

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Linda Heitmann, Dr. Armin Grau, Dr. Janosch Dahmen, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 21/921 –**

Behandlungsterminvergabe für gesetzlich Versicherte auf Selbstzahlungsbasis und Hindernisse bei der Terminvergabe auf Onlineportalen

Vorbemerkung der Fragesteller

Presseberichte in unterschiedlichen Medien legen nahe, dass manche Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gesetzlich Versicherten erst dann zügig einen Arzttermin ermöglichen, wenn diese die Kosten hierfür auf Selbstzahlungsbasis selbst übernehmen (zum Beispiel: „Früherer Arzttermin gegen Geld“, www.ndr.de/fernsehen/sendungen/panorama/archiv/2025/frueherer-arzttermin-gegen-geld,arzttermine-fuer-selbstzahler-100.html und „Selbstzahler vs. Kassenpatient: Der Kampf um Arzttermine“, www.br.de/nachrichten/bayern/kassenpatient-vs-selbstzahler-der-kampf-um-arzttermine,UVyKFKF). Auch in früheren Jahren gab es offenbar bereits vergleichbare Fälle, und es muss leider nach Ansicht der Fragesteller davon ausgegangen werden, dass es sich dabei nicht um wenige Einzelfälle handelt (vgl. www.deutschlandfunknova.de/beitrag/gesundheit-als-selbstzahler-schneller-einen-arzttermin-bekommen).

Dabei gibt es bereits Rechtsprechung, die vergleichbares Verhalten von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten untersagt (z. B. Landgericht Düsseldorf, 26. Juni 2024 Aktenzeichen 34O10722). Solches Verhalten sei dem Urteil nach ein Verstoß gegen die ärztliche Berufsordnung. Ärztinnen und Ärzten sei es nicht gestattet, von Patientinnen oder Patienten Geschenke oder andere Vorteile für sich zu fordern oder sich versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn hierdurch der Eindruck erweckt werde, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird.

Im letzten Jahr hat der Verbraucherzentrale Bundesverband einen Verbraucheraufruf „Beim Arztbesuch unnötig zur Kasse gebeten?“ gestartet, wo Verbraucherinnen und Verbraucher meldeten, dass sie sogar für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung privat zahlen sollten (vgl. www.vzbv.de/pressmitteilungen/kassenleistung-als-selbstzahlerleistung-verkauft-das-geschaft-mit-igel).

Ganz abgesehen von der berufsrechtlichen Frage kann dieses Verhalten nach Ansicht der Fragesteller auch das Vertrauen in die Handlungs- und Funktionsfähigkeit staatlicher Daseinsvorsorge und speziell der gesetzlichen Krankenversicherung und den damit verbundenen Leistungskatalog untergraben – zu-

mal in einer Zeit stark steigender Beiträge. Lange Wartezeiten für hausärztliche, fachärztliche und auch psychotherapeutische Termine setzen Menschen mit akutem Behandlungsbedarf unter Druck. Durch die erlebte Krankheitslast fühlen sich die Betroffenen unter Zugzwang, Privatzahlungen für einen früheren Termin in Kauf zu nehmen. Es ist nicht im Sinne gerechter Zugänge zur Gesundheitsversorgung, wenn Personen, die zu dieser finanziellen Leistung nicht bereit bzw. in der Lage sind, sich mit verlängerten Wartezeiten abfinden müssen.

Darüber hinaus ist festzustellen, dass die Onlineterminbuchung über Arztportale wie Doctolib oder Jameda zunehmend an Bedeutung gewinnt und in einigen Praxen bereits die einzige Möglichkeit zur Terminvereinbarung darstellt. Dabei berichtet der Verbraucherzentrale Bundesverband (vgl. www.vzbv.de/prsessemitteilungen/doctolib-und-jameda-terminbuchung-mit-hindernissen und www.vzbv.de/sites/default/files/2025-04/25_04_24_Marktcheck_Arztterminportale.pdf), dass Patientinnen und Patienten trotz entsprechender Filtereinstellungen Termine als Privatsprechstunden oder Selbstzahlerleistungen angeboten werden. Dadurch besteht die Gefahr, dass gesetzlich Versicherte unbeabsichtigt kostenpflichtige Leistungen buchen und so in eine Selbstzahlerrolle gedrängt werden.

Zuständig für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und für deren Beaufsichtigung die Länder. Vor diesem Hintergrund stellt sich insbesondere die Frage, inwieweit die KVen ihren Pflichten nachkommen bzw. welche Schritte die Bundesregierung gegen dieses Verhalten unternehmen will.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Es ist ein wichtiges Anliegen der Bundesregierung, dass alle Menschen zeitnah eine bedarfsgerechte ärztliche Behandlung innerhalb medizinisch zumutbarer Wartezeiten in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene erhalten können. Hierzu hält das deutsche Gesundheitswesen ein breit angelegtes und ausdifferenziertes Versorgungsangebot vor. Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung obliegt gemäß § 75 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Dieser Sicherstellungsauftrag umfasst insbesondere die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung.

Der Leistungsanspruch der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf bestimmte Untersuchungen oder Behandlungen wird nicht im Einzelnen durch gesetzliche Vorschriften des Sozialgesetzbuches oder durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geregelt, sondern insbesondere vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien näher konkretisiert. Diese Richtlinien legen verbindlich fest, was Patientinnen und Patienten beanspruchen können und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zu Lasten der GKV erbringen dürfen. Der G-BA setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern der Vertragsärzteschaft, der Vertragszahnärzteschaft, der Krankenhäuser und der Krankenkassen sowie drei unparteiischen Mitgliedern. Vertreterinnen und Vertreter von Organisationen auf Bundesebene, die die Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen in Deutschland vertreten, haben in den Beratungen der Gremien des G-BA ein Mitberatungs- und Antragsrecht.

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD wurde zum Ziel gesetzt, die ambulante Versorgung zu verbessern. Der Koalitionsvertrag sieht dafür unter anderem die Etablierung eines verbindlichen Primärarztsystems vor: „Zu einer möglichst zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten und für eine schnellere Terminvergabe setzen wir auf ein verbindliches Primärarzt-

system bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag. Ausnahmen gelten bei der Augenheilkunde und der Gynäkologie. Für Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen schweren chronischen Erkrankung werden wir geeignete Lösungen erarbeiten (zum Beispiel Jahresüberweisungen oder Fachinternist als steuernder Primärarzt im Einzelfall). Die Primärärztinnen oder Primärärzte oder die von den KVen betriebene Rufnummer 116117 stellen den medizinisch notwendigen Bedarf fest und legen den dafür notwendigen Zeitkorridor (Termingarantie) fest. Wir verpflichten die KV, diese Termine zu vermitteln [...]“.

Damit soll eine zielgerichtete Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie eine schnellere Terminvergabe mit kürzeren Wartezeiten erreicht werden. Bei den Überlegungen zur Umsetzung des Vorhabens wird auch die Frage eine Rolle spielen, wie die Terminvermittlung künftig ausgestaltet werden muss, um die bedarfsgerechte Verfügbarkeit von Terminen für die im Koalitionsvertrag vorgesehene zielgerichtete Vermittlung nach medizinischer Notwendigkeit sicherstellen zu können.

1. Wann hat die Bundesregierung erstmals von Berichten über die Vergabe von Behandlungsterminen auf Selbstzahlungsbasis an gesetzlich Versicherte Kenntnis erhalten und was hat die Bundesregierung zu diesem Zeitpunkt unternommen, um dieses Verhalten zu unterbinden?
2. Wenn die Bundesregierung bislang nichts unternommen hat, warum hat sie bislang nichts unternommen, und welche Maßnahmen plant sie für die Zukunft, um dieses Verhalten durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zu unterbinden?
3. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung, dass die Vergabe von Behandlungsterminen an gesetzlich Versicherte auf Selbstzahlungsbasis das Vertrauen in die Handlungs- und Funktionsfähigkeit staatlicher Daseinsvorsorge und in die gesetzliche Krankenversicherung untergraben kann, und wenn nein, warum nicht?
4. Haben die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Länder nach Kenntnis der Bundesregierung in der Vergangenheit Schritte unternommen, um dieses Verhalten zu unterbinden, und wenn ja, wo (welche KV bzw. welches Bundesland), wann, und auf welche Weise?
8. Wie bewertet die Bundesregierung die rechtliche Zulässigkeit der bevorzugten Vergabe früherer Behandlungstermine an gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten, wenn diese Termine nur gegen Selbstzahlung angeboten werden, und unter welchen Voraussetzungen hält die Bundesregierung eine solche Praxis ggf. sogar für zulässig?

Die Fragen 1 bis 4 und 8 werden gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung hat die mediale Berichterstattung zum Thema Selbstzahlersprechstunden und individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) zur Kenntnis genommen. Derzeit liegen der Bundesregierung keine validen Erkenntnisse vor, die ein flächendeckendes Fehlverhalten von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten aufzeigen. Die Bundesregierung wird daher mit der KBV und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) sowie den für die KVen und Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZVen) zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder in den Austausch zu gehen. Auf Grundlage der Ergebnisse aus den Überprüfungen können dann erforderlichenfalls gesetzgeberische Maßnahmen eingeleitet werden.

Grundsätzlich ist es Ärztinnen und Ärzten nach § 32 Absatz 1 Satz 1 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä), an der sich die Ärztekammern der Länder bei der Ausgestaltung ihrer jeweiligen Berufsordnungen in der Regel orientieren, nicht gestattet, von Patientinnen und Patienten oder Anderen Vorteile für sich oder Dritte zu fordern oder sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn hierdurch der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird. Die Überwachung der Einhaltung der berufsrechtlichen und berufsethischen Pflichten von Ärztinnen und Ärzten obliegt den Ländern bzw. der jeweiligen Ärztekammer. Bei Verstößen gegen berufsrechtliche oder berufsethische Pflichten sehen die Heilberufekammergesetze der Länder in der Regel vor, dass die jeweilige Kammer ein förmliches berufsrechtliches Verfahren einleiten und den Verstoß durch Rüge oder berufsgerichtliche Maßnahme ahnden kann.

Darüber hinaus sind Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gemäß § 95 Absatz 3 Satz 1 SGB V entsprechend ihrer Zulassung verpflichtet, an der vertragsärztlichen Versorgung im zeitlichen Umfang ihres aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrags teilzunehmen (mindestens 25 Stunden pro Kalenderwoche bei einem vollen Versorgungsauftrag, vergleiche § 19a Absatz 1 Satz 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)). Sie haben eine ausreichende, zweckmäßige und medizinisch notwendige Versorgung anzubieten und ihre Sprechstunden so einzurichten, dass Versicherte entsprechend ihrem Behandlungsbedarf innerhalb medizinisch zumutbarer Wartezeiten behandelt werden können. Für jede Versicherte und jeden Versicherten GKV besteht ein Anspruch auf ausreichende, bedarfsgerechte und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung.

Zugleich sind Vertragsärztinnen und Vertragsärzte berechtigt, neben ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit eine anderweitige Tätigkeit auszuüben, sofern sie für die Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungsauftrags in ausreichendem Umfang persönlich zur Verfügung stehen (vergleiche § 20 Absatz 1 Satz 1 Ärzte-ZV).

Bieten Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte gesetzlich Versicherten die notwendige medizinische Behandlung nur als Selbstzahlerleistung beziehungsweise nur eine Behandlung in einer Selbstzahlersprechstunde an, verstoßen sie nach Auffassung der Bundesregierung jedoch gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten. Auch wenn Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung anstelle der medizinisch notwendigen GKV-Leistung beeinflussen, werden vertragsärztliche Pflichten nach § 73 Absatz 7 Satz 1, § 128 Absatz 5a SGB V oder § 18 Absatz 8 Satz 2 des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) verletzt. Die Vorschrift des § 128 Absatz 5a SGB V wurde mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) zum 1. Januar 2012 eingeführt. Mit dieser Vorschrift wurde klargestellt, dass die Beeinflussung von Versicherten mit dem Ziel, diese zum Verzicht auf die ihnen zustehende Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Leistung zu bewegen, einen Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten darstellt. Vor diesem Hintergrund liegt auch dann unzulässige Beeinflussung vor, wenn die Vergabe eines zeitnahen Termins von der Inanspruchnahme einer sogenannten Wahlleistungssprechstunde, deren Kosten die Patientin oder der Patient selbst trage, abhängig gemacht werde.

Es gehört es zu den Aufgaben der als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Landesaufsicht stehenden KVen, die Einhaltung der vertragsärztlichen Pflichten zu überwachen und bei Verstößen geeignete Disziplinarmaßnahmen nach § 81 Absatz 5 SGB V zu ergreifen. In gravierenden Fällen kommt sogar die Entziehung der Zulassung durch den Zulassungsausschuss nach § 95 Ab-

satz 6 Satz 1 SGB V in Verbindung mit § 27 Satz 1 Ärzte-ZV in Betracht (vergleiche Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 30. Oktober 2002 – L 11 KA 94/02, BeckRS 2009, 61737).

5. Ist der Bundesregierung bekannt, ob und in welchem Umfang die Verbraucherzentralen zu dieser Problematik in den letzten Jahren Problemanzeigen entgegengenommen und beraten haben und wie sich das entsprechend entwickelt hat?

Der Bundesregierung liegen keine Informationen zu den konkreten Beratungen der Verbraucherzentrale und deren Entwicklung im Jahresverlauf vor.

6. Welche Schritte will die Bundesregierung unternehmen, um die Beaufsichtigung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Verträge durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu verbessern, und wie bewertet die Bundesregierung den Vorschlag, die von der gesetzlichen Krankenversicherung an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlte Gesamtvergütung um durch gesetzlich Versicherte für eine schnellere Terminvergabe getätigte Selbstzahlungen zu kürzen?

Die Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) richtet sich nach dem medizinisch notwendigen Behandlungsbedarf für die gesamte vertragsärztliche Versorgung im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung. Durch die Kürzung der MGV erhält nicht ein bestimmter Vertragsarzt eine Kürzung, sondern es wären auf Grund der festgelegten Honorarverteilung alle Vertragsärzte betroffen. Darüber hinaus erlangen in der Regel weder die gesetzlichen Krankenkassen noch die KVen Kenntnis über zu Unrecht erfolgte Privatliquidation, da diese im Rechtsverhältnis zwischen dem behandelnden Arzt und dem jeweiligen Versicherten erfolgt. Erst bei Kenntniserlangung des Sachverhaltes, zum Beispiel durch eine Beschwerde des Versicherten, ist ein Handeln möglich. Da die Ärztin beziehungsweise der Arzt durch die Privatliquidation einer Leistung, die der Versicherte zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen durfte, maßgeblich gegen seine vertragsärztlichen Pflichten verstoßen hat, ist dieser Pflichtverstoß auf Arzzebene zu ahnden.

Im Rahmen des Erarbeitungsprozesses zur Einführung eines Primärarztsystems werden mögliche Schritte mitgeprüft.

7. Inwieweit befürwortet die Bundesregierung für den Fall, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen ihrer Aufsichtspflicht nicht nachkommen, den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit zu eröffnen, die Umsetzung des Sicherstellungsauftrags zu prüfen und die Gesamtvergütung im Nachhinein zu kürzen?

Er wird auf die Antwort zu Frage 6 verwiesen. Die dort dargestellte Problematik besteht unabhängig davon, ob die Aufsicht bei den Krankenkassen oder den KVen liegt.

9. Kennt, und wenn ja, wie bewertet die Bundesregierung die Praxis von Arztterminplattformen, auf denen gesetzlich Versicherte zwischen Terminen als Selbstzahler, Privatpatientin bzw. Privatpatient oder gesetzlich Versicherte wählen können?
10. Stellt aus Sicht der Bundesregierung die Auswahl eines Selbstzahlertermins über eine solche Plattform ein ausdrückliches Verlangen im Sinne des § 18 Absatz 8 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) dar, und kann diese Auswahl eine schriftliche Bestätigung ersetzen?
12. Wie bewertet die Bundesregierung den Umstand, dass Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) auf Arztterminportalen zur direkten Buchung angeboten werden, ohne dass eine vorherige ärztliche Aufklärung über deren Nutzen, Risiken und voraussichtliche Kosten erfolgt, und gedenkt die Bundesregierung, Maßnahmen zu ergreifen, um den Vertrieb von IGeL ohne vorherige ärztliche Aufklärung, insbesondere auf Arztterminportalen, zu verhindern, und wenn ja, welche?
13. Wann hat die Bundesregierung erstmals Kenntnis davon erlangt, dass bei der Onlineterminbuchung über Arztterminportale wie Doctolib oder Jameda gesetzlich Versicherten trotz entsprechender Filtereinstellungen Termine als Privatsprechstunden oder Selbstzahlerleistungen angeboten werden, und welche Maßnahmen hat sie daraufhin ergriffen, um dieses Vorgehen zu unterbinden?
14. Wie bewertet die Bundesregierung den Umstand, dass gesetzlich Versicherten auf Arztterminportalen mitunter früher liegende Termine angezeigt werden, die nur als Selbstzahler buchbar sind, und wie bewertet die Bundesregierung den Umstand, dass nach Erkenntnissen des Verbraucherzentrale Bundesverbands für gesetzliche Versicherte auf Arztterminportalen teilweise erst im weiteren Buchungsverlauf ersichtlich wird, dass freie Termine nur im Rahmen einer Privatsprechstunde oder als Selbstzahlertermin gebucht werden können und es sich somit um kostenpflichtige Angebote außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung handelt?
15. Plant die Bundesregierung, Mindeststandards für kommerzielle Arzt- und Therapieterminportale festzulegen, um zu verhindern, dass Patientinnen und Patienten trotz entsprechender Filtereinstellungen (die Privatsprechstunden oder Selbstzahlerleistungen ausschließen sollen) Termine als Privatsprechstunden oder Selbstzahlerleistungen angeboten werden, und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 9, 10 und 12 bis 15 werden gemeinsam beantwortet.

Nutzerfreundliche digitale Terminbuchungsoptionen sind aus Sicht der Bundesregierung wichtig, um Patientinnen und Patienten eine einfache Buchung von Arztterminen zu ermöglichen und die Abläufe in den Arztpraxen effizient zu gestalten. Aus Sicht der Bundesregierung ist es hierbei unabdingbar, dass ein bedarfsgerechter und diskriminierungsfreier Zugang zu ärztlichen Leistungen für alle Patientinnen und Patienten erhalten bleibt.

Auch beim Einsatz (privater) digitaler Anwendungen zur Terminvermittlung obliegt es den Institutionen der Selbstverwaltung, zu gewährleisten, dass die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer ihren Versorgungsauftrag umfassend gegenüber allen Versicherten erfüllen.

Das SGB V enthält bereits heute unter anderem Vorgaben für private Terminvermittlungsplattformen, sofern diese auf Termine aus dem elektronischen System der KBV zur Vermittlung von Behandlungsterminen zugreifen.

§ 370a Absatz 3 SGB V sieht in dem Zusammenhang vor, dass die KBV Dritten ermöglicht, ihr System zur Vermittlung von Videosprechstundenterminen und Behandlungsterminen in Präsenz durch die Veröffentlichung einer Schnittstelle zu nutzen. Diese gesetzlich geregelte Zugriffsmöglichkeit Dritter auf den Terminpool und die damit einhergehende Terminvermittlung an deren Nutzerinnen und Nutzer sollen den umfassenden Zugang gesetzlich Krankensversicherter zu verfügbaren ärztlichen Leistungen sicherstellen.

Die Nutzung des Systems durch Dritte ist in einer Verfahrensordnung der KBV geregelt. Die Verfahrensordnung enthält unter anderem Vorgaben zur diskriminierungsfreien Terminvermittlung, die insbesondere eine Selektion nach dem Versichertenstatus, der Kostenübernahme, der Art der Beschwerden, der Krankheitsgeschichte, der gewünschten Behandlung, der voraussichtlich durchzuführenden Untersuchungen und Therapien oder nach auszustellenden Bescheinigungen untersagen und nur eine Priorisierung aufgrund des Ergebnisses einer Ersteinschätzung nach der Richtlinie der KBV für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren zulassen.

Im Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Schaffung einer Digitalagentur für Gesundheit (GDAG) war darüber hinaus die Aufnahme einer Regelung von Mindeststandards zur Nutzung digitaler Terminbuchungsplattformen vorgesehen.

Das Gesetzgebungsverfahren konnte in der 20. Legislaturperiode nicht abgeschlossen werden. Ob und mit welchem Inhalt eine entsprechende Initiative in der 21. Legislaturperiode erneut eingebracht wird, ist derzeit offen.

Im Hinblick auf die Terminvermittlung durch private Anbieter beobachtet die Bundesregierung die aktuellen Entwicklungen aufmerksam und führt Gespräche mit relevanten Akteurinnen und Akteuren, zuletzt im Juni 2025 mit einem gemeinnützigen Bundesverband. In dem Zusammenhang wurde die Bundesregierung auch darüber informiert, dass auf privaten Terminbuchungsplattformen gesetzlich versicherten Personen im Buchungsvorgang teilweise Termine für selbstzahlende oder für privat versicherte Personen angeboten werden, obwohl diese Option im Vorfeld mittels einer Filtermaske ausgeschlossen worden sei.

Die in diesem Zusammenhang gestellte Frage der Auslegung zu § 18 Absatz 8 Satz 3 Nummer 2 BMV-Ä im Einzelfall ist nicht Aufgabe der Bundesregierung.

Bei der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Reform der ambulanten Versorgung wird die Regulierung von Terminvermittlungsplattformen angesichts der Gewährleistung einer qualifizierten und bedarfsgerechten Patientensteuerung geprüft werden.

Hinsichtlich des berufsrechtlichen Aspekts kann auf die Antwort zu Frage 11 verwiesen werden.

11. Wie bewertet die Bundesregierung die Möglichkeiten für Patientinnen und Patienten, sich gegen eine Benachteiligung oder Ungleichbehandlung bei der Terminvergabe – insbesondere im Zusammenhang mit der bevorzugten Vergabe früherer Selbstzahlertermine – zur Wehr zu setzen, und welche rechtlichen Möglichkeiten stehen Patientinnen und Patienten hierfür zur Verfügung?

Wie bereits in der Antwort zu den Fragen 1 bis 4 dargestellt, kann die bevorzugte Vergabe früherer Selbstzahlertermine an gesetzlich Versicherte einen Verstoß gegen § 32 MBO-Ä darstellen.

Die Überwachung der Einhaltung der berufsrechtlichen und berufsethischen Pflichten von Ärztinnen und Ärzten obliegt den Ländern bzw. der jeweiligen Ärztekammer. Bei Verstößen gegen berufsrechtliche oder berufsethische Pflichten sehen die Heilberufekammergesetze der Länder in Regel vor, dass die jeweilige Kammer ein förmliches berufsrechtliches Verfahren einleiten und den Verstoß durch Rüge oder berufsgerichtliche Maßnahme ahnden kann. Die Ärztekammern unterliegen in der Regel der Rechtsaufsicht der Länder. Patientinnen und Patienten haben daher die Möglichkeit, sich an die jeweils zuständige Ärztekammer oder auch an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden.

Soweit das Verhalten einer einzelnen Vertragsärztin oder eines einzelnen Vertragsarztes Grund zur Beanstandung gibt, kann dies bei Verstößen gegen das Vertragsarztrecht ebenfalls von der zuständigen KV überprüft werden. Diese haben die Aufgabe, Vorwürfen gegenüber ihren Mitgliedern nachzugehen und Einzelfälle zu prüfen. Sie können bei einem festgestellten Fehlverhalten Disziplinarmaßnahmen verhängen. Bei den KVen handelt es sich um Körperschaften des öffentlichen Rechts, die der Aufsicht der jeweils obersten Landesbehörde unterstehen. Sollte diese ihren oben beschriebenen gesetzlichen Aufgaben nicht sachgerecht nachkommen, können sich Betroffene daher auch direkt an das zuständige Landesministerium wenden.