

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Alexander Süßmair, Dr. Kirsten Tackmann, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/12231 –**

Sozialstaatliche Verantwortung in ländlichen Räumen

Vorbemerkung der Fragesteller

Die ländlichen Räume im engeren Sinne (ohne „Zwischenräume“) nehmen 58 Prozent des Bundesgebiets ein. Hier lebt ein Viertel der Bevölkerung.

Oft wird in Politik und Wissenschaft auch von „strukturschwachen Regionen“ gesprochen. Meist ist der Begriff der Strukturschwäche an Kriterien wie Wanderungssaldo, Infrastrukturausstattung, Arbeitsplätze und Sozialprodukt gekoppelt (Henkel, Gerhard, 2004. „Der Ländliche Raum“. „Gegenwart und Wandlungsprozesse seit dem 19. Jahrhundert in Deutschland“. Berlin – Stuttgart, Gebrüder Borntraeger Verlagsbuchhandlung, 34 f.). Die Infrastrukturschwäche zeigt sich unter anderem bei Beratungsangeboten, Wohnangeboten für Ältere, dem Angebot an Pflegediensten und der ärztlichen Versorgung. Ein gutes Angebot an ärztlicher und pflegerischer Versorgung ist von besonderer Bedeutung für die Lebensqualität und Gesundheit der ländlichen Bevölkerung. Die Fraktion DIE LINKE. hat zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in ihrem Antrag zur Bedarfsplanung (Bundestagsdrucksache 17/3215) konkrete Vorschläge unterbreitet.

Die Dichte sozialer Netzwerke zwischenmenschlicher Beziehungen ist in ländlichen Räumen meist höher als in Städten. Aufgrund dieser Strukturen werden objektive Versorgungsdefizite gar nicht als solche wahrgenommen. Untersuchungen belegen zum Beispiel, dass in ländlichen Gebieten eine höhere Bereitschaft zur Pflege durch Angehörige und ein größeres Bedürfnis danach besteht (Blinkert & Klie, 2008. „Soziale Ungleichheit und Pflege“, APuZ – Aus Politik und Zeitgeschichte. 12-13/2008 vom 17. März 2008). Dennoch vollzieht sich der soziale Wandel auch in ländlichen Regionen.

Das Grundgesetz (GG) verpflichtet den Gesetzgeber in Artikel 72 Absatz 2 zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet. Dies ist auch erklärtermaßen die politische Leitvorstellung der Bundesregierung (siehe Unterrichtung durch die Bundesregierung zur Entwicklung ländlicher Räume auf Bundestagsdrucksache 17/8499, Fortschrittsbericht der Bundesregierung zur Entwicklung ländlicher Räume). Abgesehen von Stadt-Land-Unterschieden unterscheiden sich auch die Lebensverhältnisse in den ländlichen Räumen unter-

einander. Auf der einen Seite gibt es florierende Räume im Süden und Westen Deutschlands, während ländliche Räume in anderen Regionen „ausbluten“.

Laut einer Erhebung des Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrums Berlin-Brandenburg e. V. aus dem Jahr 2009 sehen 44 Prozent der Bürgerinnen und Bürger in Städten mit über 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern Mängel beim Engagement der Bundesregierung bei der Gestaltung der Lebensbedingungen von Familien. In Gemeinden mit weniger als 1 000 Einwohnerinnen und Einwohnern sind dies 55 Prozent, was auch von Problemen bei der Daseinsvorsorge und Infrastruktur zeugt.

Diese Probleme sind Folge der mittlerweile chronischen Unterfinanzierung der Kommunen. Bund und Länder wälzten in den vergangenen Jahren immer mehr Kosten auf die kommunale Ebene ab. Hochverschuldete Gemeinden sind keine Seltenheit mehr – mit verheerenden Folgen für den ländlichen Raum. Infrastruktur, Dienste der sozialen Vorsorge und kulturelle Güter werden zunehmend privatisiert oder ganz abgebaut. Gemeindevertreterinnen und -vertreter sind oft nur noch Verwalterinnen und Verwalter des Notstands.

Der Erhalt des ländlichen Raums in seiner spezifischen Naturbeschaffenheit und Besiedlungsweise ist ein soziokulturelles Bedürfnis der ganzen Gesellschaft und insbesondere der Landbevölkerung selbst.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse bleibt politische Leitvorstellung der Bundesregierung. Ziel ist es, den Menschen in allen Regionen eine angemessene Grundversorgung zu bieten. Öffentliche Daseinsvorsorge schafft die Basis für Lebensqualität und ökonomische Leistungs- und Entwicklungsfähigkeit einer Region. Die veränderten Rahmenbedingungen stellen die flächendeckende Gewährleistung der öffentlichen Daseinsvorsorge vor große Herausforderungen. Dabei steigt die Gefahr eines sich selbst verstärkenden Kreislaufs, an dessen Ende die räumlichen Disparitäten zunehmen. Besondere Probleme bestehen in dünn besiedelten peripheren Räumen hinsichtlich der Tragfähigkeit bzw. finanzierbaren Aufrechterhaltung von Angeboten der öffentlichen Daseinsvorsorge.

Die ländlichen Räume und die in ihnen lebenden und arbeitenden Menschen in Deutschland stehen insbesondere aufgrund eines fortschreitenden gesellschaftlichen und technischen Wandels in allen Sektoren verbunden mit einer zunehmenden Globalisierung vieler Märkte unter einem permanenten Anpassungsdruck. Zusätzliche Herausforderungen ergeben sich aus der demografischen Entwicklung. Der Bevölkerungsrückgang und die Verschiebung in der Altersstruktur führen regional zu einer spürbaren Veränderung in der Nachfrage nach Angeboten der Daseinsvorsorge und beim Angebot an Erwerbsfähigen auf den Arbeitsmärkten. Die Bewältigung erfordert abgestimmte politische Rahmenbedingungen in Kommunen, Ländern und Bundesressorts. Das Ziel ist ein gemeinsamer Rahmen, der differenzierte Antworten auf die anstehenden Fragen in den unterschiedlich geprägten Regionen unter Beachtung des Subsidiaritätsprinzips ermöglicht.

Bei einer umfassenden und konsistenten Weiterentwicklung der Politik für die ländlichen Räume sind bestehende Instrumente auf veränderte gesellschaftliche, ökonomische und klimatische Bedingungen anzupassen und zugleich Lösungsansätze für neue Herausforderungen zu entwickeln.

Für staatliches Handeln in den ländlichen Räumen stehen auf fast allen Ebenen zukünftig eher knappe Finanzmittel zur Verfügung, was sowohl eine effiziente Abstimmung politischer Aktivitäten als auch eine Überprüfung der bisherigen Instrumente notwendig macht.

1. Welche Erkenntnisse zieht die Bundesregierung aus dem Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge und anderen Modellvorhaben, und wie können diese Ansätze flächendeckend für alle schrumpfenden ländlichen Regionen wirksam gemacht werden?

Die Erkenntnisse aus dem Aktionsprogramm lassen sich erst nach Fertigstellung der Forschungsarbeiten zum Jahresende 2013 abschließend darstellen. Zurzeit wird der Zwischenbericht erarbeitet. Aus den bisherigen Sachstandsberichten der Modellregionen und den Projektwerkstätten wird jedoch bereits deutlich, dass sich Landkreise, Regionen oder interkommunale Kooperationen durch ihre Arbeit an der querschnittsorientierten, langfristig ausgerichteten Regionalstrategie zusammen mit der interessierten Bevölkerung, öffentlichen und privaten Trägern der Daseinsvorsorge und den Kommunen systematisch mit den Auswirkungen des demografischen Wandels auf die verschiedenen Infrastrukturbereiche der Daseinsvorsorge auseinandersetzen. So können realistische Szenarien und Anpassungsstrategien entwickelt und für deren Umsetzung gute politische und organisatorische Voraussetzungen geschaffen werden. Mit Hilfe der in den Modellregionen gewonnenen Erfahrungen sollen die methodischen und organisatorischen Verfahrensweisen der Regionalstrategie in einem Leitfaden zusammengefasst werden, der der Vielfalt regionaler Kooperationsformen Rechnung trägt und es allen ähnlich betroffenen ländlichen Regionen, Landkreisen oder interkommunalen Kooperationen ermöglicht, das Handeln der unterschiedlichen Fachbereiche besser aufeinander abzustimmen und die einschlägigen Förderprogramme des Bundes und der Länder mit großer Effektivität zu nutzen. Für eine flächendeckende Anwendung der Ansätze aus dem Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge kommt den Bundesländern eine entscheidende Bedeutung zu. Das Aktionsprogramm wird deshalb von Beginn an in enger Zusammenarbeit mit allen Flächenländern durchgeführt; eine Reihe von Bundesländern hat bereits mit ähnlichen Aktionen für weitere Regionen in ihrem Bereich begonnen.

2. Welche 21 Regionen werden – wie im Fortschrittsbericht angekündigt – bei der Erarbeitung und Umsetzung integrierter Regionalkonzepte zur Sicherung der Daseinsvorsorge von der Bundesregierung fachlich und finanziell unterstützt, und in welcher Form geschieht das?

Durch eine sorgfältige Auswahl der Modellregionen ist es gelungen, in jedem Bundesland (bis auf die drei Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin) mindestens eine Region in das Aktionsprogramm aufzunehmen. Es sind dies im Einzelnen die Regionen

- Regionalverband Ostwürttemberg in Baden-Württemberg
- Landkreis Coburg und Interkommunale Kooperation Salzachtal in Bayern
- Spreewalddreieck, Landkreise Elbe-Elster und Uckermark sowie Oderlandregion in Brandenburg
- Landkreis Hersfeld-Rotenburg, Vogelsbergkreis und SPESARTRegional in Hessen
- Amt Peenetal-Loitz und Regionaler Planungsverband Westmecklenburg in Mecklenburg-Vorpommern
- Regionalmanagement Mitte Niedersachsen in Niedersachsen
- Region Nordeifel in Nordrhein-Westfalen
- Verbandsgemeinde Daun und Landkreis Trier-Saarburg in Rheinland-Pfalz
- Kreis Schleswig-Flensburg in Schleswig-Holstein
- Landkreis Merzig-Wadern im Saarland
- Region Oberes Elbtal/Ostertagebirge in Sachsen

- Regionalverbund Altmark in Sachsen-Anhalt
- Saale-Holzland Kreis in Thüringen.

Die Modellregionen werden durch eine vorläufige Version des Leitfadens, durch eine Projektassistenz und weitere fachliche Begleitforschungen zu Einzelthemen der Daseinsvorsorge – darunter auch im Austausch auf europäischer Ebene – sowie durch regionale und bundesweite Projektwerkstätten und öffentliche Veranstaltungen fachlich unterstützt. Sie erhalten finanzielle Unterstützung zur Durchführung von kleinräumigen Bevölkerungsprognosen, Erreichbarkeitsanalysen und Zukunftsszenarien, zur Moderation der innerregionalen fachlichen Zusammenarbeit und Bürgerbeteiligung und zur Durchführung von innovativen Pilotprojekten, um die Umsetzung der entwickelten Regionalstrategie in Gang zu bringen.

3. Wie lässt sich nach Ansicht der Bundesregierung die ländliche Daseinsvorsorge in eine mögliche neue Gemeinschaftsaufgabe „Stadtumbau“ integrieren?

Aus der Sicht der Bundesregierung sind die notwendigen Instrumente für eine Sicherung der ländlichen Daseinsvorsorge bereits vorhanden. Mit der Städtebauförderung unterstützt der Bund sehr erfolgreich die Städte und Gemeinden bei der städtebaulichen Erneuerung und der Bewältigung des strukturellen Wandels. Die Städtebauförderung zielt auf eine nachhaltige Stadtentwicklung und trägt erheblich zur Konjunkturbelebung bei. Aktuelle Forschungsergebnisse bestätigen zurückliegende Studien zu den finanziellen Anstoßwirkungen der Städtebauförderung. Danach stoßen die Städtebaufördermittel von Bund und Ländern das 7,1-fache an privaten und öffentlichen Investitionen an. Von der Ausrichtung der Städtebauförderung profitieren insbesondere auch Städte und Gemeinden in ländlichen Räumen, die alle Programme der Städtebauförderung nutzen können. Die Städtebauförderung wird als Bundesfinanzhilfe nach Artikel 104 b GG gewährt. Diese finanzverfassungsrechtliche Grundlage hat sich bewährt.

Darüber hinaus hat die Bundesregierung die Initiative Ländliche Infrastruktur speziell für ländliche Räume aufgelegt. Ein Bestandteil ist das Städtebauförderungsprogramm „Kleinere Städte und Gemeinden – überörtliche Zusammenarbeit und Netzwerke“, das explizit auf die Sicherung und Stärkung der öffentlichen Daseinsvorsorge in Kommunen in ländlichen, dünn besiedelten oder vom demografischen Wandel betroffenen Räumen zielt. Ein Handlungsschwerpunkt des Programms ist die Unterstützung aktiver interkommunaler bzw. überörtlicher Zusammenarbeit bei der Anpassung und arbeitsteiligen Erbringung der Infrastruktur der Daseinsvorsorge. Für Klein- und Mittelstädte – besonders in ländlichen Regionen – ist die übergreifende Kooperation zwischen den Städten und Gemeinden wichtig, um die wichtigen Angebote der Daseinsvorsorge aufrechtzuerhalten und bedarfsgerecht zu gestalten.

4. Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus der Tatsache, dass in vielen stagnierenden oder schrumpfenden ländlichen Regionen die Leerstände von Wohnimmobilien steigen, ein erheblicher Preisverfall auf dem Immobilienmarkt zu verzeichnen ist und Förderprogramme zur Stärkung des ländlichen Raums diese Entwicklung kaum aufzuhalten vermögen?

Die Wohnungsmärkte in Deutschland weisen regional sehr unterschiedliche Bedingungen auf. Während in einer zunehmenden Zahl von Städten und Regionen gegenwärtig eine neue Dynamik auf den Wohnungsmärkten festzustellen ist, nimmt die Nachfrage nach Wohnraum in einigen Regionen weiter ab. Dies schlägt sich auch in sinkenden Mieten und Preisen nieder. Insbesondere in Ab-

wanderungsregionen ist mit einem steigenden Überangebot an Wohnraum und Leerstand zu rechnen.

Die Rahmenbedingungen für die lokalen Wohnungs- und Immobilienmärkte werden in erheblichem Maß von regionalen und städtischen Zusammenhängen geprägt. Die Raumordnungs- und Stadtentwicklungspolitik der Bundesregierung ist daher darauf gerichtet, eine angemessene Daseinsvorsorge zu sichern, nachhaltiges Wirtschaftswachstum zu unterstützen und Entwicklungspotenziale zu fördern. Im Rahmen der Städtebauförderung werden integrierte Entwicklungsmaßnahmen in Kommunen gefördert, die zur Aufwertung der Stadt- und Ortskerne beitragen, die Innenentwicklung unterstützen sowie weitere öffentliche und private Investitionen anstoßen. Die Fördermaßnahmen zur integrierten ländlichen Entwicklung im Rahmen der Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der Agrarstruktur und des Küstenschutzes“ dienen der Sicherung lebensfähiger und attraktiver ländliche Räume, Wertschöpfung und Arbeitsplätze. Demografische Entwicklung und die Reduzierung des Flächenverbrauchs werden als wichtige Aspekte hierbei besonders berücksichtigt. Die Maßnahmen gewährleisten über die wirtschaftliche Stärkung der ländlichen Räume gleichzeitig das erforderliche Umfeld für eine wettbewerbsfähige und multifunktional ausgerichtete Land- und Forstwirtschaft. Aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den Kommunen bedarf es regional angepasster Strategien zur Sicherung der städtebaulichen Strukturen und zum Umgang mit Leerständen auf dem Wohnungs- und Immobilienmarkt. Den Kommunen kommt hierbei im Rahmen ihrer Flächenpolitik sowie bei der Aktivierung und Beratung der Immobilieneigentümer eine wichtige Steuerungsfunktion zu. Die Bundesregierung wird die Stärkung der Städte und Gemeinden in ländlichen Regionen als Wohn- und Wirtschaftsstandorte auch künftig durch geeignete Rahmenbedingungen und förderpolitische Impulse unterstützen. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 3 verwiesen.

5. Welche Konzepte verfolgt die Bundesregierung zur Förderung altersgerechten und barrierefreien Wohnens in ländlichen Räumen?

Im Rahmen des Konjunkturpakets I hat die Bundesregierung befristet für die Jahre 2009 bis 2011 jeweils rund 80 bis 100 Mio. Euro für die Zinsverbilligung von Darlehen und für Investitionszuschüsse für das KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“ bereit gestellt. Das Programm galt in ländlich und städtisch geprägten Regionen mit der gleichen Förderintensität. Mit dem Programm wurden Investitionsanreize für die alters- und behindertengerechte Anpassung von Wohnungsbestand und Wohnumfeld gesetzt. Das Programm stand selbst nutzenden Wohnungseigentümern, privaten Vermietern und Mietern sowie Wohnungsunternehmen und -genossenschaften zur Verfügung. Seit Programmbeginn im April 2009 wurden hiermit bis Ende 2011 insgesamt rund 82 500 Wohneinheiten altersgerecht saniert und Investitionen von rund 1,4 Mrd. Euro angestoßen.

Die KfW Bankengruppe setzt das Programm „Altersgerecht Umbauen“ in der Darlehensvariante in modifizierter Form seit dem 1. Januar 2012 als Eigenmittelprogramm fort. Es gilt ebenfalls im ländlichen und städtischen Raum. Die Förderung des altersgerechten, das heißt barrierefreien bzw. barrierearmen Umbaus ist auch in den Entwurf des gegenwärtig im parlamentarischen Verfahren befindlichen Altersvorsorge-Verbesserungsgesetzes aufgenommen worden (sogenannter Wohnriester). Damit erhalten förderberechtigte Eigentümer – auch auf dem Lande – die Möglichkeit, die Riester-Förderung auch für die rechtzeitige bauliche Vorsorge im Alter einzusetzen.

Schwerpunkte der Wohnungs- und Stadtentwicklungspolitik der Bundesregierung im Bereich „Altersgerechtes Bauen und Wohnen“ werden die weitere bundesweite Sensibilisierung und Beratung der Eigentümer von Wohngebäuden so-

wie der bauplanenden und bauausführenden Berufe für den Abbau von Barrieren bleiben. Dazu tragen auch Modellvorhaben zum altersgerechten Umbau von Wohnungsbestand und Infrastruktur des BMVBS bei. Sie wurden 2010 gestartet und erprobten auch in ländlich geprägten Regionen (z. B. Neuruppin, Altena, Zeitz, Bensheim, Osnabrücker Land) die Rahmenbedingungen für die praktische Umsetzbarkeit des Barriereabbaus. Die Ergebnisse der Ende 2012 abgeschlossenen Modellvorhaben sollen zur Weiterentwicklung des Förderinstrumentariums und zur Netzwerkbildung gerade auch im ländlichen Raum, genutzt werden.

Ferner unterstützt das BMFSFJ mit Modellvorhaben zum selbstständigen Wohnen älterer Menschen unter anderem mit Maßnahmen im unmittelbaren Wohnumfeld, z. B. durch Förderung von Nachbarschaftshilfe, Dienstleistungen und ehrenamtlichem Engagement.

6. In wie vielen und welchen ländlichen Räumen hat es nach Kenntnis der Bundesregierung zwischen den Jahren 1990 und 2012 einen Rückzug von öffentlichen und privaten Dienstleistungsangeboten aus der Fläche gegeben?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Auswertungen vor.

7. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl der Hausärztinnen und -ärzte in ländlichen Regionen seit Einführung der Bedarfsplanung im Verhältnis zur Bevölkerungsdichte entwickelt?

Welche Entwicklung erwartet die Bundesregierung in den nächsten 20 Jahren, und worauf basiert ihre Prognose?

Nach den vorliegenden Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist die Anzahl der Einwohner je Arzt seit Einführung der Bedarfsplanung im ländlichen Raum auf der Grundlage der Typisierung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) insgesamt gesunken.

Zur Frage der weiteren Entwicklung des Verhältnisses der Zahl der Hausärztinnen und -ärzte zur Bevölkerungsdichte in ländlichen Regionen in Deutschland in den nächsten 20 Jahren verfügt die Bundesregierung nicht über geeignete Prognosedaten. Die Prognose der zukünftigen Entwicklung hängt von verschiedenen zu treffenden Annahmen ab, insbesondere z. B. der Anzahl der Studierenden und der regionalen Bevölkerungsentwicklung. Die zukünftige Entwicklung wird regional unterschiedlich verlaufen. Eine von der KBV erstellte Prognose zur Entwicklung der Hausarztzahlen in den nächsten zehn Jahren kommt zu dem Ergebnis, dass für Deutschland insgesamt unter Berücksichtigung des aktuellen Trends ein fortgesetzter Rückgang der Anzahl der Hausärzte zu erwarten ist.

Die auf der Grundlage des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) Ende vergangenen Jahres beschlossene neue Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) sieht deshalb für die hausärztliche Versorgung eine bundesweit gleiche Einwohner-Arzt Relation in allen Planungsbereichen vor, die zudem kleiräumiger gefasst werden. Wenn ländliche Regionen deutlich hinter dieses vorgesehene Versorgungsniveau zurückfallen, gelten sie als unterversorgt, sodass weitergehende Sicherstellungsmaßnahmen, die die Attraktivität einer Niederlassung in dieser Region steigern, wie sie insbesondere mit dem GKV-VStG geschaffen wurden, greifen können. Darüber hinaus wurden mit der Änderung der Approbationsordnung für Ärzte im letzten Jahr zusätzliche Maßnahmen getroffen, um die Allgemeinmedizin in der ärztlichen Ausbildung weiter zu stärken.

8. Welche Unterschiede sind der Bundesregierung bezüglich der hausärztlichen Versorgung zwischen den einzelnen Regionen bzw. Planungsbezirken bekannt (bitte Mittelwert und Spannweite aufführen)?

Nach Mitteilung der KBV kommen mit Stand 2012 im Mittel in Deutschland 1 575 Einwohner auf einen Hausarzt. Die tatsächliche Einwohner-Arzt-Relation variierte in den einzelnen Planungsbezirken von 1 103 bis 1 979 Einwohner je Hausarzt.

9. Wie hat sich seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung die Zahl der beantragten und der genehmigten Sonderbedarfe bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten entwickelt, und welcher Art sind die genehmigten neuen Sonderbedarfe?

Zahlen, die die Entwicklung der beantragten und der genehmigten Sonderbedarfe bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten als auch deren Art seit dem Inkrafttreten des GKV-VStG aufzeigen, liegen der Bundesregierung nicht vor und konnten auch von der KBV kurzfristig nicht erhoben werden.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass mit dem GKV-VStG die Regelungen zum Sonderbedarf angepasst wurden, um dieses Instrument funktionstüchtiger auszugestalten. Auf dieser Grundlage wird derzeit im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eine Anpassung der entsprechenden Regelungen in der BPL-RL diskutiert.

10. Wie bewertet die Bundesregierung die gegenwärtige und die prognostizierte Versorgungssituation in den ländlichen Räumen bei Hebammen und Entbindungspflegerinnen und -pflegern (bitte nach freiberuflichen Hebammen, Beleghebammen und angestellten Hebammen auflisten), Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Apotheken, sowie Ergotherapeutinnen und -therapeuten?

Auf welchen Daten basiert die Einschätzung der Bundesregierung, und hält die Bundesregierung diese Daten für ausreichend valide, um Aussagen darüber zu treffen, ob eine flächendeckende Versorgung gewährleistet ist?

11. Wie groß sind nach Kenntnis der Bundesregierung jeweils die Unterschiede in der Versorgungsdichte ländlicher Räume zwischen den Bundesländern bezüglich Hebammen, Entbindungspflegerinnen und -pflegern, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Apotheken und Heilmittelerbringerinnen und -erbringern (bitte einzeln auflisten)?

Die Fragen 10 und 11 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Hebammen/Entbindungspfleger

Für Hebammen und Entbindungspfleger enthält die amtliche Statistik keine Angaben zur regionalen Verteilung. Grundlegende Aussagen zu der Versorgungssituation in der Hebammenhilfe lassen sich aus dem Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit zur „Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe“ vom 19. März 2012 ableiten, der von der Website des Bundesministeriums für Gesundheit heruntergeladen werden kann. Allerdings gilt auch für dieses Gutachten, dass aufgrund der regionalen Zuordnung auf zweistelliger Postleitzahlenebene eine spezifische Analyse des ländlichen Raums und eine Separierung von städtischen und ländlichen Räumen nicht möglich sind.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Nach den von der KBV übermittelten Daten ist die tatsächliche Anzahl der Einwohner je Psychotherapeut seit Einführung der Bedarfsplanung für die Psychotherapeuten im ländlichen Raum auf der Grundlage der Typisierung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) insgesamt gesunken. Die Veränderung ist dabei deutlich größer als in der hausärztlichen Versorgung. Eine Differenzierung dieser Daten nach Bundesländern liegt der Bundesregierung nicht vor. Hinsichtlich der weiteren Entwicklung des Verhältnisses der Zahl der Psychotherapeutinnen und -therapeuten zur Bevölkerungsdichte in ländlichen Regionen verfügt die Bundesregierung – wie für die Arztgruppe der Hausärzte – ebenfalls nicht über geeignete Prognosedaten.

Einer möglichen Fehlentwicklung in der psychotherapeutischen Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen, wirkt ebenso wie bei den Hausärztinnen und -ärzten das GKV-VStG entgegen. Vorliegende Modellrechnungen zu der auf der Grundlage des GKV-VStG neugefassten BPL-RL weisen für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung über 1 200 Zulassungsmöglichkeiten aus. Die Arztgruppe der Psychotherapeuten hat damit mit der Arztgruppe der Hausärzte den größten Zuwachs zu verzeichnen. Die neuen Zulassungsmöglichkeiten entstehen vorwiegend in strukturschwachen Gebieten. Dies trägt auch der in der Vergangenheit geäußerten Kritik Rechnung, dass insbesondere in diesen Gebieten ein höherer Versorgungsbedarf besteht.

Apotheken

Im Hinblick auf die seit Jahren bestehende unverändert hohe Apothekenzahl und die im europäischen Durchschnitt liegende Apothekendichte geht die Bundesregierung davon aus, dass die flächendeckende Arzneimittelversorgung durch die Apotheken auch weiterhin gewährleistet ist. Der Bundesregierung liegen keine nach Bundesländern differenzierten Daten zur Versorgungsdichte durch Apotheken in ländlichen Räumen vor. Darüber hinaus liegen der Bundesregierung keine Informationen darüber vor, dass sich Apotheken in ländlichen Gebieten regelmäßig in einer wirtschaftlich besonders schwierigen Situation befinden oder häufiger von Schließungen betroffen sind als Apotheken in urbanen Gebieten.

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Die der Bundesregierung vorliegenden Daten und sonstigen Informationen zeigen keine generellen Defizite bei der Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen in ländlichen Räumen auf. Die Bundesregierung geht daher davon aus, dass eine flächendeckende Versorgung gewährleistet ist und im Hinblick auf die nach wie vor ausreichenden Ausbildungszahlen sowie die weiter steigenden Zulassungszahlen in der gesetzlichen Krankenversicherung auch weiterhin gewährleistet bleibt.

Heilmittelversorgung

Die vorliegenden Daten zur Leistungserbringerdichte in der Heilmittelversorgung (bezogen auf den räumlichen Versorgungsbereich oder die zu versorgenden Patientinnen und Patienten) ermöglichen zwar in gewissem Maße eine differenzierte Betrachtung der Bundesländer insgesamt, erlauben aber keine weitergehende Differenzierung zwischen ländlichen Räumen in verschiedenen Bundesländern.

12. Beabsichtigt die Bundesregierung, mobile und andere innovative Versorgungskonzepte zu erproben, etwa barrierefreie fahrende Praxen, um die Erreichbarkeit medizinischer Angebote zu verbessern, bzw. befürwortet sie deren Erprobung, und welche Informationen liegen der Bundesregierung zu derartigen Projekten in Deutschland und Europa vor?

Mit dem GKV-VStG wurde auch der Ausbau von mobilen Versorgungskonzepten weiter gestärkt. Darüber hinaus wurden die Bundesärzte- und Bundeszahnärztekammer sowie die für das ärztliche Berufsrecht zuständigen Länder gebeten, berufsrechtliche Regelungen, die der Verwirklichung mobiler Versorgungskonzepte entgegenstehen, anzupassen. Die Bundesregierung befürwortet die vielfältigen derzeit in Deutschland laufenden Erprobungen vieler einzelner, auf die konkrete Versorgungssituation vor Ort abgestimmter mobiler Versorgungsprojekte.

Darüber hinaus ermöglichen die Regelungen nach § 63 Absatz 3b und Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) Modellvorhaben, in deren Rahmen Tätigkeiten, die bisher den Ärzten vorbehalten waren, zunächst probeweise auch von Angehörigen qualifizierter nichtärztlicher Heilberufe ausgeführt werden können (Angehörige der im Kranken- sowie im Altenpflegegesetz geregelten Berufe). Damit wird ein Beitrag zur Entlastung der Ärzte geleistet, die sich auf ihre ärztlichen Kernaufgaben konzentrieren können. Dies bedeutet zugleich einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation in ärztlich unterversorgten Regionen. Nach Auswertung der Modelle ist zu entscheiden, ob diese Modelle in die Regelversorgung übernommen werden. Die Durchführung entsprechender Modellvorhaben ist zwischen Krankenkassen und geeigneten Leistungserbringern zu vereinbaren.

Eine abschließende Übersicht über die derzeit bestehenden Projekte in Deutschland und Europa liegt der Bundesregierung nicht vor.

13. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung bezüglich der Unterschiede bei Wartezeiten auf Arzttermine in städtischen und ländlichen Regionen (bitte nach Haus- und Facharztterminen und hier wiederum zwischen privat und gesetzlich Versicherten aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen keine bevölkerungsweiten, repräsentativen Studien zu den Unterschieden in den Wartezeiten auf Arzttermine zwischen städtischen und ländlichen Regionen sowie weiter differenziert zwischen privat und gesetzlich Versicherten vor.

Hinzuweisen ist darauf, dass mit dem GKV-VStG eine Vielzahl an Regelungen getroffen wurde, die auch Auswirkungen auf Wartezeiten haben werden. Mit der auf der Grundlage des GKV-VStG weiterentwickelten Bedarfsplanung und der Abweichungsmöglichkeit auf regionaler Ebene kann der Versorgungsbedarf vor Ort noch besser abgebildet werden, um auch regional unterschiedlich auftretenden Wartezeiten besser begegnen zu können. Zudem wurde mit dem GKV-VStG gesetzlich verankert, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung umfasst. In den Gesamtverträgen auf Landesebene ist zu regeln, welche Zeiten im Regelfall und im Ausnahmefall noch eine zeitnahe fachärztliche Versorgung darstellen.

14. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Entwicklung der Privatisierung von Krankenhäusern, und welche Unterschiede bestehen dabei in ländlichen und städtischen Regionen sowie in Ost- und Westdeutschland?

Verfolgt man die Aufteilung der Krankenhäuser auf die verschiedenen Trägerarten über einen längeren Zeitraum hinweg, lässt sich in der deutschen Krankenhauslandschaft ein Trend zur Privatisierung von Krankenhäusern feststellen, denn der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft ist seit Einführung der bundeseinheitlichen Krankenhausstatistik im Jahr 1991 von 14,8 Prozent kontinuierlich angestiegen und hat sich bis zum Jahr 2011 (33,1 Prozent) mehr als verdoppelt. Zurückgegangen ist im gleichen Zeitraum der Anteil öffentlicher

Krankenhäuser, und zwar von 46,0 Prozent auf 30,4 Prozent, während sich der Anteil freigemeinnütziger Krankenhäuser von 39,1 Prozent auf 36,5 Prozent nur geringfügig verändert hat.

Allerdings stellen die öffentlichen Krankenhäuser in Deutschland mit 242 769 (= 48,4 Prozent) von insgesamt 502 029 Betten immer noch fast die Hälfte aller Krankenhausbetten. Die Bettenzahl in freigemeinnützigen Häusern lag 2011 bei 172 219 (= 34,3 Prozent) und in privaten Häusern bei 87 041 Betten (= 17,3 Prozent).

In den ostdeutschen Ländern (einschließlich Berlin¹) gibt es insgesamt 345 Krankenhäuser². Davon befinden sich 95 (27,5 Prozent) in öffentlicher, 108 (31,3 Prozent) in freigemeinnütziger und 142 (41,2 Prozent) in privater Trägerschaft. Insgesamt werden in den ostdeutschen Bundesländern (einschließlich Berlin³) 104 570 Krankenhausbetten⁴ vorgehalten. Davon befinden sich 52 487 (50,2 Prozent) in öffentlicher, 22 906 (21,9 Prozent) in freigemeinnütziger und 29 177 (27,9 Prozent) in privater Trägerschaft. Demnach werden in den ostdeutschen Ländern (einschließlich Berlin) etwas mehr als die Hälfte aller Krankenhausbetten in öffentlichen Krankenhäusern vorgehalten.

Nach ländlichen und städtischen Regionen getrennte statistische Angaben zu Krankenhäusern und Krankenhausbetten in öffentlicher, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft liegen der Bundesregierung nicht vor, da eine solche Aufgliederung nicht Gegenstand der jährlichen Erhebungen des Statistischen Bundesamtes ist. Aggregierte Länderdaten zu einer solchen Differenzierung stehen der Bundesregierung ebenfalls nicht zur Verfügung.

Der Bundesregierung ist wichtig, dass die nach § 1 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgeschriebene Trägervielfalt beachtet wird. Danach haben die für die Krankenhausplanung und -investitionsförderung zuständigen Länder bei Durchführung dieses Gesetzes im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages auch die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten. Der Bundesregierung liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die – oder einzelne – Länder dieser Vorgabe nicht oder nur unzureichend gerecht würden. Die beschriebenen Veränderungen in der Trägerschaft deutscher Krankenhäuser sieht die Bundesregierung als Ausdruck und Folge eines Wettbewerbs, der Chancen zur Verbesserung der Qualität der Krankenhausversorgung bietet. Der wirtschaftliche Erfolg vieler in privater Trägerschaft geführter Krankenhäuser belegt, dass eine wirtschaftliche Betriebsführung von Krankenhäusern – gerade auch unter Wettbewerbsaspekten – durch private Trägerstrukturen begünstigt werden kann. Solange dies die Sicherstellung der nach Art und Umfang notwendigen Krankenhausversorgung nicht beeinträchtigt, ist dagegen grundsätzlich nichts einzuwenden. Eine solche Beeinträchtigung ist nach Einschätzung der Bundesregierung bisher nicht festzustellen. Insbesondere in den für die Krankenhausplanung verantwortlichen Ländern findet hierzu eine solche Diskussion nicht statt.

15. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung bezüglich der Dichte von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und deren Barrierefreiheit in städtischen und ländlichen Regionen?

Nach Angaben der KBV mit Stand 2011 gründeten sich MVZ in der Mehrzahl in Kernstädten (46 Prozent) sowie in Ober- und Mittelzentren (39,4 Prozent). In ländlichen Gemeinden waren es 14,6 Prozent.

¹ Im Ostteil und Westteil der Stadt.

² Stand 2011 – Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 – Reihe 6.1.1 – 18. Oktober 2012.

³ Im Ostteil und Westteil der Stadt.

⁴ Stand 2011 – Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 – Reihe 6.1.1 – 18. Oktober 2012.

Informationen über den Grad und gegebenenfalls Unterschiede in der Barrierefreiheit von MVZ in und zwischen städtischen und ländlichen Regionen liegen der Bundesregierung nicht vor.

16. Welchen Stellenwert haben MVZ bezüglich der haus- bzw. fachärztlichen Versorgung, und welchen Stellenwert sollten oder könnten MVZ nach Ansicht der Bundesregierung künftig haben?

MVZ sind als Leistungserbringer in der vertragsärztlichen Versorgung inzwischen etabliert und werden nicht nur von angehenden Ärztinnen und Ärzten häufig als interessanter Arbeitgeber genannt, sondern haben sich auch als ein wichtiges Bindeglied bei der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung erwiesen. Junge Ärztinnen und Ärzte wollen verstärkt im Team arbeiten, um z. B. auch Familie und Beruf besser vereinbaren zu können. Dies ist in MVZ oft einfacher möglich. MVZ können zudem einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum leisten.

17. Wie viele MVZ mit einer, zwei, drei, vier oder mehr Fachgebieten gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung, und wie haben sich diese Zahlen seit dem Jahr 2004 entwickelt?

Welche Unterschiede zwischen urbanen und ländlichen Regionen sind der Bundesregierung bezüglich der Erreichbarkeit und barrierefreien Inanspruchnahmen medizinischer Versorgungsstrukturen bekannt (bitte nach haus-, fachärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung aufschlüsseln)?

Nach den von der KBV übermittelten Daten hat sich die Anzahl der Fachgebiete in MVZ seit 2004 wie folgt entwickelt:

Stand	1 Fachgebiet	2 Fachgebiete	3 Fachgebiete	4 Fachgebiete	mehr als 4 Fachgebiete	Anzahl der MVZ insgesamt
2011	72	1 053	350	131	137	1 750*
2010	65	1 014	313	135	127	1 654
2009	49	917	292	101	95	1 454
2008	45	786	235	76	64	1 206
2007	30	653	179	55	31	948
2006	21	479	122	23	21	666
2005	16	251	54	12	8	341
2004	2	55	8	3	2	70

* Beinhaltet Daten aus Hamburg mit Stand vom 31. März 2011. Zu 7 MVZ liegen keine detaillierten Angaben vor.

Quelle: MVZ-Statistik der KBV 2004 bis 2011.

Um auftretende Unterschiede in der Erreichbarkeit von medizinischen Versorgungsstrukturen zwischen urbanen und ländlichen Regionen sowohl in der hausärztlichen als auch in der fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung wirksam angehen zu können, enthält das GKV-VStG eine Vielzahl an Regelungen. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 15 verwiesen.

18. In welchen ländlichen Räumen werden die Leistungen von Ärztinnen und Ärzten von der Abstufung der Vergütung bei Leistungsüberschreitungen ausgenommen?

Mit dem am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-VStG wurde das vertragsärztliche Vergütungssystem regionalisiert und flexibilisiert. Dabei wurden eine Reihe von Verbesserungen im Vergütungsrecht der Vertragsärzte vorgenommen, damit über mehr Leistungsgerechtigkeit innerhalb des Abrechnungssystems und weniger Bürokratie auch die Arbeitszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte wieder steigt. In diesem Zusammenhang wurde den Kassenärztlichen Vereinigungen in einem bundesweiten Rahmen wieder die Verantwortung für die regionale Honorarverteilung, getrennt nach haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichen, zurückgegeben. Dazu haben die Kassenärztlichen Vereinigungen im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einen Honorarverteilungsmaßstab aufzustellen. Sofern der Honorarverteilungsmaßstab einer Kassenärztlichen Vereinigung Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder Fallzahlminderung vorsieht, dürfen diese bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten eines Planungsbereiches, für den der Landesausschuss Unterversorgung, drohende Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat, nicht angewendet werden (vgl. § 87b Absatz 3 Satz 1 SGB V). Ärztinnen und Ärzte, die in unterversorgten Gebieten praktizieren und deswegen höhere Fallzahlen haben, sollen nicht für dieses auf Unterversorgung beruhendem Mehr an abgerechneten Fällen mit Abstufungen (z. B. Abstufungsregelungen des Fallwertes aufgrund einer überdurchschnittlichen Fallzahl im Rahmen der bisherigen Regelleistungsvolumina oder ihrer Nachfolgekonstrukte) bei der Vergütung „bestraft“ werden.

Mit dem GKV-VStG wurde zudem eine Weiterentwicklung der Bedarfsplanung für die ambulante ärztliche Versorgung vorgesehen. Diese umfasst neben einer (Neu-)Festlegung der Planungsbereiche unter anderem auch eine Anpassung der so genannten Verhältniszahlen (Einwohner-Arzt-Relation). Die auf dieser Grundlage überarbeitete Bedarfsplanungs-Richtlinie trat am 1. Januar 2013 in Kraft und wird derzeit auf Landesebene umgesetzt. Vor diesem Hintergrund liegen der Bundesregierung keine aktuellen Daten zur Unterversorgung, drohenden Unterversorgung und einem möglichen lokalen Versorgungsbedarf in ländlichen Regionen vor.

19. Wie unterstützt die Bundesregierung Modellprojekt Schwester AGnES – Arztlentastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte Systemische Intervention oder ähnliche Projekte und deren reguläre Einführung?

Mit dem am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-VStG wurde der Bewertungsausschuss beauftragt, bis zum 31. Oktober 2012 zu prüfen, in welchem Umfang ambulante telemedizinische Leistungen erbracht werden können. Auf dieser Grundlage hat der Bewertungsausschuss bis spätestens zum 31. März 2013 zu beschließen, inwieweit der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) anzupassen ist. Der Beratungsprozess in den Arbeitsgremien des Bewertungsausschusses ist noch nicht abgeschlossen. Die Bundesregierung begleitet diesen Prozess aufmerksam.

20. Inwiefern sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, die Notfallkompetenz der Rettungsassistentinnen und -assistenten (neu: Notfallsanitäterinnen und -sanitäter) in eine Regelkompetenz zu überführen?

Worin unterscheiden sich die fachlichen Anforderungen an eine Notfall- bzw. eine Regelkompetenz?

Der Begriff der Notfallkompetenz wird im Zusammenhang mit Einsätzen verwendet, in denen die Rettungsassistentinnen und -assistenten aufgrund der besonderen situativen Gegebenheiten heilkundliche Aufgaben übernehmen müssen, ohne dass ihnen eine Ärztin oder ein Arzt diese Aufgaben zuvor aufgetragen hat. Es fehlt damit an der erforderlichen Delegation ärztlicher Aufgaben. Da die Ausübung von Heilkunde grundsätzlich nur Ärzten und Heilpraktikern erlaubt und ein Verstoß hiergegen strafbar ist, bedarf es des rechtfertigenden Notstandes, um in solchen Fällen das Verhalten der Rettungsassistentinnen und -assistenten zu rechtfertigen.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass sich dieses System bewährt hat. Das deutsche Rettungswesen ist durch das Zusammenwirken von Notärztinnen und -ärzten mit qualifiziertem Rettungsdienstpersonal geprägt. Ein notarztfreies Rettungswesen wird von der Bundesregierung nicht angestrebt. Hierzu würde aber eine Regelkompetenz im Ergebnis führen, denn sie beinhaltet die dauerhafte Übertragung ärztlicher Aufgaben auf die Berufsangehörigen des Rettungsassistenten- oder Notfallsanitäterberufs.

Bezüglich der Notfallkompetenz ist die Bundesregierung allerdings der Auffassung, dass die situativen Voraussetzungen, in denen die Notfallkompetenz greift, einer besseren Beschreibung bedürfen. Deshalb verbindet die Bundesregierung mit der geplanten Neuregelung der Rettungsassistentenausbildung durch das Notfallsanitätergesetz eine bessere Beschreibung dieser situativen Voraussetzungen, in denen eine Notfallkompetenz angenommen werden soll, um so den Berufsangehörigen, aber auch den Gerichten eine Auslegungshilfe zu geben. Sie nutzt dazu die Ausbildungszielbeschreibung, dort insbesondere § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c. In der Ausbildungszielbeschreibung sind die Inhalte der Notfallsanitäterausbildung insoweit näher geregelt, als festgelegt wird, auf welche beruflichen Aufgaben die Ausbildung die angehenden Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter vorbereiten soll. Mangels Gesetzgebungskompetenz des Bundes für den Bereich der Berufsausübung sind dem Bundesgesetzgeber weitergehende gesetzliche Vorgaben verwehrt.

21. Welche Daten und Studien liegen der Bundesregierung zum Stadt-Land-Vergleich in der Pflege vor, und welche Schlussfolgerungen zieht sie aus ihnen?

Regionalisierte Daten für den Bereich der Langzeitpflege enthält nur die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes (§ 109 SGB XI). Vom Statistischen Bundesamt wird alle zwei Jahre eine Veröffentlichung nach Kreisen vorgenommen. Sie dient den Ländern und Kommunen für die örtliche Infrastrukturplanung. Systematische Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen sind daraus nicht erkennbar.

22. Wie unterscheidet sich nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil der Altersgruppen an den Empfängerinnen und Empfängern von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zwischen städtischen und ländlichen Gebieten?

Entsprechende Aufbereitungen des Statistischen Bundesamtes aus der Pflegestatistik nach § 109 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) liegen nicht vor. Der Ländervergleich der Pflegequoten zeigt, dass die Pflegequote für einzelne Altersgruppen zwischen den Bundesländern stark variiert. Im Flächenstaat Mecklenburg-Vorpommern beträgt der Anteil der Pflegebedürftigen an den 85- bis 89-Jährigen 52 Prozent gegenüber Brandenburg mit 49 Prozent, das ebenfalls ein Flächenstaat ist. Hingegeben beträgt dieser Anteil im Stadtstaat Hamburg 33 Prozent im Vergleich zu den Flächenstaaten Schleswig-Holstein

und Baden-Württemberg mit jeweils 34 Prozent. Aussagen zu einem Stadt-Land-Gefälle sind daraus nicht ableitbar.

23. Sieht die Bundesregierung in ländlichen Räumen ein flächendeckendes Angebot an Assistenzangeboten, ambulanten Pflegediensten und an stationären wohnortnahen Heimplätzen gewährleistet, und wenn nicht, welche Lösungsmöglichkeiten sieht die Bundesregierung?
24. Sieht die Bundesregierung in ländlichen Räumen den Bedarf an dezentralen ambulanten und stationären Assistenz- und Pflegeangeboten gedeckt, und wenn nicht, welche Lösungsmöglichkeiten sieht die Bundesregierung?

Die Fragen 23 und 24 werden wegen ihres sachlichen Zusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung hat in ihrem „Fünften Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland“ in der Anlage 6 Zahlen über die Leistungserbringer veröffentlicht (Bundestagsdrucksache 17/8332). 2009 gab es demnach 12 026 ambulante und 11 634 stationäre Pflegeeinrichtungen. Nach der jüngst erschienenen Pflegestatistik 2011 hat sich die Zahl auf 12 349 ambulante und 12 354 stationäre Pflegeeinrichtungen bis Ende 2011 erhöht. Die bestehende Verteilung orientiert sich nach Einschätzung des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste e. V. im Wesentlichen an der Bevölkerungsdichte, demzufolge ist die Anzahl an Pflegediensten in ländlichen Regionen geringer ausgeprägt als in Ballungsräumen. Grundsätzlich ist demzufolge der Versorgungsradius in ländlichen Regionen deutlich größer und die Anzahl der in dem Pflegedienst beschäftigten Mitarbeiter deutlich kleiner als im Bundesdurchschnitt. Detaillierte Zahlen dazu liegen aber nicht vor. Insgesamt besteht nach übereinstimmender Einschätzung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. und des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste e. V. im ambulanten Bereich ein flächendeckendes Angebot, sodass die Pflegebedürftigen entsprechend ihrer individuellen Wünsche ein ausreichendes Wahlrecht zwischen verschiedenen Angeboten haben. In stationären Pflegeeinrichtungen werden insgesamt mehr Plätze vorgehalten als Pflegebedürftige versorgt werden. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. vertritt die Auffassung, dass die Pflegeangebote in einzelnen Regionen noch zielgruppenspezifisch weiterentwickelt werden sollten. Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. weist auf regionale Engpässe in der teilstationären Versorgung hin. Differenzierte Angaben der Verbände hierzu liegen allerdings nicht vor.

Die Verantwortung für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur liegt bei den Ländern (§ 9 SGB XI). Der gesetzliche Auftrag zur Sicherstellung der Versorgung Pflegebedürftiger (§ 69 SGB XI) liegt bei den Pflegekassen. Sie haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Dazu schließen sie Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und sonstigen Leistungserbringern.

Zur regionalen Verfügbarkeit von Personal für die Beschäftigung in der Assistenzpflege im Rahmen des Arbeitgebermodells durch pflegebedürftige behinderte Menschen bei stationärem Aufenthalt im Krankenhaus und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

25. Sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, das Leistungsangebot der Pflegeversicherung für eine bedarfsgerechte, selbstbestimmte Pflege weiterzuentwickeln, und wenn ja, auf der Basis welcher Konzepte?

Mit den Regelungen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes, die zum 30. Oktober 2012 und teilweise zum 1. Januar 2013 in Kraft getreten sind, werden die Leistungen für Pflegebedürftige und die Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige verbessert. Insbesondere wurden die Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ausgeweitet. Die Leistungen der Pflegeversicherung unterscheiden nicht zwischen Versicherten in städtischen und ländlichen Regionen (die Leistungen der Pflegeversicherung sind auch in den neuen und alten Bundesländern einheitlich). Die Bundesregierung erwartet eine zügige Umsetzung der Neuregelungen durch Pflegekassen und Leistungsanbieter, damit die zusätzlichen Leistungen bei den Betroffenen ankommen.

26. Gibt es Hinweise dafür, wie sich Strategien der Kostensenkung und der Rationalisierung in der Pflege (Optimierung der Einsatzwege, Gestaltung der Pflegezeiten, Personalabbau, Dequalifizierung, Aushandlung von Pflegearrangements) auf die Qualität der Pflege in ländlichen Räumen auswirken?

Zentrale Ziele der Pflegepolitik der Bundesregierung sind der Erhalt und die Verbesserung der Qualität der Pflegeleistungen von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten sowie die Stärkung des Qualitätswissens und des internen Qualitätsmanagements. Der 3. Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) vom April 2012 lässt darauf schließen, dass die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung bei den Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten insgesamt einen positiven Veränderungsprozess in Gang gesetzt hat. Bundesweit wurde die Qualität der Pflege durch die Veröffentlichung von Ergebnissen der Qualitätsprüfungen sichtbar gemacht. Zudem wurden entscheidende Akzente zur Verbesserung der Qualität gesetzt. Hierbei ist es originäre Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes und der Einrichtungsträger, sich dem weiteren Verbesserungsbedarf der Qualitätsentwicklung zu stellen. Eine Auswertung der Ergebnisse, differenziert nach städtischem und ländlichem Raum, wird in den Qualitätsberichten des MDS nicht vorgenommen.

27. Welche Erkenntnisse besitzt die Bundesregierung über regional differenzierte Pflegeprävalenzen?

Gibt es ein Ost-West- oder Nord-Süd-Gefälle bezüglich Über- oder Unterkapazitäten in den ländlichen Räumen?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine verlässlichen Daten vor. Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 22 bis 24 verwiesen.

28. Inwiefern könnte nach Einschätzung der Bundesregierung eine – im Idealfall sektorenübergreifende – Bedarfsplanung für eine flächendeckende, wohnortnahe pflegerische Versorgung unter Einbeziehung und Beachtung von regionaler Infrastruktur sowie Morbidität, Mobilität, Handicaps, Geschlechterverteilung und Altersstruktur der Versicherten erfolgen (wie von der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 17/3215 vorgeschlagen)?

Die Verantwortung für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur liegt bei den Ländern (§ 9 SGB XI).

29. Welche Auskunft kann die Bundesregierung über regional differenzierte Entgelte für ambulante Pflegedienste geben?

Die Bundesregierung hat in ihrem „Fünften Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland“ in Anlage 4 eine tabellarische Übersicht zu Vergütungsvereinbarungen, differenziert nach Bundesländern mit Stand 1. Januar 2011 veröffentlicht.

30. Ist nach Kenntnis der Bundesregierung in ländlichen Räumen die Versorgung von Leistungsberechtigten in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft für den örtlichen Sozialhilfeträger teurer oder günstiger als in einer stationären Einrichtung?

Entsprechende Übersichten zu den Kosten für die örtlichen Sozialhilfeträger sind der Bundesregierung nicht bekannt.

Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz enthält Regelungen zur Förderung ambulanter Wohngruppen. Hierdurch werden die Angebotsvielfalt und insbesondere Alternativen zur vollstationären Pflege gefördert. Dies entspricht dem Wunsch von Pflegebedürftigen, ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung führen zu können und gleichzeitig die notwendigen Pflege- und Unterstützungsleistungen zu erhalten. Allerdings können die Entscheidungen in der Pflegeversicherung zur Leistungsgewährung an Pflegebedürftige in ambulanten Wohnformen die Träger der Sozialhilfe bei ihren Entscheidungen über Leistungen nach dem SGB XII nicht binden, da es sich um unterschiedliche Rechtskreise handelt. Soweit die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, erbringen die Träger der Sozialhilfe im Falle der finanziellen Bedürftigkeit Leistungen der Hilfe zur Pflege. Wird die Leistung von einer Einrichtung erbracht, ist der Träger der Sozialhilfe zur Übernahme der Vergütung für die Leistung gemäß § 75 Absatz 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) aber nur dann verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband unter anderem eine Vereinbarung über Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen (Leistungsvereinbarung) besteht. Ein Anspruch auf Abschluss einer Leistungsvereinbarung besteht nicht.

Die Bundesregierung geht im Übrigen auch im Bereich der Förderung beispielgebender Wohnprojekte älterer Menschen auf ländliche Regionen in besonderer Weise zu. Bereits im Modellprogramm „Neues Wohnen“ unterstützte die Bundesregierung ein Modellquartier ländliche Region, bei dem in Kleinstädten und Dörfern exemplarisch besondere Beratungszentren für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen geschaffen worden sind. Im Rahmen des Programms „Wohnen für (Mehr)Generationen“ widmen sich sechs gemeinschaftliche Wohnprojekte in einem eigenen Schwerpunkt den besonderen Herausforderungen einer ländlichen Umgebung. Auch im Programm „Soziales Wohnen – Zuhause im Alter“ wird der Strukturwandel ländlicher Regionen durch konkrete Praxisprojekte aktiv begleitet, etwa durch das Projekt Geromobil der Volkssolidarität Uecker Randow, das sich innovativen Formen der mobilen Wohn- und Pflegeberatung in einem der flächenmäßig größten Landkreise widmet. Im Programm Anlaufstellen für ältere Menschen werden entsprechende Informationsdienste für ratsuchende Menschen und Angehörige niedrigschwellig weiterentwickelt und mit vorhandenen Diensten auch in ländlichen Räumen verzahnt.

31. Ist nach Einschätzung der Bundesregierung in ländlichen Räumen die Zusammenarbeit der Institutionen des Sozial-, Gesundheits- und Pflegewesens aufgrund der räumlichen Entfernung erschwert, und wenn ja, wie können diese Probleme aus Sicht der Bundesregierung gelöst werden?

Die Bundesregierung verweist hierzu auf die Zuständigkeit der Länder und Kommunen für die aktive Gestaltung der sozialen Infrastruktur.

32. Wie ist sichergestellt, dass pflegende Angehörige in ländlichen Gebieten ausreichend Zugang zu den personenbezogenen Dienstleistungen haben, die sie benötigen, um die Belastungen durch die Pflegearbeit zu reduzieren, obwohl das Dienstleistungsspektrum in ländlichen Gebieten aufgrund spezifischer struktureller Bedingungen unterentwickelt ist?
- Welche Daten oder Studien liegen hierzu mit welchen Handlungsempfehlungen vor?

Siehe hierzu die Antwort zu den Fragen 23 und 24.

33. Welche Informationen besitzt die Bundesregierung darüber, wie sich die in den jeweiligen Bundesländern vorhandenen Pflegestützpunkte auf ländliche oder städtische Gebiete verteilen?

Die Pflegestützpunkte werden von den Kranken- und Pflegekassen auf Initiative des jeweiligen Landes eingerichtet (§ 92c SGB XI). Die Bundesregierung hat in ihrem „Fünften Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland“ im Anhang 1 eine Übersicht zum Stand der Einrichtung von Pflegestützpunkten in den jeweiligen Bundesländern veröffentlicht (Bundestagsdrucksache 17/8332). Die Angaben beruhen dabei auf Mitteilungen aus den zuständigen Ministerien der Länder.

34. Wie hoch ist in ländlichen Räumen die Dichte differenzierter Beratungs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige und unterstützungsbedürftige ältere Menschen (pro Einwohnerin und Einwohner im Vergleich zu urbanen Räumen)?

Der Bundesregierung liegen keine Daten zu Unterstützungs- und Beratungsangeboten in regionalisierter oder Stadt-Land-Betrachtung vor. Jedoch kann von einer vielfältigen, regional differenzierten Angebotsstruktur ausgegangen werden. Beratungs- und Unterstützungsangebote werden insbesondere von den Pflegekassen, den Pflegeversicherungen, von regionalen Pflegestützpunkten, von Pflegeleistungs-Anbietern, von Wohlfahrtsverbänden sowie von kommunalen Trägern durchgeführt. Die Pflegekassen sind gesetzlich verpflichtet, alle Leistungsbezieher der Pflegeversicherung und Versicherte mit erkennbarem Hilfe- und Beratungsbedarf zu beraten (§ 7a SGB XI). Der Anspruch auf umfassende Pflegeberatung umfasst ein individuelles Fallmanagement, das von der Feststellung und systematischen Erfassung des Hilfebedarfs über die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans mit allen erforderlichen Leistungen bis hin zur Überwachung und Begleitung der Durchführung des Versorgungsplans reicht. Der Gesetzgeber hat im Pflege-Neuausrichtungsgesetz eine Verpflichtung der Pflegekassen zur frühzeitigen Beratung innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingeführt. Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung in der häuslichen Umgebung stattzufinden und kann auch nach Ablauf der Zwei-Wochen-Frist durchgeführt werden. Damit ist eine zugehende Beratung auch in ländlichen Räumen gewährleistet.

35. Welche Fördermaßnahmen plant die Bundesregierung für Beratungsstellen für professionelle Pflege in ländlichen Gebieten sowie Möglichkeiten an sozialer Teilhabe und Kommunikation, wenn mobile Dienste in Verbindung mit Treffpunkten und Besuchsdiensten selten oder weit entfernt sind?

Zu den Angeboten für eine Pflegeberatung siehe die Antwort zu Frage 34.

Die Bundesregierung setzt seit dem Jahre 2009 ein ressortübergreifendes Forschungskonzept für den demographischen Wandel um. Gegenstand sind die Herausforderungen und Chancen des demografischen Wandels. Ziel ist dabei, durch Forschung die Entwicklung von neuen Lösungen, Produkten und Dienstleistungen voranzutreiben, welche die Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen verbessern. Im Rahmen dieser Agenda fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung auch altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben (AAL). Gegenstand ist hierbei eine Mikrosystem- und Kommunikationstechnik, die ältere Menschen in ihrer individuellen Lebenswelt und für ein selbstbestimmtes Leben zuhause unterstützt und die Kommunikation mit dem sozialen Umfeld verbessert.

36. Stehen nach Kenntnis der Bundesregierung in ländlichen Räumen ausreichend Tagespflegeeinrichtungen zur Verfügung, und wie groß ist die maximale Entfernung zwischen dem Wohnort des unterstützungsbedürftigen älteren Menschen und der Einrichtung, die von mobilen Transportdiensten zurückgelegt werden darf?

Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen, die Leistungen der Tagespflege in Anspruch nahmen, ist von 31 000 (2009) auf 44 000 Personen (2011) gestiegen (vgl. Pflegestatistik Deutschlandergebnisse 2009 und 2011). Nach Einschätzung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. und des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste e. V. werden in bestimmten Regionen wegen mangelnder Nachfrage innerhalb des Einzugsbereichs keine teilstationären Pflegeeinrichtungen angeboten. Genauere Angaben hierzu machen die genannten Verbände aber nicht.

37. Welche Studien wurden seitens der Bundesregierung zum Thema Verbraucherpolitik und Verbraucherschutz in ländlichen Räumen in Auftrag gegeben oder selbst durchgeführt?

Es wird auf die Antwort zu Frage 38 verwiesen.

38. Welche speziellen Bedürfnisse haben nach Einschätzung der Bundesregierung Verbraucherinnen und Verbraucher in ländlichen Räumen, mit welchen speziellen Verbraucherproblemen sehen sich Bewohnerinnen und Bewohner in ländlichen Räumen konfrontiert, und inwieweit weichen diese von denen von Städtern oder Bewohnerinnen und Bewohner urbaner Zentren ab?

Die Bedürfnisse von Verbraucherinnen und Verbrauchern werden durch wirtschaftliche, soziale, zeitliche und örtliche Aspekte sowie Gewohnheiten, Lebensalter und die individuelle Lebenssituation bestimmt. Eine Unterscheidung der daraus resultierenden individuellen Interessenlagen zwischen Bewohnern ländlicher Räume und städtischen Ballungsgebieten kann daher nicht vorgenommen werden. Größere räumliche Entfernungen beispielsweise zu Einkaufsmöglichkeiten können für Verbraucher ein Problem darstellen, insbesondere in den Regionen mit einem ausgedünnten öffentlichen Verkehrsnetz. Dies kann jedoch für Bewohner städtischer Ballungsräume – je nach Wohnlage – ebenso zutreffen.

Die Verbraucherpolitik der Bundesregierung zielt darauf ab, Sicherheit und Selbstbestimmung der Verbraucher in Stadt und Land zu gewährleisten. Aus diesem Grund werden Untersuchungen zu übergreifenden Themen der Verbraucherpolitik und des Verbraucherschutzes in Auftrag gegeben, die die Interessen und Bedürfnisse der Verbraucher in Stadt und Land berücksichtigen.

39. Wie viele örtliche Verbraucherberatungsstellen befinden sich nach Kenntnis der Bundesregierung in ländlichen Räumen?

Wie viele davon sind barrierefrei?

Wie lange und wie oft sind diese besetzt?

Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten in diesen Beratungsstellen?

Die Verbraucherberatung vor Ort (örtliche Verbraucherberatungsstellen) erfolgt durch die verantwortlichen Verbraucherzentralen in den Ländern. Die Verbraucherzentralen erhalten – insbesondere für die Verbraucherberatung – eine institutionelle Förderung aus den jeweiligen Landeshaushalten und unterliegen insofern der alleinigen Zuständigkeit der Länder. Der Bundesregierung liegen daher keine Informationen über die jeweilige Mitarbeiterzahl, die Barrierefreiheit, die Öffnungszeiten der Beratungsstellen und ihre Verteilung in ländlichen Räumen vor.

40. Wie viele Energieberatungsstellen befinden sich nach Kenntnis der Bundesregierung in ländlichen Räumen?

Wie viele davon sind barrierefrei?

Wie lange und wie oft sind diese besetzt?

Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten in diesen Beratungsstellen?

Die Energieberatung wird als Bundesprojekt gefördert und vom Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) und den Verbraucherzentralen der Länder organisiert. Sie wird derzeit bundesweit in 650 Beratungseinrichtungen durchgeführt.

196 davon sind Beratungsstellen der Verbraucherzentralen, die sich eher in größeren Städten befinden. 444 Beratungspunkte im ländlichen Raum befinden sich in der Regel in Rathäusern, Bibliotheken und andere kommunale Einrichtungen, die alle barrierefrei erreichbar sind. Sollte eine Vor-Ort-Beratung aufgrund körperlicher Behinderung nicht oder nur mit großer Mühe möglich sein, gibt es auch die Möglichkeit der schriftlichen Energieberatung und der kostenlosen Telefon- und online-Beratung. Seit Oktober 2012 werden bundesweit Energie-Checks für Mieter und Eigentümer angeboten. Hier kommt der Energieberater ins Haus. Zur Zeit gehen täglich mehr als 100 Anfragen ein – vorwiegend im ländlichen Raum.

In den größeren Städten ist täglich ein Energieberater erreichbar, in mittleren und kleineren Städten ein- bis zweimal pro Woche und in dünn besiedelten ländlichen Regionen reicht meistens ein Tag pro Monat, um die dortige Nachfrage zu decken. Die Beratung findet nach vorheriger Terminanmeldung statt und auf Nachfrageschübe wird mit zusätzlichen Terminfenstern reagiert.

Die Energieberatung wird mit flexibel eingesetzten freiberuflichen Honorarkräften (mehr als 400 Architekten und Ingenieuren) durchgeführt. Die Terminvergabe erfolgt zentral, die Abrechnung erfolgt online und wird von Verbraucherzentralen bzw. Verbraucherberatungsstellen unterstützt. Der Personalaufwand ist daher sehr gering.

41. Wie viele Schuldnerberatungsstellen befinden sich nach Kenntnis der Bundesregierung in ländlichen Räumen?
Wie viele davon sind barrierefrei?
Wie lange und wie oft sind diese besetzt?
Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten in diesen Beratungsstellen?

Der Bund hat keine Zuständigkeit für die Schuldnerberatung. Schuldnerberatungsstellen befinden sich teils in kommunaler Trägerschaft, teils in der Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden, Verbraucherzentralen oder anderen freien Trägern und werden mitunter vom jeweiligen Bundesland unterstützt. Nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft Schuldnerberatung gibt es in Deutschland ca. 1 100 Schuldnerberatungsstellen mit ca. 1 700 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Über die regionale Verteilung der Beratungsstellen und ihres Personals, ihre Zugänglichkeit und Beratungszeiten liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

42. Wie dicht ist das Netz der in den vorangegangenen Fragen genannten Beratungsstellen nach Kenntnis der Bundesregierung in ländlichen Räumen?
Welche durchschnittlichen Kosten werden den Verbraucherinnen und Verbrauchern nach Kenntnis der Bundesregierung allein durch die An- und Rückfahrt zur Beratungsstelle verursacht?

Der Bundesregierung liegen keine Kenntnisse über die gegebenenfalls den Verbraucherinnen und Verbrauchern für An- und Rückfahrt entstehenden durchschnittlichen Kosten vor; im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 39 und 40 verwiesen.

43. Inwieweit stellt nach Einschätzung der Bundesregierung der Anbieterwechsel von Energie, Strom, Banken, Wasser oder Telekommunikation für Verbraucherinnen und Verbraucher in ländlichen Räumen ein größeres Problem als in Städten oder urbanen Zentren dar?

Bei der Wasserver- und Abwasserentsorgung handelt es sich überwiegend um eigenständige Unternehmen der Kommunen bzw. Zweckverbände, so dass ein Anbieterwechsel durch Verbraucherinnen und Verbraucher nicht relevant ist.

Größere Probleme beim Wechsel des Telekommunikationsanbieters in ländlichen Räumen im Vergleich zu Städten und urbanen Zentren sind nicht bekannt. Allerdings kann die Auswahl an Anbietern im ländlichen Raum gegenüber Städten und urbanen Zentren geringer sein.

Auch im Strom- und Gasbereich gibt es keinen Unterschied in den rechtlichen und praktischen Rahmenbedingungen für einen Anbieterwechsel. Es gilt ein bundesweiter Ordnungsrahmen. Aus Marktgründen kann allerdings auch in diesem Bereich die Anzahl anbietender Lieferanten im ländlichen Raum niedriger sein als in Städten.

44. Was hat die Bundesregierung unternommen, um Verbraucherinnen und Verbraucher in ländlichen Räumen zum Beispiel beim Anbieterwechsel oder anderen spezifischen Verbraucherproblemen besonders zu unterstützen?

Die im Mai 2012 abgeschlossene Novelle des Telekommunikationsgesetzes hat den Verbraucherschutz insgesamt (sowohl im ländlichen Raum als auch in den

Städten) gestärkt. Neben Vorgaben zur erleichterten Kostenkontrolle, zu kostenlosen Warteschleifen, zur Sperre der Bezahlfunktion des Handys und zur Preisansage bei Call-by-Call-Gesprächen wurden dabei unter anderem auch Vorgaben für einen reibungslosen Anbieterwechsel geschaffen.

So ist der bisherige Telefonanbieter bei einem Wechsel seines Kunden verpflichtet, ihn weiter zu versorgen, bis er alle technischen und vertraglichen Details mit dem neuen Anbieter des Kunden geklärt hat. Versorgungsunterbrechungen dürfen maximal einen Kalendertag andauern. Mobilfunkkunden können sogar verlangen, dass ihre Mobilfunkrufnummer unabhängig von der Vertragslaufzeit mit dem bisherigen Anbieter auf einen neuen Anbieter übertragen wird. Im Falle des Umzugs erhält der Kunde ein Sonderkündigungsrecht für seine Telefon- und DSL-Verträge, wenn sie am neuen Wohnort nicht angeboten werden. Wird die Leistung vom bisherigen Anbieter am neuen Wohnort angeboten, so darf der Umzug nicht zu einer Verlängerung der Vertragslaufzeit führen.

Zusätzlich enthält das Telekommunikationsgesetz nunmehr auch Vorgaben zur Vertragslaufzeit. Die anfängliche Laufzeit von Verträgen ist auf 24 Monate beschränkt. Zudem muss jeder Anbieter ein Vertragsmodell mit einer maximal zwölfmonatigen Vertragslaufzeit anbieten.

Gerade in ländlichen Räumen, in denen die Verbraucherinnen und Verbraucher besonders auf elektronische Kommunikationswege angewiesen sind, erhalten diese Verbesserungen ein besonderes Gewicht.

Mit der Novelle des Energiewirtschaftsgesetzes vom August 2011 wurden die Verbraucherrechte beim Wechsel des Energieanbieters gestärkt. Die Frist für den Wechsel des Energielieferanten wurde auf drei Wochen verkürzt, beginnend mit der Anmeldung zur Netznutzung durch den neuen Lieferanten beim Netzbetreiber. Die Energielieferanten wurden verpflichtet, in verständlicher Weise über Verbraucherrechte zu informieren. Verbraucher müssen rechtzeitig vor einer Preiserhöhung, in den Rechnungen auf die Kündigungsfristen und in den Verträgen auf die Möglichkeit des unentgeltlichen und zügigen Lieferantenwechsels hingewiesen werden.

45. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Entwicklung der Privatisierung der Strom- und Energieversorgung, Abfall- und Wasserwirtschaft im Vergleich zwischen ländlichen und städtischen Regionen und zwischen Ost- und Westdeutschland?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Angaben vor.

46. Wie unterstützt die Bundesregierung die Kommunen in ländlichen Räumen bei ihren Aufgaben der Daseinsvorsorge bei der Strom- und Energieversorgung sowie bei der Abfall- und Wasserwirtschaft?

Im Rahmen der Bund-Länder-Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur“ (GRW) ist es möglich, wirtschaftsnahe Infrastrukturmaßnahmen von Kommunen in strukturschwachen Regionen zu fördern. Förderfähig sind dabei unter anderem Energie- und Wasserversorgungsleitungen und -verteilungsanlagen zum Anschluss von Gewerbegebieten sowie Anlagen zur Reinigung von Abwasser.

Die Förderung kann bis zu 90 Prozent betragen. Die GRW-Mittel setzen sich je zur Hälfte aus Bundes-/Landesmitteln zusammen. Die Durchführung der GRW-Förderung fällt in die alleinige und ausschließliche Kompetenz der Bundesländer.

In der Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der Agrarstruktur und des Küstenschutzes“ fördert der Bund unter anderem folgende Maßnahmen:

1. Förderung der integrierten ländlichen Entwicklung
 - Erarbeitung integrierter ländlicher Entwicklungskonzepte,
 - Regionalmanagement,
 - Dorferneuerung und -entwicklung (in Orten bis 10 000 Einwohner),
 - Infrastrukturmaßnahmen (in Orten bis 10 000 Einwohner).
2. Förderung wasserwirtschaftlicher Maßnahmen
 - Hochwasserschutz,
 - Abwasserbehandlungsanlagen

Er erstattet den Ländern 60 Prozent der entstehenden Ausgaben (70 Prozent beim Küstenschutz).

Bei der Erarbeitung rechtlicher Vorgaben im Bereich der Abfallwirtschaft erfolgt regelmäßig eine intensive Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände, so dass gewährleistet ist, dass auch die spezifischen Belange und Interessen der Kommunen im ländlichen Bereich in angemessener Weise berücksichtigt werden.

Seit 2008 bietet die Nationale Klimaschutzinitiative (NKI) mit der Richtlinie zur Förderung von Klimaschutzkonzepten in sozialen, kulturellen und öffentlichen Einrichtungen Fördermöglichkeiten (Kommunalrichtlinie) weitreichende Unterstützung für Kommunen in ihrem Engagement für den Klimaschutz. Das Angebot der Kommunalrichtlinie reicht dabei von der Strategieentwicklung bis hin zur konkreten Projektumsetzung. Die Bereiche Strom- und Energieversorgung sowie Abfall und Wasserwirtschaft werden durch integrierte Klimaschutzkonzepte abgedeckt. Sie ermöglichen es Kommunen einen auf ihre Gegebenheiten zugeschnittenen Fahrplan für eine nachhaltige Energieversorgung und klimagerechte Infrastruktur zu erarbeiten.

Darauf aufbauend unterstützt das BMU Kommunen bei der Umsetzung der Konzepte durch die Förderung von Klimaschutzmanagerinnen und -managern. Kommunen, die noch am Anfang ihrer Klimaschutzaktivitäten stehen, können darüber hinaus gezielte Beratungsangebote in Anspruch nehmen, die den systematischen Einstieg in den Klimaschutz erleichtern sollen.

47. Welchen Stellenwert misst die Bundesregierung Maßnahmen zur Stärkung der Lebensqualität in ländlichen Räumen bei, und welche diesbezüglichen Maßnahmen plant sie zu ergreifen?

Es wird verwiesen auf die Antwort der Bundesregierung auf die wortgleiche Frage 32 der Kleinen Anfrage auf Bundestagsdrucksache 17/12072, „Wertschöpfung in ländlichen Räumen“.

48. Welche Kriterien – außer ökonomischen – betrachtet die Bundesregierung als relevant bei der Beschaffung, Vergabe und Bereitstellung öffentlicher Daseinsvorsorge?

Leistungen der öffentlichen Daseinsvorsorge sind am Gemeinwohl orientiert und müssen deshalb für jede Bürgerin und jeden Bürger frei zugänglich und möglichst flächendeckend erbracht werden. Die Beschaffung, Vergabe und Bereitstellung öffentlicher Daseinsvorsorge hat den drei allgemeinen Kriterien Qualität, Erreichbarkeit und Wirtschaftlichkeit in einem untereinander ausgegogenen Verhältnis Rechnung zu tragen. Die Qualität der Daseinsvorsorge

angebote sollte dem aktuellen Wissensstand und den jeweiligen spezifischen Anforderungen entsprechen sowie ausreichende Differenzierungsmöglichkeiten nach zielgruppenspezifischen Bedarfsausprägungen aufweisen.

Die Erreichbarkeit der Daseinsvorsorgeeinrichtungen bemisst sich außer nach der Fahrzeit des jeweils schnellsten Verkehrsmittels auch nach den möglichen Alternativen (z. B. wenn kein Pkw verfügbar ist durch flexible ÖPNV-Angebote).

