulante ärztliche bzw. zahnärztliche Versorgung in Niedersachsen. Insoweit wird auf die Vorbemerkungen verwiesen.

Nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in § 35 Abs. 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie soll die hausärztliche Versorgung in durchschnittlich 20 Pkw-Minuten, die Versorgung durch Kinder- und Jugendärzte in durchschnittlich 30 Minuten sowie die Versorgung durch Augenärzte und Frauenärzte in durchschnittlich 40 Minuten erreichbar sein. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 17.03.2021, Az. B 6 KA 2/20 R) sind für die Arztgruppen, die in der Bedarfsplanung der spezialisierten fachärztlichen Versorgung zugeordnet sind (Radiologen, fachärztliche Internisten, Anästhesisten, Kinder- und Jugendpsychiater), Fahrzeiten von 45 bis zu 60 Minuten zumutbar.

Mit Blick auf die stationäre Versorgung wird auf die Antwort zu Frage 8 verwiesen.