

23.09.25

Unterrichtung durch die Bundesregierung

Stellungnahme der Bundesregierung zu der Entschließung des Bundesrates zu einer gleichberechtigten Terminvergabe in Arztpraxen

Bundesministerium
für Gesundheit
Parlamentarischer Staatssekretär

Berlin, 23. September 2025

An die
Präsidentin des Bundesrates
Frau Ministerpräsidentin
Anke Rehlinger

Sehr geehrte Frau Bundesratsprsidentin,

beigefügt übersende ich Ihnen die Stellungnahme der Bundesregierung zur Entschließung des Bundesrates „zu einer gleichberechtigten Terminvergabe in Arztpraxen“ (Bundesratsdrucksache 31/25 (Beschluss)).

Mit freundlichen Gren
Tino Sorge

Stellungnahme der Bundesregierung zur Entschließung des Bundesrates zu einer gleichberechtigten Terminvergabe in Arztpraxen

vom 21. März 2025 (Drucksache 31/25)

Eine wohnortnahe, flächendeckende medizinische Versorgung ist eines der wichtigsten gesundheitspolitischen Anliegen der Bundesregierung. Dazu zählt auch, dass alle Patientinnen und Patienten einen schnellen Zugang zur notwendigen Gesundheitsversorgung haben.

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben grundsätzlich Anspruch auf eine ausreichende, bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Krankenbehandlung (vgl. § 27 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V). Die Versorgung muss zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden. Voraussetzung für Ärztinnen und Ärzte zur Teilnahme an der Versorgung der gesetzlich Versicherten ist eine sogenannte „Kassenzulassung“. Im Rahmen dieser Zulassung sind Vertragsärztinnen und -ärzte zur Erbringung der o. g. Leistungen verpflichtet.

Die Zulassung verpflichtet zudem, im Umfang des Versorgungsauftrages (voll, dreiviertel oder hälftig) an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten teilzunehmen (vgl. § 19a Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)). Vertragsärztinnen und -ärzte müssen bei einem vollen Versorgungsauftrag mindestens 25 Stunden pro Woche in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung stehen. Die Sprechstunden sind so einzurichten, dass die Versicherten entsprechend ihres Behandlungsbedarfs (z. B. Vorsorge- oder Akutbehandlung) innerhalb medizinisch zumutbarer Wartezeiten behandelt werden können (vgl. § 17 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)). Unabhängig hiervon besteht die Möglichkeit, neben der vertragsärztlichen Tätigkeit auch privatärztlich tätig zu sein, z. B. im Rahmen von zusätzlichen privatärztlichen Sprechstunden (bisherige Auslegung des § 20 Abs 1 Ärzte-ZV durch das Bundessozialgericht (BSG) mit einer festen Zeitgrenze für Beschäftigungen neben der vertragsärztlichen Zulassung von 13 Wochenstunden bei einem vollen Versorgungsauftrag). Eine solche privatärztliche Tätigkeit darf allerdings nicht zu einer Verletzung der erwähnten vertragsärztlichen Pflichten führen. Es gehört zu den Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu überprüfen, ob Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ihren Versorgungsauftrag vollständig erfüllen (vgl. §95 Abs. 3 S. 4 SGB V).

Zudem sind Fachärztinnen und Fachärzte, die der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören (beispielsweise HNO, Orthopädie, Frauenheilkunde), dazu verpflichtet, mindestens fünf offene Sprechstunden (ohne vorherige Terminvereinbarung) in der Woche anzubieten. Diese Verpflichtung folgt aus der Regelung in § 19a Ärzte-ZV. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erfüllen diese Verpflichtung, wenn sie die Terminvergabe entsprechend organisieren. Dies zu überprüfen und sicherzustellen (Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung) obliegt nach § 75 SGB V ebenfalls den KVen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Dieser Sicherstellungsauftrag umfasst insbesondere die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Um Ungleichbehandlungen bei der Terminvergabe zu mindern und für gesetzlich Versicherte einen schnelleren Zugang zu allen notwendigen medizinischen Behandlungen zu gewährleisten, sind in den letzten Jahren die Terminservicestellen (TSS) der KVen bereits deutlich ausgebaut worden (vgl. Terminservice- und Versorgungsgesetz). Seitdem ist über die bundeseinheitliche Rufnummer 116117 sowohl die TSS als auch der ärztliche Bereitschaftsdienst (Notdienst) erreichbar. Die Rufnummer muss 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche erreichbar sein (telefonisch, im Internet und via App). Es gehört zu den Aufgaben der KVen, die TSS für gesetzlich Versicherte so zu betreiben, dass sie entweder im Regelfall bei Vorlage einer entsprechenden Überweisung einen Termin mit einer maximalen Wartezeit von vier Wochen oder in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene und in zumutbarer Entfernung vermittelt bekommen. In Akutfällen kann dies zum Beispiel eine geöffnete Arztpraxis, eine Bereitschaftsdienstpraxis, die Notfallambulanz eines Krankenhauses oder in geeigneten Fällen auch eine telefonische ärztliche Konsultation sein. Einer Überweisung bedarf es in diesen Fällen nicht. Kann die TSS keinen Termin in der genannten Frist vermitteln, hat sie grundsätzlich einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten.

Hausärztinnen und Hausärzte sind zudem zur Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen verpflichtet. Hierzu gehört nach den derzeitigen gesetzlichen Regelungen auch die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen fachärztlichen Behandlungstermins (Hausarzt-Vermittlungsfall). Um die gewünschte Steuerungswirkung von medizinisch notwendigen Behandlungsfällen durch Hausärztinnen und Hausärzte, sowie durch die TSS, gezielt zu fördern, hat der Gesetzgeber bereits verschiedene gesetzliche Maßnahmen auf den Weg gebracht. So wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2023 (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) beispielsweise eine Anhebung der Vergütung für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte beschlossen, wenn diese nach der Vermittlung durch die TSS eine schnelle Behandlung realisieren. Je eher die Behandlung beginnt, desto höher ist der Zuschlag auf die Versiche-

ten- und Grundpauschale. Auch bei einer Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen fachärztlichen Behandlungstermins durch die Hausärztin oder den Hausarzt kann die Fachärztin oder der Facharzt diese Zuschläge bei einer zeitnahen Weiterbehandlung abrechnen. Außerdem erhalten auch die Hausärztinnen bzw. die Hausärzte für eine Vermittlung an eine Fachärztin bzw. einen Facharzt einen erhöhten extrabudgetären Zuschlag. Neben diesen Zuschlägen wird zudem die Weiterbehandlung durch Fachärztinnen und Fachärzte in Vermittlungsfällen extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet. Durch diese Maßnahme soll für gesetzlich Versicherte ein schnellerer Zugang in die ambulante ärztliche Versorgung ermöglicht werden. Insofern bestehen bereits jetzt starke finanzielle Anreize für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, gesetzlich Versicherte zeitnah zu behandeln. Der Bewertungsausschuss evaluiert derzeit die Auswirkungen dieser Maßnahmen auf die vertragsärztliche Versorgung insbesondere dahingehend, ob der Zugang zur fachärztlichen Versorgung verbessert und Terminwartezeiten verkürzt wurden. Das BMG prüft die Notwendigkeit gesetzlicher Anpassungen auf Grundlage dieser Evaluation.

Zudem hat der Deutsche Bundestag mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) am 31. Januar 2025 eine Reform der Vergütung der Leistungen von Hausärztinnen und Hausärzten beschlossen. Künftig werden die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung bundesweit von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen ausgenommen (Entbudgetierung). Dies gilt unabhängig davon, ob sie zu Beginn oder gegen Ende eines Quartals erbracht werden, auch bei Neupatienten. Weiterhin hat der Bewertungsausschuss den Auftrag erhalten, für Hausärztinnen und Hausärzte eine quartalsübergreifenden Versorgungspauschale für die Behandlung von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Erkrankung ohne intensiven Betreuungsbedarf einzuführen. Hierdurch werden medizinisch nicht notwendige Praxis-Patienten-Kontakte reduziert und Versorgungskapazitäten für dringend notwendige Behandlungen geschaffen. Beide Maßnahmen dienen unter anderem dazu, den Zugang der Patientinnen und Patienten zu ambulanten Behandlungsangeboten zu verbessern.

Im Koalitionsvertrag sind zudem weitere Strukturreformen vereinbart, um den Zugang zu einer schnellen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung für gesetzlich Versicherte zu verbessern.

Mit einer Reform der Notfallversorgung einschließlich der Regelungen zum Rettungsdienst soll beispielsweise die Versorgung von Akutpatientinnen und -patienten verbessert werden, unter anderem durch eine gezielte Steuerung in die richtige Versorgungsebene und einen Ausbau des Sicherstellungsauftrags der KVen.

Die ziel- und bedarfsgerechte Versorgungssteuerung für die Patientinnen und Patienten mit einem strukturiert gestalteten Zugang zu den Fachärztinnen und Fachärzten ist von zentraler Bedeutung, um den großen Herausforderungen im ambulanten Bereich begegnen zu können. Deshalb setzt die Bundesregierung auf ein sogenanntes Primärversorgungssystem und in diesem Zusammenhang auf die Weiterentwicklung der bestehenden Terminvermittlung. Dabei bietet die Versorgungssteuerung neben der Entlastungswirkung für Fachärztinnen und Fachärzte auch erhebliche Potenziale, um die ambulante Versorgung der GKV-Versicherten zu verbessern, die Versorgung effizienter auszugestalten und die Wartezeiten auf Facharzttermine zu verringern. So sieht der Koalitionsvertrag unter anderem auf Grundlage des zuvor festgestellten medizinisch notwendigen Bedarfs für einen Facharzttermin eine „Termingarantie“ für die Versicherten vor. Das BMG bereitet derzeit die Umsetzung dieses umfassenden Reformprozesses vor.