



Präsident des Landtags
von Baden-Württemberg
Herrn Thomas Strobl MdL
Haus des Landtags
Konrad-Adenauer-Str. 3
70173 Stuttgart

Geschäftszeichen: SM52-0141.5-112/3/6

(bei Antwort bitte angeben)

Datum: 28. Juli 2026

nachrichtlich:
Staatsministerium

Kleine Anfrage des Abgeordneten Dr. Albrecht Schütte, CDU

- **Auswirkungen der aktuellen Bedarfsplanung auf die medizinische Versorgung durch Hausärzte im Steinachtal**
- **Drucksache 18/147 Schreiben vom 25. Juni 2026**

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,

das Ministerium für Soziales, Arbeit und Gesundheit beantwortet die Kleine Anfrage wie folgt:

1. *Welche Planungsbereiche der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) gibt es für die hausärztliche Versorgung für die Stadt Heidelberg und die Gemeinden des Wahlkreises 41?*

Zu 1.:

Der Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung obliegt gemäß § 75 Absatz 1 Satz 1 SGB V der ärztlichen Selbstverwaltung. In Baden-Württemberg wird diese Aufgabe von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) wahrgenommen.

Die räumliche Abgrenzung der Planungsbereiche der Bedarfsplanung entspricht für alle Stadt- und Landkreise der bundesweit einheitlichen Systematik der Bedarfsplanung. Die

Planungsbereiche orientieren sich an den vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) entwickelten Raumbezügen, insbesondere an Mittelbereichen und Kreisregionen. Diese bilden die tatsächlichen Pendel-, Versorgungs- und Verflechtungsräume der Bevölkerung ab und sollen das reale Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Leistungen möglichst sachgerecht berücksichtigen. Aussagen zum Versorgungsgrad beziehen sich stets auf den jeweiligen Planungsbereich und können nicht ohne Weiteres auf einzelne Gemeinden oder Wahlkreise übertragen werden.

Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erfolgt die Beplanung der Arztgruppe der Hausärztinnen und Hausärzte auf Ebene der sogenannten Mittelbereiche.

Demgemäß sind die Stadt Heidelberg und die Gemeinden des Wahlkreises 41 den Mittelbereichen wie folgt zugeordnet:

Kommune	Mittelbereich
Angelbachtal	Sinsheim
Bammental	Heidelberg
Eberbach	Eberbach
Epfenbach	Sinsheim
Eschelbronn	Sinsheim
Gaiberg	Heidelberg
Heddesbach	Heidelberg
Heiligkreuzsteinach	Heidelberg
Helmstadt-Bargen	Sinsheim
Lobbach	Sinsheim
Mauer	Sinsheim
Meckesheim	Sinsheim
Neckarbischofsheim	Sinsheim
Neckargemünd	Heidelberg
Neidenstein	Sinsheim
Reichartshausen	Sinsheim
Schönau	Heidelberg

Kommune	Mittelbereich
Schönbrunn	Eberbach
Sinsheim	Sinsheim
Spechbach	Sinsheim
Waibstadt	Sinsheim
Wiesenbach	Heidelberg
Wilhelmsfeld	Heidelberg

Dabei ist anzumerken, dass der Mittelbereich Eberbach Kommunen aus dem Neckar-Odenwald-Kreis und aus dem Rhein-Neckar-Kreis umfasst. Der Mittelbereich Heidelberg umfasst den Stadtkreis Heidelberg und Kommunen aus dem Rhein-Neckar-Kreis.

2. *Wie stellt sich der jeweilige Versorgungsgrad in diesen Planungsbereichen dar?*

Zu 2.:

Laut Angaben der KVBW stellen sich die Versorgungsgrade für die hausärztliche Versorgung für die Mittelbereiche Eberbach, Heidelberg und Sinsheim gemäß Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für Baden-Württemberg (LA) vom 1. Juli 2026 wie folgt dar:

Mittelbereich	Versorgungsgrad (in %)
Eberbach	71,4 %
Sinsheim	89,3 %
Heidelberg	111,1 %

Gemäß den Vorgaben der BPL-RL besteht eine Unterversorgung rechnerisch, wenn ein hausärztlicher Planungsbereich (Mittelbereich) einen Versorgungsgrad unter 75 Prozent aufweist (vgl. § 29 BPL-RL). In diesem Fall muss der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für Baden-Württemberg prüfen, ob tatsächlich eine Unterversorgung besteht. Im Mittelbereich Eberbach hat der Landesausschuss der Ärzte und Kran-



kenkassen für Baden-Württemberg in seiner Sitzung am 11. Februar 2026 auch formal die rechnerische Unterversorgung festgestellt.

Ab einem rechnerischen Versorgungsgrad von 110 % wird gemäß BPL-RL des G-BA von einer rechnerischen Überversorgung ausgegangen. Dies ist im Mittelbereich Heidelberg der Fall.

3. *Gibt es aus ihrer Sicht Teile von Planungsbereichen, die erkenntlich anders versorgt sind als der jeweilige Planungsbereich im Schnitt?*

Zu 3.:

Die Bedarfsplanung trifft als gesetzliches Planungsinstrument keine Aussagen zur Verteilung der Vertragsarztsitze innerhalb eines Planungsbereichs, Vorgaben sind daher nicht möglich. Maßgeblich ist, ob die für den jeweiligen Planungsbereich insgesamt vorgesehene Anzahl an Vertragsarztsitzen erreicht wird. Die Bedarfsplanung geht dabei davon aus, dass die Bevölkerung innerhalb eines funktionalen Versorgungsraums ärztliche Leistungen nicht ausschließlich am Wohnort, sondern auch in benachbarten Gemeinden oder an zentralen Orten in Anspruch nimmt. Aus diesem Grund orientieren sich die Planungsbereiche an funktionalen Verflechtungsräumen und nicht an einzelnen Gemeinden oder Ortsteilen.

Vor diesem Hintergrund kann auf Grundlage der Bedarfsplanung laut KVBW keine objektive Feststellung getroffen werden, ob bestimmte Teile eines Planungsbereichs „erkenntlich anders“ versorgt wären als andere. Für einzelne Gemeinden oder Teilräume werden laut KVBW weder eigenständige Soll-Arztzahlen noch Versorgungsgrade oder Unterversorgungskennzahlen berechnet.

Unabhängig hiervon ist nicht auszuschließen, dass sich die subjektiv wahrgenommene Erreichbarkeit ärztlicher Versorgung innerhalb eines Planungsbereichs regional unterscheiden kann. Solche Unterschiede können beispielsweise durch Topografie, Verkehrsverbindungen, Siedlungsstruktur oder die Lage einzelner Praxisschwerpunkte beeinflusst werden. Sofern sich im Einzelfall Hinweise ergeben, dass innerhalb eines rechnerisch ausreichend versorgten Planungsbereichs dennoch erhebliche lokale Versorgungsdefizite bestehen, sieht die BPL hierfür mit der Feststellung eines zusätzlichen



lokalen Versorgungsbedarfs und der Sonderbedarfszulassung besondere Ausnahmetatbestände vor, siehe hierzu auch die Antwort auf Ziffer 6.

4. *Wie viele Hausarztpraxen gibt es im Steinachtal (Gebiet des Gemeindeverwaltungsverbands [GVV] Schönau mit Schönau, Heiligkreuzsteinach, Wilhelmsfeld und Heddesbach)?*

Zu 4.:

Laut Angaben der KVBW gibt es zum Stand 12. Mai 2026 insgesamt fünf Hausarztpraxen mit acht tätigen Ärztinnen und Ärzten im Gebiet des Gemeindeverwaltungsverbands Schönau.

5. *Wie hoch ist damit der tatsächliche Versorgungsgrad durch Hausärzte in den Gemeinden im Steinachtal, wenn diese isoliert vom Zentrum Heidelberg betrachtet werden?*

Zu 5.:

Der Gemeindeverwaltungsverband Schönau ist ein kommunaler Verwaltungsverbund bestehend aus den Gemeinden Schönau, Heiligkreuzsteinach, Wilhelmsfeld und Heddesbach. Er dient der gemeinsamen Wahrnehmung kommunaler Verwaltungsaufgaben, stellt jedoch keinen gesetzlich definierten Planungsbereich der ambulanten vertragsärztlichen Bedarfsplanung dar. Eine isolierte Betrachtung einzelner Gemeinden ist in der Systematik der Bedarfsplanung nicht vorgesehen. Daher existiert für einzelne Gemeinden oder Gemeindeverwaltungsverbände keine Soll-Arztzahl (vgl. die Antwort zu Ziffer 3). Ein eigenständiger Versorgungsgrad lässt sich daher für die Gemeinden des Steinachtals nach den Maßstäben der vertragsärztlichen Bedarfsplanung nicht berechnen.

Darüber hinaus teilt die KVBW mit, dass eine isolierte Berechnung die tatsächliche Versorgungsrealität nur unzureichend abbilden würde. Die Bedarfsplanung beruht auf der Erkenntnis, dass Patientinnen und Patienten ärztliche Leistungen regelmäßig nicht ausschließlich innerhalb ihrer Wohngemeinde in Anspruch nehmen. Gerade im ambulanten Bereich bestehen vielfältige Versorgungsverflechtungen zwischen benachbarten Ge-

meinden und zentralen Orten (vgl. die Antwort zu Ziffer 3). Einwohnerinnen und Einwohner des Steinachtals nutzen selbstverständlich auch Hausarztpraxen außerhalb des Gemeindeverwaltungsverbands, während umgekehrt Hausarztpraxen im Steinachtal ebenfalls Patientinnen und Patienten aus anderen Gemeinden versorgen. Eine rechnerische Beschränkung auf die Gemeindegrenzen würde diese tatsächlichen Patientenströme außer Betracht lassen und könnte deshalb keine belastbaren Aussagen über die Versorgungssituation treffen.

Für die Versorgungsgrade in der hausärztlichen Versorgung in den Mittelbereichen Eberbach, Heidelberg und Sinsheim wird auf die Antwort zu Ziffer 2 verwiesen.

6. *Sieht sie eine Notwendigkeit, auf die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) einzuwirken, um einen Neuzuschnitt oder eine kleinteiligere Untergliederung der Planungsbereiche im Rhein-Neckar-Kreis zu prüfen?*

Zu 6.:

In der BPL-RL finden sich bundeseinheitliche Regelungen zu den unterschiedlichen Versorgungsebenen, Arztgruppen und deren Einteilung in die jeweiligen Planungsbereiche (vgl. §§ 7, 11 ff. BPL-RL). Der Intention folgend, allgemeine hausärztliche Versorgung möglichst wohnortnah zu ermöglichen, sieht die BPL-RL die Beplanung von allgemeinen Hausarztsitzen auf Mittelbereichsebene vor (vgl. die Antwort zu Ziffer 1).

Dennoch können gemäß § 2 BPL-RL geografische Anpassungen der Planungsbereichsgrenzen grundsätzlich vorgenommen werden, wenn und soweit regionale Besonderheiten dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erfordern und eine Abweichung von den bundeseinheitlichen Regelungen der BPL-RL rechtfertigen (vgl. § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V). Abweichungen von den Planungsbereichsgrenzen können ausschließlich vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach vorheriger eingehender Folgenabschätzung beschlossen werden.

Unabhängig davon ist zu berücksichtigen, dass die ärztliche Freiberuflichkeit auch die freie Wahl des Standortes der ärztlichen Niederlassung beinhaltet. Eine Anpassung von Planungsbereichsgrenzen ist somit kein Garant für die Niederlassung einer Ärztin oder eines Arztes.

Grundsätzlich gilt, dass alle Ärztinnen und Ärzte innerhalb der jeweiligen Planungsbe-
reiche frei in der Wahl ihres Praxisstandortes sind. Weder die KVBW noch andere Institu-
tionen können Ärztinnen und Ärzten vorschreiben, an welchem Standort sie zu prakti-
zieren oder welche Patientinnen und Patienten sie zu behandeln haben. Das ergibt sich
aus dem verfassungsrechtlichen Grundrecht auf freie Berufsausübung (Art. 12 Abs. 1
Satz 1 GG).

7. *Welche Ausnahmeregelungen bestehen derzeit, um Praxen die Ansiedlung trotz statis-
tischer Überversorgung des übergeordneten Planungsbereichs zu ermöglichen?*

Zu 7.:

Gemäß der BPL-RL besteht per Definition eine Überversorgung, wenn der Versorgungs-
grad über 110,0 % liegt. Im Fall des Mittelbereichs Heidelberg mit einem Versorgungs-
grad von 111,1 % gelten gemäß LA-Beschluss vom 1. Juli 2026 Zulassungsbeschränkun-
gen für Neuniederlassungen oder Anstellungen. Gilt ein Planungsbereich aufgrund von
Überversorgung als gesperrt, kann eine Ansiedlung einer neuen Praxis nur im Rahmen
eines Sonderbedarfs ermöglicht werden.

Über Sonderbedarfszulassungen (gemäß §§ 36 und 37 BPL-RL) können durch den je-
weils zuständigen Zulassungsausschuss trotz bestehender Zulassungsbeschränkungen
zusätzliche Vertragsarztsitze zugelassen werden, wenn ein dauerhafter lokaler oder
qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf nachgewiesen wird. Voraussetzung ist
stets eine umfassende Einzelfallprüfung unter Berücksichtigung der konkreten Versor-
gungssituation vor Ort. Dabei sind unter anderem Erreichbarkeit, Siedlungsstruktur, Ver-
kehrsverbindungen, die tatsächliche Verteilung der Arztpraxen sowie geografische Be-
sonderheiten zu bewerten.

Das Instrument der Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs durch
den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (§ 35 BPL-RL) ermöglicht es dar-
über hinaus, innerhalb eines insgesamt ausreichend versorgten Planungsbereichs ört-
lich begrenzte Versorgungslücken zu berücksichtigen, wenn regionale Besonderheiten
wie etwa geografische Lage, Erreichbarkeit oder die tatsächliche Verteilung der Praxen
dies rechtfertigen (vgl. die Antwort zu Ziffer 3). Die BPL-RL nennt infrastrukturelle und

geografische Besonderheiten sowie die räumliche Verteilung der Vertragsärztinnen und -ärzte als berücksichtigungsfähige Kriterien.

Die genannten Instrumente eröffnen zwar grundsätzlich Möglichkeiten, auf regionale Versorgungslücken innerhalb rechnerisch gesperrter Planungsbereiche zu reagieren. Ihre praktische Anwendung ist jedoch an hohe gesetzliche und tatsächliche Anforderungen geknüpft. So genügt laut KVBW insbesondere mit Blick auf zusätzliche Versorgungsvolumen weder der Umstand, dass einzelne Gemeinden eine geringere Arztdichte aufweisen, noch das subjektive Empfinden einer eingeschränkten Versorgung. Vielmehr müssen im jeweiligen Verfahren dauerhaft bestehende und objektiv nachweisbare Versorgungsdefizite unter Berücksichtigung einer Vielzahl von Kriterien wie Erreichbarkeit, Patientenströme, bestehende Mitversorgung durch benachbarte Regionen, Bevölkerungsentwicklung sowie Auswirkungen auf die vorhandenen Versorgungsstrukturen umfassend belegt werden.

Da jede Entscheidung zugleich Auswirkungen auf das ausgewogene Versorgungssystem des gesamten Planungsbereichs haben kann, erfolgt die Prüfung laut KVBW mit entsprechend hohen Anforderungen und auf Grundlage einer sorgfältigen Einzelfallbewertung. Die gesetzlichen Ausnahmeregelungen sind bewusst als Instrumente für besondere Versorgungssituationen ausgestaltet und stellen keinen allgemeinen Korrekturmechanismus für kleinräumige Unterschiede innerhalb eines Planungsbereichs dar.

8. *Wie oft wurden Ausnahmeregelungen genutzt, um die Ansiedlung von Praxen im Rhein-Neckar-Kreis zu ermöglichen?*

Zu 8.:

Die zuständige KVBW teilt hierzu Folgendes mit: Zum LA-Beschluss vom 1. Juli 2026 liegen keine vom zuständigen Zulassungsausschuss genehmigten Sonderbedarfe für den hausärztlichen Bereich im Rhein-Neckar-Kreis vor.

Eine Aufzählung, wann oder wie oft in früheren Jahren Sonderbedarfszulassungen im Rhein-Neckar-Kreis genehmigt wurden, sei laut Auskunft der KVBW darüber hinaus nicht möglich. Weder Sonderbedarfszulassungen noch Entscheidungen über einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf werden von der KVBW als statistische Kennzahl-



len erhoben. Denn es handelt sich um individuelle Zulassungsentscheidungen, die vom jeweils zuständigen Zulassungsausschuss anhand der konkreten örtlichen Versorgungssituation und des jeweiligen Antrags geprüft werden. Jede Entscheidung beruht auf einer umfassenden Einzelfallbewertung und kann nicht losgelöst vom jeweiligen Sachverhalt bewertet werden.

Hinzu komme laut KVBW, dass Sonderbedarfszulassungen teilweise später entfallen, in reguläre Zulassungen übergehen oder im Rahmen von Nachbesetzungsverfahren erneut geprüft werden müssen. Auch Feststellungen eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs können befristet werden und sind regelmäßig erneut zu überprüfen.

9. *Hat sie Überlegungen, um etwa durch Praxisverbünde, Telemedizin oder ähnliches die Unterversorgung in Gemeinden zu reduzieren?*

Zu 9.:

Laut Angaben der KVBW verfolgt diese bereits einen breiten Maßnahmenansatz, um regionale Versorgungsengpässe möglichst frühzeitig abzufedern. Hierzu gehören insbesondere gezielte Fördermaßnahmen von Praxisgründungen und Praxisübernahmen in förderfähigen Regionen, die Förderung telemedizinischer Versorgungsangebote, soweit diese die wohnortnahe Versorgung sinnvoll ergänzen können, der Ausbau digitaler Versorgungsangebote sowie die Förderung der ambulanten Weiterbildung und der ärztlichen Nachwuchsgewinnung. Die BPL-RL nennt ausdrücklich auch die Förderung telemedizinischer Versorgungsangebote und von Zweigpraxen als mögliche Maßnahmen zur Verbesserung regionaler Versorgungssituationen.

Im Hinblick auf die Telemedizin bietet die KVBW bereits seit dem Jahr 2018 das Telemedizinangebot „docdirekt“ an, das seit November 2025 nun auch einen rund um die Uhr verfügbaren digitalen Zugang zum Patientenservice 116 117 anbietet. Patientinnen und Patienten erhalten dort schnell und unkompliziert eine qualifizierte Ersteinschätzung zur Dringlichkeit der Behandlung ihrer Beschwerden sowie eine Empfehlung für die passende Versorgungsebene. Eignet sich der Fall für eine telemedizinische Behandlung, werden die Nutzerinnen und Nutzer direkt online an eine Teleärztin oder einen Telearzt weitergeleitet. Bei den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte. Über die Anbindung an den 116 117-Terminservice kön-

nen Patientinnen und Patienten an Werktagen zudem kurzfristig einen Termin in einer Arztpraxis erhalten, falls ein persönlicher Arztkontakt notwendig ist. Laut Auskunft der KVBW erfolgt in rund 75 % der Fälle die Beratung über das Telemedizinangebot „docdirekt“ fallabschließend.

Darüber hinaus bietet die KVBW seit dem Jahr 2015 das Förderprogramm „Ziel und Zukunft“ an, das zuletzt zum 1. Januar 2025 reformiert wurde. Ziel des Programms ist es, die ambulante vertragsärztliche- und psychotherapeutische Versorgung in Baden-Württemberg langfristig zu sichern. Mit Fokus auf drohend unterversorgte Gebiete unterstützt die KVBW angehende und bestehende Mitglieder finanziell in verschiedenen Phasen ihrer beruflichen Laufbahn, wie beispielsweise bei der Praxisgründung, -übernahme und -erweiterung oder bei der Anstellung von Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

Das Ministerium für Soziales, Arbeit und Gesundheit unterstützt die ärztliche Selbstverwaltung bei ihrem Sicherstellungsauftrag mit vielfältigen Maßnahmen, die kurz-, mittel- und langfristig auf verschiedenen Ebenen (Bund, Land, Kommunen) greifen.

Mit dem Förderprogramm „Landärzte“ hat das Ministerium für Soziales, Arbeit und Gesundheit ein Steuerungsinstrument und Anreizsystem geschaffen, um hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte für eine hausärztliche Tätigkeit in ländlichen Regionen zu motivieren. Mit dem Förderprogramm können hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Kommunen und Investoren, sofern diese Inhaberinnen oder Inhaber einer hausärztlichen Praxis sind, bei der Wahrnehmung eines Versorgungsauftrags mit bis zu 30.000 Euro finanziell unterstützt werden.

Im Rahmen der Landarztquote vergibt das Land jährlich 75 Medizinstudienplätze. Im Gegenzug besteht die Verpflichtung zur hausärztlichen Tätigkeit (also Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin oder Innere Medizin ohne Schwerpunkt) in ländlichen Gebieten für mindestens zehn Jahre. Im März dieses Jahres lief bereits die fünfte Kampagne. Mit insgesamt 356 Bewerbungen waren die 75 Studienplätze wieder deutlich überzeichnet.

Außerdem hat das Ministerium für Soziales, Arbeit und Gesundheit die Kommunalberatung der KVBW unterstützt, indem in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Ernährung, Ländlichen Raum und Verbraucherschutz im Rahmen des Kabinettsausschusses



Ländlicher Raum ein umfangreiches Rechtsgutachten zum Thema kommunale Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in genossenschaftlicher Rechtsform erstellt wurde. Dieses Rechtsgutachten befasst sich vollumfänglich mit allen möglichen rechtlichen Fragestellungen, wie Kommunen eigene MVZ gründen und betreiben können. Das Rechtsgutachten dient als wichtige Unterstützung bei der Beratung von Kommunen.

Aus Sicht des Ministeriums für Soziales, Arbeit und Gesundheit ist eine Reform der vertragsärztlichen Bedarfsplanung auf Bundesebene dringend erforderlich, da deren Systematik veraltet ist. Die Bemessungsgrundlagen müssen auf bundesgesetzlicher Ebene geändert werden, um eine prospektive Bedarfsplanung zu ermöglichen. Faktoren wie das Alter der Ärzteschaft sowie der Trend zu Anstellung sollten in der Bedarfsplanung abgebildet werden, um ein realistisches Bild von der tatsächlichen und der rechnerischen Versorgungssituation zu ermöglichen. Das Ministerium für Soziales, Arbeit und Gesundheit hat sich wiederholt auf Bundesebene für eine entsprechende Reform der vertragsärztlichen Bedarfsplanung eingesetzt.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

Oliver Hildenbrand MdL

Minister für Soziales, Arbeit und Gesundheit