Deutscher Bundestag **Drucksache 21/9454**

21. Wahlperiode 26.11.2026

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Antrag

der Abgeordneten Julia-Christina Stange, Nicole Gohlke, Dr. Michael Arndt, Jorrit Bosch, Clara Bünger, Anne-Mieke Bremer, Maik Brückner, Mandy Eißing, Katrin Fey, Kathrin Gebel, Christian Görke, Ates Gürpinar, Dr. Gregor Gysi, Mareike Hermeier, Luke Hoß, Maren Kaminski, Ferat Koçak, Jan Krampe, Cansin Köktürk, Ina Latendorf, Sonja Lemke, Stella Merendino, Sören Pellmann, Bodo Ramelow, Heidi Reichinnek, David Schliesing, Evelyn Schötz, Aaron Valent, Donata Vogtschmidt, Sarah Vollath und der Fraktion Die Linke

Ambulante Gesundheitsversorgung fit für die Zukunft machen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die ambulante Gesundheitsversorgung hat sich nach Ansicht vieler Menschen in den vergangenen Jahren drastisch verschlechtert. Über 40 Prozent der Menschen in Deutschland waren 2024 der Ansicht, dass das Gesundheitssystem Patient*innen regelmäßig im Stich lässt (https://de.statista.com/infografik/32328/anteil-der-befragten-die-denken-dass-das-gesundheitssystem-regelmaessig-patient_innen-im-stich-laesst/). Während die Ausgaben für die Versorgung und damit auch die Beiträge der Versicherten deutlich steigen, erleben Patient*innen lange Wartezeiten auf Arzttermine oder Aufnahmestopps in Praxen. Hinzu kommt, dass die Behandlung von Privatversicherten deutlich höher vergütet wird als die von gesetzlich Versicherten. Das schafft einen Anreiz, Privatversicherte bevorzugt zu behandeln und benachteiligt gesetzlich Versicherte bei der Terminvergabe.

Die Gegenmaßnahmen der vergangenen Bundesregierungen von Terminservicestellen bis zu Sondervergütungen z. B. für vermittelte Termine haben keine spürbare Verbesserung gebracht. Eine bedarfsgerechte, zeit- und wohnortnahe ärztliche Versorgung zu erhalten, wird immer mehr zu einer nahezu unüberwindbaren Herausforderung. Hiervon sind insbesondere Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen sowie Menschen mit geringem Einkommen und anderen sozialen Belastungen betroffen. Hinzu kommen oft bauliche oder sprachliche Hürden in den Praxen, schlechte telefonische Erreichbarkeit, Barrieren bei digitalen Angeboten und unklare Versorgungswege (https://www.sovd.de/fileadmin/bundesverband/pdf/broschueren/gesundheit/sovd-forderungspapier_primaerversorgung.pdf). Darüber hinaus sieht das SGB V keinen Anspruch auf Sprachmittlung für Menschen mit geringen Deutschkenntnissen vor. Über das tatsächliche Versorgungsgeschehen liegen zudem kaum belastbare Daten vor.

In der Bedarfsplanung klafft eine große Lücke zwischen Rechtslage und erlebter Wirklichkeit. Trotz 100%-Versorgung auf dem Papier sind die Menschen mit langen Wartezeiten und Abweisungen konfrontiert. Zudem werden die ambulante

und stationäre Versorgung getrennt voneinander geplant, obwohl sie direkt aufeinander Einfluss nehmen. Entsprechend ist es notwendig, das direkte Erleben der Patient*innen zum Maßstab der Bedarfsplanung zu machen, die Planungskriterien anzupassen und eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung einzuführen.

Verschärft wird diese Situation dadurch, dass gerade in der Primärversorgung in den kommenden Jahren viele Ärzt*innen altersbedingt ausscheiden werden. Die vorhandenen Instrumente zur Förderung von Niederlassungen in unterversorgten Gebieten sind zu wenig wirksam. Nach einer Prognose der Robert Bosch Stiftung werden 2035 rund 11.000 Hausarztstellen unbesetzt sein. Fast 40 Prozent der Landkreise wären dann unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht (https://bosch-stiftung.de/presse/2035-fehlen-deutschland-rund-11000-haus-aerzte-experten-empfehlen-den-aufbau-von#0). Zugleich zeigen jüngere Ärzt*innen weniger Interesse an Unternehmer*innentum und gewichten kollegialen Austausch und familienfreundliche Arbeitsbedingungen höher (Süddeutsche Zeitung, 08.08.2026, „Ein Dorf traut sich was“, S. 2). Die immanenten Anreize einer gewinnorientierten Leistungserbringung führen die niedergelassenen Ärzt*innen, Heilmittelerbringer*innen, Apotheker*innen etc. in Interessenkonflikte zwischen dem heilberuflichen Anspruch einerseits und monetären Eigeninteressen andererseits. Dieser Konflikt behindert eine bedarfsgerechte und effiziente Gestaltung der Versorgung und hat eine extrem kleinteilige Regulierung der kassenärztlichen Leistungserbringung und Planung hervorgerufen.

Private Großinvestoren übernehmen zunehmend ambulante Behandlungsstrukturen, indem sie als Träger eines Krankenhauses medizinische Versorgungszentren (MVZ) betreiben. Dafür werden Kassensitze aufgekauft, was die ohnehin hohen Kosten für Praxisnachfolger*innen weiter in die Höhe treibt. Die Renditeerwartungen der Aktionär*innen und die fehlende demokratische Kontrollierbarkeit lassen an einer gemeinwohlorientierten Ausrichtung der Behandlungseinrichtungen zweifeln. Einrichtungen, die durch Private Equity Fonds betrieben werden, führen Untersuchungen zufolge auch zu höheren Ausgaben (z. B. https://www.bmj.com/content/382/bmj-2023-075244).

Die Patient*innen haben kaum mehr die Möglichkeit zu erkennen, ob ihre Behandlung vorrangig in ihrem Interesse erfolgt. Die soziale Lage, das Einkommen und der Wohnort entscheiden nach wie vor maßgeblich über die Qualität und den Zugang zur medizinischen Versorgung (https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Sozialer-Status/2025-03-17-Armut-und-Gesundheit.html). Das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung sowie die zunehmende Ausweitung individueller von den Patient*innen zu finanzierenden Gesundheitsleistungen (IGeL) verstärken diese Ungleichheiten und führen zu einer faktischen Mehr-Klassen-Versorgung. Nachteile entstehen dabei auf beiden Seiten: Gesetzlich Versicherte warten zum Beispiel länger auf Termine und sind von Leistungseinschränkungen betroffen. Auf der anderen Seite schaffen die privatärztliche Vergütung und breitere Leistungserstattung plausible Anreize für zusätzliche, potenziell auch medizinisch nicht erforderliche Leistungen.

Die privatwirtschaftliche Organisation der ambulanten Versorgung behindert einerseits Kooperationen im Patient*inneninteresse und befördert andererseits Absprachen zum eigenen Vorteil. Es gibt kaum verbindliche Strukturen, die die primärmedizinische/allgemeinmedizinische Behandlung sinnvoll mit der fachärztlichen oder nichtärztlichen verzahnen. Beim Übergang von einer Praxis in die andere sind die Patient*innen jedes Mal wieder Neupatient*innen. Von einem koordinierten Gesundheitssystem kann hier kaum gesprochen werden. Einen Anspruch auf Fallmanagement oder Patient*innenlotsen gibt es nicht. Die heutigen Einzelpraxen sind strukturell wenig geeignet, die verschiedenen Vorteile eines modernen Primärversorgungssystems zu erreichen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Beschäftigten sind im ambulanten Sektor häufig geringer bezahlt als in der Klinik und auch hohen Belastungen und großer Verantwortung ausgesetzt. Aufgrund der Kleinststrukturen ist die Interessenvertretung des Personals durch Betriebsräte und die gewerkschaftliche Verankerung erschwert. Die medizinischen Fachangestellten sind fast ausschließlich weiblich und leisten oft zusätzlich Sorgearbeit zuhause.

Die Kompetenzen v. a. von nichtärztlichen Berufen werden auch in der ambulanten Versorgung nicht angemessen zum Wohl der Patient*innen genutzt. Zugleich braucht es dringend neue Berufsbilder und eine neue Kompetenzverteilung, um eine zukunftsfähige Versorgungslandschaft aufzubauen. Deutschland hinkt hier der internationalen Entwicklung hinterher. Neue, oft akademische Berufsbilder sind entstanden, ohne dass diese durch neue Versorgungskonzepte vorbereitet wurden. Die bislang bekannten Pläne der Bundesregierung zur Einführung eines Berufsgesetzes für Advanced Practice Nurses sind leider weiterhin halbherzig und zaghaft. Dabei können sie gerade in der Primärversorgung die Qualität verbessern, neue Versorgungskonzepte umsetzen oder die Ersteinschätzung vornehmen.

Eine standardisierte digitale oder telefonische Ersteinschätzung ist sinnvoll, muss aber konsequent zur Verbesserung der Versorgungsqualität konzipiert werden und darf keineswegs den persönlichen Erstkontakt ersetzen oder zur Zugangsbarriere werden. Wenn die digitalen Möglichkeiten vor allem benutzt werden, um Kosten zu sparen oder die Kommunikation zu automatisieren, wird die Akzeptanz und damit auch ihr Nutzen aufs Spiel gesetzt. Voraussetzung ist eine gute Ausstattung mit fachlich qualifiziertem Personal und genügend Zeit für die Hilfesuchenden. Sie muss verbunden werden mit verbindlichen Prozessen zur Terminvergabe bzw. Überweisung und zur fallabschließenden Versorgung. Die Prozesse müssen an denjenigen Patient*innengruppen ausgerichtet werden, die davon am meisten profitieren: multimorbide und/oder ältere Menschen, Menschen ohne Deutschkenntnisse und Menschen mit eher geringer Digitalkompetenz. Die Prozesse müssen fortlaufend auf ihre Auswirkungen, auf die Versorgungsqualität hin überprüft und ggf. angepasst werden. Bei allen Prozessen der Digitalisierung müssen die großen Herausforderungen bei der Cybersicherheit berücksichtigt werden. Gesundheitsversorgung darf nicht vor allem auf digitale und netzabhängige Prozesse angewiesen sein.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, in dem die folgenden Punkte geregelt werden:

1. Der Erstzugang zum Gesundheitssystem sollte außer in Notfällen über primärmedizinische Versorgung erfolgen. Hier sollte schnell der richtige Behandlungspfad (v. a. ambulant oder stationär, ärztlich oder nichtärztlich, Notfallversorgung etc.) ausgewählt und den Patient*innen eröffnet werden. Der ungeregelte Facharztzugang bringt nur scheinbar mehr Freiheit für die Versicherten. Stattdessen sollen eine passgenauere Behandlung, kürzere Wartezeiten und mehr fachärztliche Ressourcen für komplizierte Behandlungsfälle erreicht werden. Die Aufwertung der Primärversorgung muss mit dem Aufbau entsprechender Strukturen einhergehen und darf nicht zum Flaschenhals für die Versorgung der Patient*innen werden. Die heutigen Einzelpraxen sind strukturell wenig geeignet, die verschiedenen Vorteile eines modernen Primärversorgungssystems zu erreichen.
2. Eine kooperative und multiprofessionelle Behandlung sollte durch größere Behandlungseinrichtungen institutionell gesichert werden. Zunächst in unterdurchschnittlich versorgten Regionen wird die Einrichtung von kommu-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

nal getragenen Gesundheitszentren als Infrastrukturprojekt vom Bund gefördert (siehe jährliche Änderungsanträge der Fraktion Die Linke zum Bundeshaushalt, zuletzt auf Drucksache des Haushaltsausschusses 21(8)2043). Sie bieten eine interdisziplinäre und interprofessionelle Versorgung, bei der die Kooperation im Patient*inneninteresse im Vordergrund steht. Nichtärztliche Berufe werden erheblich aufgewertet und übernehmen eigenverantwortlich Versorgungsaufgaben. Gesundheitszentren sollen als Stützpunkt für die Versorgung der Region dienen und etwa Rotationspraxen in kleineren Ortschaften betreiben oder mit Patientenshuttles bzw. fahrenden Praxen auch entlegene Ortschaften versorgen. Über einen Mindeststandard an Fachpersonal aus Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Pädiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Sozialarbeit sowie Community Health Nurses (CHN) hinaus kann je nach Bedarf vor Ort weiteres Fachpersonal (Fachärzt*innen, Pharmazie, Hebammen, Ernährungsberatung, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Community Worker etc.) an der multimodalen Behandlung beteiligt sein.

3. Bei regionalem Bedarf können Gesundheitszentren auch eine Rettungsstelle bzw. Integriertes Akut- und Notfallzentrum (IANZ, vgl. Antrag „Bedarfsgerechte und krisenfeste Akut- und Notfallversorgung“ auf Drucksache 21/5822) inkl. Akutchirurgie oder auch Geburtsstationen beinhalten und dafür kurzstationäre Aufenthalte ermöglichen. Es kann geprüft werden, ob kleinere Krankenhäuser insbesondere in ländlichen Regionen in regionale ambulant-stationäre Gesundheitszentren umgewandelt werden.
4. Eine zeitgemäße Gesundheitsversorgung beinhaltet auch eine neue Verteilung der Berufskompetenzen. Nichtärztliche Professionen müssen mehr Tätigkeiten eigenverantwortlich und auf Augenhöhe kooperativ mit Mediziner*innen behandeln, um diese so zu entlasten und die Versorgungsqualität zu verbessern. Das betrifft insbesondere weiterqualifizierte Pflegekräfte (Community Health Nurses/Advance Practice Nurses), aber auch Physician Assistants. Hier geht es etwa um die Versorgungsteuerung, die Ersteinschätzung der Patient*innen, das Case Management und viele andere Aufgaben.
5. Die Ausbildungsbedingungen sind ansprechend und praxisgerecht auszugestalten. Hierzu zählen unter anderem die Stärkung der strukturierten Praxisausbildung, die Sicherstellung der erforderlichen Ausbildungskapazitäten durch qualifizierte Pflege- und Medizinpädagog*innen sowie eine trägerunabhängige, auskömmliche Ausbildungsvergütung. Damit dem Fachkräftemangel entgegengewirkt werden kann, gilt es im Zuge einer umfassenden Informationskampagne zugleich über Gesundheitsberufe zu informieren und auf deren Potenziale in einer sich demographisch wandelnden Gesellschaft hinzuweisen.
6. Um eine gute Versorgung mit minimaler Personalfluktuation zu gewährleisten, bedarf es guter Arbeitsbedingungen mit mehr Zeit für direkte Kontakte und klaren Zuständigkeiten für sämtliche Beschäftigte. Ein Bestandteil hiervon ist eine verbindliche Personalbemessung, die den Kompetenzmix im Team sowie die medizinischen und sozialen Bedarfe der Patient*innen berücksichtigt.
7. Gesundheitszentren sollten primärmedizinische Versorgung und präventive/public health-Arbeit miteinander verbinden und eng mit einem gestärkten öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. anderen kommunalen Strukturen (z. B. sozialpsychiatrische Dienste) und Gesundheitskonferenzen kooperieren. Einzelne existierende und im Aufbau befindliche Stadtteilzentren unter anderem in Hamburg, Berlin und Leipzig sind in diesem Sinne echte Leuchtturmprojekte und zukunftsweisend für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

8. Für Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf wird ein Anspruch auf Fallmanagement bzw. Patientenlotsen eingeführt, um sie in die Lage zu versetzen, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, die Behandlung zu koordinieren und informierte Entscheidungen zu treffen. Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) wird weiter finanziell und personell gestärkt und soll die Patient*innen auch im Kontakt mit Behandelnden oder Krankenkassen unterstützen.
9. Barrierefreiheit ist als verbindlicher Standard umzusetzen. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung muss inklusiv gestaltet sein – baulich, sprachlich, digital und organisatorisch. Im Mittelpunkt stehen die Patient*innen.
10. Die Bedarfsplanung erfolgt sektorenübergreifend. Sie wird von einem Landesgremium unter Beteiligung der Gebietskörperschaften (Land, Kommunen), Kostenträgern, Leistungserbringer*innen und Patientenvertreter*innen gemeinsam gestaltet und verantwortet (Sicherstellungsauftrag). Die Bedarfsplanung sollte zur Vermeidung von Unterversorgung auch Heilmittel (Physiotherapie, Ergotherapie etc.), Pflege, Apotheken und Hebammen umfassen. Als Voraussetzung für eine funktionierende Bedarfsplanung werden die tatsächlichen Wartezeiten und Patienten-Abweisungen erfasst. Nicht Mindestöffnungszeiten, sondern die tatsächlichen Behandlungszeiten für gesetzlich Versicherte sollten Grundlage der Planung sein. Die Bedarfsplanung muss insbesondere in der Primärversorgung kleinräumig geplant werden und unterschiedliche sozioökonomische Realitäten berücksichtigen und ausgleichen. Ein vorrangiges Ziel ist der gute Zugang von marginalisierten und anderweitig benachteiligten Bevölkerungsgruppen für eine bessere Gesundheit.
11. Kann eine Praxis keinen zeitnahen Behandlungstermin anbieten, meldet sie dies der Kassenärztlichen Vereinigung. Diese ist verpflichtet, den Patientinnen und Patienten einen zeitnahen Termin bei einer anderen Praxis in zumutbarer Entfernung zu vermitteln. Dieses Verfahren löst die bisherigen Terminservicestellen ab.
12. Digitale oder telefonische Angebote sind als Unterstützung zur Verbesserung von Erreichbarkeit, Koordination und Versorgungsqualität zu nutzen, ohne persönliche Zugangswege abzubauen. Die standardisierte digitale oder telefonische Ersteinschätzung sollte Normalität für den Zugang zum Gesundheitssystem werden und die individuell passenden Behandlungswege eröffnen. Der Datenschutz, die Datensicherheit und die Wahrung der Datensouveränität von Patient*innen haben dabei oberste Priorität. Digitale Gesundheitsangebote müssen durch niedrigschwellige Unterstützungs- und Beratungsangebote so gestaltet werden, dass auch Menschen mit geringer Digitalkompetenz diese sicher und selbstbestimmt nutzen können. Niemand darf Nachteile in der analogen Versorgung haben, wenn man auf eHealth-Angebote verzichtet.

    Um den Einfluss privater Großinvestoren (Private Equity) in der ambulanten Versorgung zurückzudrängen, müssen die Gründungsprivilegien von Krankenhäusern bei Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) reguliert werden. Hierbei sollte unter anderem geprüft werden, ob ein räumlicher Bezug zwischen zu gründendem MVZ und dem Krankenhaus vorgeschrieben werden sollte. Zudem soll geprüft werden, inwieweit ein fachlicher Bezug zwischen Krankenhaus und MVZ verpflichtend sein sollte und etwa eine rein zahnärztliches MVZ durch humanmedizinische Krankenhäuser ausgeschlossen wird. Zudem ist unverzüglich ein Transparenzregister einzuführen, das Eigentümer- und Betreiberstrukturen für Behörden und Öffentlichkeit offengelegt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Berlin, den 23. November 2026

Heidi Reichinnek, Sören Pellmann und Fraktion

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.