



Aktenzeichen: Pet 2-20-15-721-020643

Der Deutsche Bundestag hat die Petition am 11. Juni 2026 abschließend beraten und beschlossen:

Die Petition der Bundesregierung – dem Bundesministerium für Gesundheit – als Material zu überweisen.

Begründung

Mit der Petition wird gefordert, zur Sicherung und Aufrechterhaltung der ambulanten Versorgung die Haus- und Facharztpraxen adäquat zu finanzieren, Budgetierung und unrealistische Pauschalen abzuschaffen, jede erbrachte Leistung zu vergüten, die Bürokratie abzubauen und eine kostenneutrale Digitalisierung einzuführen.

Zur Begründung dieses Anliegens führt die Petentin u.a. aus, das Honorar müsse die Praxisausgaben sowie die Arbeit der Ärzte und Angestellten decken. Die Patienten müssten in ausreichender Zeit und ohne finanzielle Zwänge behandelt werden können. Erbrachte Leistungen dürften nicht nach einer Pauschale vergütet und oft nur zum Teil ausbezahlt werden. Die Einnahmen durch die Kassenpatienten deckten immer häufiger nicht einmal mehr die Ausgaben einer ärztlichen Praxis. Somit werde ein Großteil der Praxen schon bald nicht mehr besetzt sein.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die Petition verwiesen, die auf der Internetseite des Deutschen Bundestages veröffentlicht wurde, dort 9.342 Unterstützer fand und in 100 Beiträgen diskutiert wurde.

Zu diesem Thema liegen dem Petitionsausschuss weitere Eingaben mit verwandter Zielsetzung vor, die wegen des Sachzusammenhangs einer gemeinsamen parlamentarischen Prüfung zugeführt werden. Der Ausschuss bittet daher um Verständnis, dass nicht auf alle vorgetragenen Gesichtspunkte eingegangen werden kann.



Das Ergebnis der parlamentarischen Prüfung stellt sich unter Berücksichtigung von zu der Eingabe erbetenen Stellungnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wie folgt dar:

Der Gesetzgeber hat die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) übertragen, die hierzu in schriftlichen Verträgen mit den Verbänden der Krankenkassen Regelungen zu treffen haben, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Hierzu gehört, dass die Krankenkassen zur Finanzierung der gesamten vertragsärztlichen Versorgung mit befreiender Wirkung an die jeweilige KV die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) zahlen. Darüber hinaus sind bestimmte Leistungen außerhalb der MGV zum festen Preis zu vergüten ("extrabudgetär"). Über die Höhe der MGV müssen sich die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den KVen auf Grundlage des medizinisch notwendigen Behandlungsbedarfes einigen. Zu vereinbaren ist die Preis- und Mengenentwicklung.

Bei den Vereinbarungen zu der Preiskomponente hat der Gesetzgeber dafür Sorge getragen, dass u.a. die für Praxen relevanten Kostenentwicklungen (z.B. steigende Betriebskosten, Inflation) bei den jährlichen Honorarverhandlungen zwischen den Vertretern der Ärzteschaft und der Krankenkassen zur Anpassung des Orientierungswertes zu berücksichtigen sind.

In den vergangenen Jahren sind die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung stark angestiegen.

Während die Krankenkassen im Jahr 2013 für die ambulante ärztliche Versorgung noch insgesamt rund 32 Milliarden Euro ausgaben, waren es im Jahr 2022 rund 46,1 Milliarden Euro. Dies entspricht einem Anstieg von mehr als 44 Prozent. Weiterhin hat sich in den vergangenen Jahren der Anteil der extrabudgetär vergüteten Leistungen an der gesamten vertragsärztlichen Vergütung stetig erhöht. Er lag nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) im Jahr 2009 bei 22,2 Prozent und im Jahr 2022 bei 42,9 Prozent.

Mit dem am 16. Mai 2023 in Kraft getretenen "Fünfzehnten Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung (UPD-



Gesetz)" hat der Deutsche Bundestag beschlossen, dass die vertragsärztlichen Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin sowie Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie rückwirkend ab dem 1. April 2023 entbudgetiert werden.

Ergänzend ist auf das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG), welches am 1. März 2025 in Kraft getreten ist, zu verweisen. Mit diesem Gesetz wurde die Entbudgetierung der Hausärzte mit Wirkung zum 1. Oktober 2025 umgesetzt. Auch wurde der Bewertungsausschuss beauftragt, eine Versorgungspauschale für die Behandlung von chronisch kranken Versicherten, die einer kontinuierlichen Versorgung mit einem Arzneimittel bedürfen und keinen intensiven Betreuungsbedarf begründen, einzuführen. Die Versorgungspauschale soll vier aufeinanderfolgende Kalenderquartale, mindestens aber zwei Quartale zu umfassen. Auch eine Vorhaltepauschale zur Vergütung der Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen hat der Bewertungsausschuss zu beschließen. Die Abrechenbarkeit dieser Vorhaltepauschale ist an die Erfüllung bestimmter Kriterien gebunden, die der Bewertungsausschuss zu beschließen hat. Das Gesetz gibt eine bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten, die vorrangige Erbringung von Leistungen aus dem hausärztlichen Fachgebiet, eine Mindestfallzahl sowie die Nutzung von Anwendungen der Telematikinfrastruktur vor. Die unter der Aufsicht des jeweils zuständigen Landesministeriums stehenden KVen haben gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), entsprechend sogenannter Bedarfsplänen, alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Sie verfügen hierzu über eine Vielzahl an gesetzlich ausdrücklich vorgesehenen Sicherstellungsinstrumenten. So sind sie unter anderem verpflichtet, Strukturfonds zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung zu bilden. Mit solchen Fördermaßnahmen kann insbesondere auch wirtschaftlichen Bedenken junger Ärzte bei einer Niederlassung begegnet werden.

Um einem drohenden Ärztemangel entgegenzuwirken wurden zudem die gesetzlichen Vorgaben zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung stetig ausgebaut.



Nach § 75a SGB V sind die KVen und die Krankenkassen verpflichtet, zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung, bundesweit mindestens 7.500 allgemeinmedizinische Weiterbildungsstellen zu fördern. Darüber hinaus stehen bundesweit 2.000 Stellen für die Weiterbildung von grundversorgenden Fachärzten bereit.

Den öffentlich zugänglichen statistischen Zahlen zur Anzahl und Verteilung der Ärzte ist zu entnehmen, dass in Deutschland kein flächendeckender Ärztemangel herrscht. Es ist jedoch erkennbar, dass insbesondere in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten die Nachbesetzung von insbesondere Hausarztsitzen teilweise problematisch ist. Daher ist es, neben den gezielten Maßnahmen im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung, wichtig, in diesen Regionen die Daseinsvorsorge insgesamt zu stärken und überall für gute Lebensbedingungen zu sorgen, damit es für den Ärztenachwuchs attraktiv ist, auch in schlechter versorgte Regionen tätig zu werden.

Nach Angaben der KBV stehen mit der am 16. September 2024 erfolgten Einigung bei den Finanzierungsverhandlungen für das Jahr 2025 knapp 4 Prozentpunkte mehr Finanzmittel für die vertragsärztliche Versorgung (ca. 1,7 Milliarden Euro) zur Verfügung. Auch wurde bei der Einigung erstmalig die Entwicklung der aktuellen Abschlüsse der Tarifverträge der medizinischen Fachangestellten berücksichtigt, dieses Vorgehen soll für die kommenden Abschlüsse zur Anpassung des Orientierungswertes fortgeführt werden. Hierdurch sollen Praxen in der angespannten Personalsituation entlastet werden. Eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten sowie eine angemessene Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen sind hiermit gewährleistet.

Nach Kenntnis des Petitionsausschusses handelt es sich bei den Betriebsproblemen der Telematikinfrastruktur um Einzelfälle. Die Digitalisierung bietet große Potenziale, die Gesundheitsversorgung effektiv zu transformieren und qualitativ und patientenzentriert voranzutreiben. Hierfür müssen digitale Lösungen und Technologien in der Versorgung ausgebaut und besser nutzbar gemacht werden.

Zur Einführung, dem Betrieb und der Weiterentwicklung dieser Technologien wurde von den Spitzenorganisationen des Gesundheitswesens die gematik GmbH gegründet. Die Gesellschafter der gematik sind der GKV-SV, die KBV, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, der Deutsche Apothekerverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Bund.



Die Ärzteschaft ist somit als Gesellschafter in der gematik vertreten, so dass auf diese Weise deren Interessen in die Entscheidungsprozesse einfließen.

Die Digitalisierung wird in den kommenden Jahren die Versorgung weiter durchdringen und Prozesse sowohl beschleunigen als auch entbürokratisieren. Mit der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege, die das BMG auf Basis eines breit angelegten Beteiligungsprozesses erarbeitet hat, ist der Rahmen für die Fortentwicklung der Digitalisierung gesetzt. Die Ausgestaltung nutzerfreundlicher und mehrwertstiftender Anwendungen und Prozesse sind zentrale Anliegen der Strategie, die sich auch in dem am 14. Dezember 2023 vom Deutschen Bundestag beschlossenen Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG) widerspiegeln.

Die Umsetzung der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege sowie der gesetzlichen Maßnahmen erfolgen unter Einbindung von Akteuren aus dem Gesundheitswesen und der Pflege. Die Ärzteschaft ist eingeladen, sich weiterhin engagiert einzubringen.

Das Herzstück der vernetzten Digitalisierung ist die elektronische Patientenakte (ePA) für alle. Das Digital-Gesetz schafft die Voraussetzungen für die einfache und praktikable Nutzung der ePA als Opt-Out-Anwendung unter Berücksichtigung der Belange der Ärzte sowie der Patienten. Um die Praxen im Kontext der Einführung und Etablierung der Opt-Out-ePA in der Gesundheitsversorgung zu unterstützen und zu entlasten, sieht das Digital-Gesetz eine konsequente Weiterentwicklung automatisierter, strukturierter Anwendungsfälle – wie z.B. zu Beginn den Medikationsprozess vor. Das E-Rezept ist überdies seit Januar 2024 verbindlicher Standard in der Arzneimittelversorgung; es wurden auch hier volldigitale Prozesse zur Einlösung geschaffen, die Arztpraxen entlasten. Mit dem Digital-Gesetz wurde zudem die Voraussetzung geschaffen, dass die Prozesse im Zusammenhang mit der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung noch nutzerfreundlicher ausgestaltet und digitalisiert werden können. In die Erarbeitung eines Konzeptes ist die Ärzteschaft eingebunden.

Der Ausschuss teilt uneingeschränkt das Anliegen, unnötigen bürokratischen Aufwand zu reduzieren. Die Belastungen durch Bürokratie und Berichtspflichten müssen jenseits gesetzlicher Regelungen kenntlich gemacht und Verfahrenserleichterungen verstetigt



werden. Auf diese Weise sollen bürokratische Hürden für eine gute Versorgung der Patienten abgebaut werden. Im Übrigen ermöglicht die quartalsbezogene Abrechnung ärztlicher Leistungen durch Pauschalen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eine bürokratiearme Abrechnung, da viele einzelne ärztliche Leistungen nicht separat dokumentiert werden müssen.

Der Ausschuss begrüßt, dass sich die Bundesregierung die Gewährleistung einer bedarfsgerechten, flächendeckenden und möglichst wohnortnahen medizinischen Versorgung zum Ziel gesetzt hat.

Der Petitionsausschuss kann mit Blick auf die obigen Darlegungen die in der Petition geäußerten Kritikpunkte durchaus nachvollziehen. Er empfiehlt vor diesem Hintergrund, die Petition der Bundesregierung – dem Bundesministerium für Gesundheit – als Material zu überweisen, damit sie in die Überlegungen für Maßnahmen zur Verbesserung der Eingabe zugrunde liegende Situation einbezogen werden kann.

Der Antrag der Fraktionen der AfD, von BÜNDNIS 90 DIE GRÜNEN und Die Linke, die Petition der Bundesregierung - dem Bundesministerium für Gesundheit - zur Erwägung zu überweisen, wurde mehrheitlich abgelehnt.