

**21.04.26**

## **Antrag des Landes Baden-Württemberg**

---

### **Entschließung des Bundesrates "Stärkung der ambulanten ärztlichen und sektorenübergreifenden Versorgung: Zeitnah die Weichen für ein Primärversorgungssystem stellen"**

Ministerpräsident  
des Landes Baden-Württemberg

Stuttgart, 21. April 2026

An den  
Präsidenten des Bundesrates  
Herrn Bürgermeister  
Dr. Andreas Bovenschulte

Sehr geehrter Herr Präsident,

die Landesregierung von Baden-Württemberg hat beschlossen, dem Bundesrat die als Anlage beigefügte

Entschließung des Bundesrates „Stärkung der ambulanten ärztlichen und sektorenübergreifenden Versorgung: Zeitnah die Weichen für ein Primärversorgungssystem stellen“

zuzuleiten.

Ich bitte Sie, die Vorlage gemäß § 36 Absatz 2 der Geschäftsordnung des Bundesrates in die Tagesordnung der Sitzung des Bundesrates am 8. Mai 2026 aufzunehmen und sie anschließend den Ausschüssen zur Beratung zuzuweisen.

Mit freundlichen Grüßen  
Winfried Kretschmann



**Entschließung des Bundesrates „Stärkung der ambulanten ärztlichen und sektorenübergreifenden Versorgung: Zeitnah die Weichen für ein Primärversorgungssystem stellen“**

Der Bundesrat möge beschließen:

1. Der Bundesrat stellt fest, dass die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland vor strukturellen Herausforderungen steht, die ein zeitnahes gesetzgeberisches Handeln erfordern. Insbesondere in ländlichen Regionen bestehen bereits heute Versorgungslücken. Die Weiterentwicklung hin zu einem kohärenten Primärversorgungssystem ist daher eine zentrale gesundheitspolitische Aufgabe.
2. Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, zeitnah einen Gesetzentwurf vorzulegen, der die Weichen für die Reform des ambulanten Gesundheitssystems hin zu einem Primärversorgungssystem stellt. Zentrale Instrumente sind dabei:
  - eine effektive Patientensteuerung in die jeweils angemessene Versorgungsebene unter Nutzung digitaler und telemedizinischer Instrumente,
  - die berufs- und leistungsrechtliche Verankerung neuer Berufsbilder mit eigenständigen heilkundlichen Befugnissen, namentlich der Community Health Nurse,
  - die Einführung von Primärversorgungszentren als neue Versorgungsform im SGB V, in denen verschiedene Gesundheitsberufe interprofessionell und auf Augenhöhe zusammenarbeiten
  - sowie eine Reform der gesetzlichen Grundlagen der ambulanten Bedarfsplanung mit dem Ziel einer vorausschauenden und an die vielfältigen Herausforderungen des demographischen Wandels angepassten Bedarfsplanung.

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, die Länder frühzeitig und mit angemessenem Vorlauf in die Erarbeitung des Gesetzentwurfs einzubeziehen.

3. Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, die Rechtsgrundlagen zu den Voraussetzungen der Prüfung und Feststellung einer Unterversorgung und in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung sowie die daran anknüpfenden Rechtsfolgen präziser und verbindlicher auszugestalten.

4. Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, die in den Ziffern 2 und 3 beschriebenen Anpassungen und Reformmaßnahmen so auszugestalten, dass die Entscheidungstransparenz der Selbstverwaltung gestärkt und somit eine einheitliche Aufsichtspraxis der zuständigen Landesbehörden ermöglicht wird.
5. Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, flankierend Maßnahmen zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu ergreifen und dabei auf einen ausgewogenen Einsatz verhaltens- und verhältnispräventiver Ansätze zu achten.
6. Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, durch entsprechende Änderung der §§ 90 Absatz 4 Satz 3 und 4 SGB V sowie 140f Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden sowie den auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen in den Landesausschüssen nach § 90 SGB V sowie den erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Absatz 3 SGB V neben den bestehenden Antrags- und Mitberatungsrechten auch ein Stimmrecht einzuräumen.
7. Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, die Rechtsgrundlagen für die Einbeziehung von Krankenhäusern in die ambulante Versorgung zu stärken sowie zu prüfen, welche rechtlichen Hürden für die Beteiligung der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung – insbesondere im Wege von Ermächtigungen nach § 116a SGB V – abgebaut werden können.

**Begründung:**Zu Ziffer 1:

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung ist eine zentrale Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge. Insbesondere in ländlichen Regionen zeigen sich zunehmend Versorgungsengpässe. Patientinnen und Patienten erleben vielfach eine Diskrepanz zwischen der ausgewiesenen Versorgungslage und tatsächlich verfügbaren Terminen und Behandlungszeiten in Arztpraxen. Ursachen sind unter anderem der demografische Wandel, veränderte Arbeitszeitmodelle sowie ein steigender medizinischer Behandlungsbedarf aufgrund der wachsenden Zahl hochaltriger und chronisch erkrankter Menschen.

Zu Ziffer 2:

Eine umfassende Reform des ambulanten Versorgungssystems hin zu einem Primärversorgungssystem ist notwendig, um die Qualität der Versorgung zu sichern und diese durch eine bessere Steuerung an Übergängen zwischen den Sektoren zu verbessern.

Dabei ist neben einer effektiven Patientensteuerung in die jeweils angemessene Versorgungsebene auch die Einbeziehung weiterer Gesundheitsberufe und neuer Berufsbilder mit eigenen heilkundlichen Befähigungen, wie die in anderen Ländern bereits seit vielen Jahren erfolgreich in der Primärversorgung eingesetzten Community Health Nurses, zentral. Daneben bieten Primärversorgungszentren einen breiten, koordinierten und sektorenübergreifenden Ansatz, der neben der Gesundheitsversorgung im Bedarfsfall die Verbindung von Prävention, Gesundheitsförderung sowie sozialer und pflegerischer Beratung und Unterstützung herstellen kann. Durch vernetzt und kooperativ aufgestellte Versorgungsstrukturen sowie interprofessionelle Arbeit auf Augenhöhe kann die Attraktivität einer ärztlichen Niederlassung insbesondere in Regionen mit Herausforderungen in der Versorgung gesteigert werden. In diesem Zuge ist es auch notwendig, die ambulante Bedarfsplanung zeitnah zu reformieren und damit eine zielgenauere Planung und Steuerung zu ermöglichen.

Die Bundesregierung führt seit Januar 2026 einen Fachdialog zum Primärversorgungssystem mit verschiedenen Stakeholdern durch. Als möglicher Zeitraum für die Vorlage eines Gesetzentwurfs wird derzeit das Jahr 2028 genannt. Mit Blick auf die Dringlichkeit der Versorgungsprobleme und die langen Vorlaufzeiten von Gesetzgebungsverfahren ist eine zügigere Vorlage geboten.

Zu Ziffer 3:

Die Bedarfsplanung hinsichtlich der Unterversorgung ist in den §§ 99 ff. SGB V sowie ergänzt in den §§ 15 und 16 der Ärzte-ZV geregelt. Die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sieht eine Prüfung auf Unterversorgung oder in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung im niedergelassenen hausärztlichen Bereich erst ab einem Versorgungsgrad von unter 75 Prozent, im fachärztlichen Bereich sogar erst unter 50 Prozent vor. Steuernde Maßnahmen müssen jedoch deutlich vor Erreichen dieser Untergrenzen möglich sein, um eine vorausschauende Bedarfsplanung sicherzustellen und Versorgungsmängel zu vermeiden. Angesichts dieser bislang sehr tief angesetzten Eingriffsschwellen ist auch ein aufsichtsrechtliches Einschreiten erst zu einem sehr späten Zeitpunkt möglich. Die Anhaltspunkte für eine Unterversorgung und eine in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung müssen daher bereits bei geringeren Unterschreitungen der Versorgungsgrade als bisher gegeben sein.

Zu Ziffer 4:

Der ambulante vertragsärztliche Versorgungsbereich ist geprägt von der Selbstverwaltung der niedergelassenen Ärzteschaft, der die Sicherstellung der ambulanten Versorgung obliegt. Anders als im stationären Bereich haben die Länder hier nur wenige Möglichkeiten, gestaltend auf die Versorgungslage der Bevölkerung Einfluss zu nehmen. Neben den Mitwirkungsrechten in den Landes- und Zulassungsausschüssen und der Mitwirkung an der Bundesgesetzgebung ist den Ländern lediglich die Rechtsaufsicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesausschüsse der Ärzte und der Krankenkassen übertragen. Die Qualität der Rechtsgrundlagen und gesetzlichen Vorgaben für die Selbstverwaltung ist daher von zentraler Bedeutung für die Aufgabenwahrnehmung durch die Länder im Rahmen der Aufsicht.

Zu Ziffer 5:

Prävention und Gesundheitsförderung sind zentral, um Krankheiten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden. Dies ist wesentlich, um die Lebensqualität der Menschen zu erhöhen und gleichzeitig das System zu entlasten. Dabei kommt es auf ein ausgewogenes Verhältnis aus Verhaltens- und Verhältnisprävention an: Während verhaltensorientierte Ansätze auf das individuelle Handeln der Menschen zielen, setzen verhältnispräventive Maßnahmen an den strukturellen Rahmenbedingungen an, die Gesundheit fördern oder gefährden. Beide Ansätze ergänzen sich und sind gemeinsam geeignet, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nachhaltig zu stärken.

Zu Ziffer 6:

Um den komplexen Versorgungsfragen und den tatsächlichen Interessen einer bedarfsgerechten und sektorenübergreifenden Patientenversorgung gerecht werden zu können, ist es geboten, den bisher nicht stimmberechtigten Akteurinnen und Akteuren in den Landesausschüssen mehr Gewicht zu geben. Während die obersten Landesbehörden über einen Überblick über die gesundheitspolitische Gesamtsituation im jeweiligen Land verfügen, vertreten die Patienten- und Selbsthilfeorganisationen die Belange der Patientinnen und Patienten, die von den Entscheidungen über die Ausgestaltung der vertragsärztlichen Versorgung unmittelbar betroffen sind. Ein Stimmrecht beider Gruppen würde sowohl übergeordnete landespolitische Ziele, wie die Stärkung von Prävention und die sektorenübergreifende Versorgung, als auch die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten stärker in den Fokus rücken.

Die obersten Landesbehörden sowie die Patienten- und Selbsthilfeorganisationen können ihre Interessen und Argumente zwar bislang durch das bestehende Antragsrecht einbringen, haben jedoch keinen direkten Einfluss auf die endgültigen Entscheidungen der Selbstverwaltung. Da die Argumente lediglich angehört werden, verliert das Mitspracherecht im Zweifelsfall jegliche Wirkung. Die zahlenmäßige Unterrepräsentation der Landesbehörden gegenüber den Kassen- und Ärztevertretern schließt dabei eine Einflussnahme im Sinne einer unzulässigen Mischverwaltung aus. Ein Stimmrecht würde gleichwohl den inhaltlichen Ausführungen der Länder und der Patienten- und Selbsthilfeorganisationen mehr Gewicht verleihen.

Zu Ziffer 7:

Krankenhäuser können künftig einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung leisten. Der gesetzgeberische Wille hierzu kommt insbesondere in der durch die Krankenhausreform vorgenommenen Ausweitung der Ermächtigungstatbestände in § 116a SGB V zum Ausdruck. Dennoch sind Krankenhäuser bislang oft nur in geringem Umfang in die ambulante Versorgung eingebunden.

Gemäß § 75 Abs. 1a Satz 7 SGB V ist die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung verpflichtet, im Falle einer dringlichen Überweisung, für die innerhalb von vier Wochen kein Termin vermittelt werden kann, einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten. Nach § 2 Abs. 3 der Anlage 28 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenhäusern entsprechende Kooperationsvereinbarungen schließen. Eine korrespondierende gesetzliche Verpflichtung der Krankenhäuser zum Abschluss solcher Vereinbarungen besteht jedoch nicht, was die Umsetzung in der Praxis erschwert.

Eine Verpflichtung der Krankenhäuser zur Vergabe ambulanter Termine setzt voraus, dass ambulante Termine in den Strukturen der Krankenhäuser regelrecht verankert sind, weil das Krankenhaus durch Ermächtigung an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt oder zumindest einzelne Ärztinnen und Ärzte über eine Einzelermächtigung verfügen. Vereinzelt ambulante Termine in Krankenhäusern, die ansonsten nicht an der ambulanten Versorgung teilnehmen, sind auch unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten für das GKV-System nicht sachgerecht. Da Ermächtigungen für Krankenhäuser in den Zulassungsausschüssen bislang nur selten vergeben werden – unter anderem wegen des angenommenen Vorrangs persönlicher vor Krankenhausermächtigungen – bedürfte es einer Neuregelung einer gesetzlichen Kooperationsverpflichtung sowie einer flankierenden Vereinfachung des Ermächtigungsverfahrens.