

Antwort

der Landesregierung

auf die Kleine Anfrage Nr. 1089
des Abgeordneten Sven Hornauf (BSW-Fraktion)
Drucksache 8/2886

Mobile (Haus-)Arztpraxen in Brandenburg

Namens der Landesregierung beantwortet der Minister für Arbeit, Soziales, Gesundheit und gesellschaftlichen Zusammenhalt die Kleine Anfrage wie folgt:

Vorbemerkung des Fragestellers: Die hausärztliche Versorgung in Brandenburg ist an vielen Orten kritisch, Aus den aktuellen Medienberichten ergeben sich zahlreiche Beschwerden der Patienten über fehlende Nachfolger für altersbedingt schließende Praxen, allgemein lange Wartezeiten auf Termine, sogar Gebiete mit Versorgungslöchern und weite Wege auf dem Land, um zum nächsten Arzt zu kommen. Die Perspektive ist für die nächsten Jahre schlecht, bis ggf. in späteren Jahren Abhilfe durch Absolventen der neuen medizinischen Hochschulen erfolgt. Parallel dazu gab und gibt es Streitigkeiten von Krankenkassen mit Leistungsträgern für Patienten mit körperlichen Einschränkungen in Bezug auf den Krankentransport, die Angebote des ÖPNV sind auf dem „flachen Land“ nur unzureichend vorhanden, wir erleben die Diskussion um besondere Formen öffentlichen Nahverkehrs, wie Rufbusse, u. ä.

Alle Beteiligten sind sich darüber einig, dass das Land Brandenburg ein funktionierendes Arztsystem, insbesondere im Bereich der Hausärzte (bspw. als Basis für notwendige Überweisungen zu den Fachärzten), benötigt. Es ist Aufgabe des Landes, die medizinische Grundversorgung flächendeckend sicherzustellen, Regionen dürfen keine weißen Flecken bilden oder in der Grundversorgung medizinisch ausbluten. Soweit keine stationären Lösungen, bspw. mangels ausreichend (Haus-)Ärzten, möglich sind, kommen folglich Formen der mobilen Versorgung in Betracht, sowohl durch Einsatz von Fahrzeugen, als auch von Technik und modernen Kommunikationsmittel vor Ort.

1. Wie bewertet die Landesregierung (LR) die Idee der Einführung von mobilen Hausarztpraxen, die in einem festen Rhythmus die nicht oder nicht ausreichend (d.h. unterversorgten) Bereiche des Landes anfahren und damit Präsenztermine vor Ort anbieten?
2. Soweit die LR die Idee nach Ziffer 1 positiv bewertet, wie und wann soll eine Implementierung erfolgen?
Soweit die LR die Idee nach Ziffer 2 ablehnt, welche Gründe liegen dieser Überlegung zugrunde?

Zu den Fragen 1 und 2: Die Fragen werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Eingegangen: 29.06.2026 / Ausgegeben: 06.07.2026

Die Landesregierung erachtet verschiedene Modelle alternativer ambulanter Versorgung als diskussionswürdig.

Ein mögliches Modell ist das der rollenden Arztpraxis. Zu klären ist, ob dies ein effektives, nachhaltiges und wirksames Instrument zur spürbaren Verbesserung der medizinischen Versorgung in unterversorgten Regionen darstellen kann. Der Betrieb solcher mobilen Einheiten kann Flexibilität in der Erreichbarkeit von Patientinnen und Patienten auch in sehr ländlichen Regionen bieten, zugleich aber auch zu Zeitverlusten für Ärztinnen und Ärzten führen, da Ärztinnen und Ärzte mit der mobilen Hausarztpraxis zum Teil weite Strecken zurücklegen müssten und damit Behandlungszeit für Patientinnen und Patienten entfielen. Auch mit Blick auf die notwendige Einhaltung hygienischer Anforderungen erscheint fraglich, ob dies zuverlässig gewährleistet werden könnte. Zu betrachten ist auch die Frage, wie in rollenden Arztpraxen die Möglichkeit geschaffen werden kann, im behandlerischen Bedarfsfall Patientinnen und Patienten in einem abgetrennten Bereich ruhen und beobachten zu können, während die Behandlung weiterer Patientinnen und Patienten parallel stattfinden kann.

Aus Sicht der Landesregierung könnten die Stärkung und der Ausbau gemeindebasierter Praxisräume als Zweigpraxen von Ärztinnen und Ärzten mit Unterstützung der Kommunen die Möglichkeit bieten, eine kontinuierliche und verlässliche Präsenz ärztlicher Versorgung zu schaffen. Kommunale Gebäude oder Gemeinderäume können stabile Strukturen schaffen, den Aufbau fester Anlaufzeiten ermöglichen, eine gegebenenfalls notwendige parallele Betreuung von Patientinnen und Patienten gewährleisten, die Integration moderner Versorgungsformen, wie Telemedizin, erleichtern und gute Voraussetzungen für delegierte Leistungen oder kooperative Modelle bieten.

Die konkrete Implementierung solcher mobilen und (teil-) stationären Lösungen hängt jedoch maßgeblich von den beteiligten Akteuren ab – insbesondere der Ärzteschaft, dem verfügbaren medizinischen Personal, den kommunalen Rahmenbedingungen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, die für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung verantwortlich ist. Diese Faktoren liegen nicht im direkten Einflussbereich der Landesregierung, sodass keine verbindliche zeitliche Festlegung möglich ist.

3. Wie bewertet die Landesregierung (LR) die Idee, bei gleichzeitiger Verstärkung des Einsatzes von „Dorfschwestern“ diesen vor Ort eine technische Grundausstattung anzubieten, die einen Videocall mit einem (Haus-)Arzt ermöglichen?
4. Soweit die LR die Idee nach Ziffer 3 positiv bewertet, wie und wann soll eine Implementierung erfolgen?

Soweit die LR die Idee nach Ziffer 3 ablehnt, welche Gründe liegen dieser Überlegung zugrunde?

Zu den Fragen 3 und 4: Die Fragen werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Landesregierung bewertet Ansätze, die eine wohnortnahe gesundheitliche Versorgung stärken und innovative Versorgungsmodelle, wie den Einsatz sogenannter „Dorfschwestern“, unterstützen, grundsätzlich positiv. Bereits etablierte arztentlastende Modelle wie die ErWiN-Fachkraft in den Ländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Berlin zeigen, dass entsprechende Ansätze grundsätzlich praktikabel sind und zur Sicherung der Versorgung beitragen können.

Die Bereitstellung technischer Ausstattung, die Videokonsultationen mit (Haus-)Ärztinnen und Ärzten ermöglicht, kann dabei ein sinnvoller Bestandteil sein. Zugleich ist der Einsatz solcher Modelle an klare bundesrechtliche Vorgaben gebunden. Die Delegation ärztlicher Leistungen richtet sich nach § 63 Absatz 3 SGB V sowie nach dem Arztvorbehalt gemäß § 1 Heilpraktikergesetz. Danach können bestimmte medizinische Tätigkeiten an qualifizierte nichtärztliche Fachkräfte übertragen werden; die Verantwortung für Anordnung, Anleitung und Kontrolle verbleibt jedoch stets bei der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt. Für ein Dorfschwester-Modell bedeutet dies, dass eine Delegation nur im Einzelfall möglich ist, eine ausreichende Qualifikation der Fachkraft voraussetzt, klare schriftliche oder digitale Anweisungen erfordert und eine nachvollziehbare Dokumentation verlangt. Die haftungsrechtliche Verantwortung verbleibt vollständig beim Arzt.

Der Landesregierung ist bekannt, dass bereits Modelle bestehen, mit denen Ärztinnen und Ärzte durch Delegation von Aufgaben entlastet werden. Beispielhaft sind insoweit die „agnes zwei“-Fachkräfte unter Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg und das Innovationsfonds-Projekt „ErWiN – Erweiterte Übertragung von arztentlastenden Tätigkeiten in ArztNetzen“ zu nennen.