

**Antwort
der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Julia-Christina Stange, Nicole Gohlke,
Dr. Michael Arndt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Die Linke
– Drucksache 21/3432 –**

**Umsetzung der Ziele des Terminservice- und Versorgungsgesetzes und die
Arbeit des Patientenservice 116117****Vorbemerkung der Fragesteller**

Mit dem im Jahr 2019 in Kraft getretenen „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung“ verband die damalige Bundesregierung aus SPD und CDU/CSU deutliche Zielvorstellungen, nämlich „schnellere Termine, mehr Sprechstunden und bessere Angebote für gesetzlich Versicherte“ (www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html). Neben einer Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten für Kassenärzte auf 25 Stunden pro Woche sollten auch Patienten schneller Termine erhalten und die Terminservicestellen zu Servicestellen für ambulante Versorgung und Notfälle weiterentwickelt werden. Mit dem Ausbau der Rufnummer 116117 zu einer rund um die Uhr erreichbaren Patientenservice- und Terminservicestelle setzten die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bzw. die Kassenärztlichen Vereinigungen im Jahr 2020 diesen Auftrag aus dem Gesetz um.

Noch immer sind Arzttermine für gesetzlich Versicherte aber nur schwer zu erhalten, und die Beschwerden häufen sich. Eine Recherche aus Rheinland-Pfalz des „SWR“ legte erst kürzlich offen, dass sich trotz gesetzlicher Verpflichtung offenbar nur wenige Praxen an den Terminservicestellen beteiligen (www.swr.de/swraktuell/rheinland-pfalz/artztermine-ueber-116117-kleines-angebot-grosse-distanzen-fuer-patienten-100.html). Demgegenüber gewinnen private Onlineplattformen wie Jameda und Doctolib erheblich an Bedeutung. Diese Plattformen wiederum standen in der Kritik, gesetzlich Versicherten lediglich freie Termine als Privatsprechstunden oder als Selbstzahlerleistungen angeboten zu haben (www.vzbv.de/pressemitteilungen/doctolib-und-jameda-terminkontakt-mit-hindernissen).

Die Unabhängige Patientenberatung moniert darüber hinaus, dass Patienten mit einem Vermittlungscode bevorzugt gegenüber Patienten mit normalen Überweisungen behandelt würden, und vermutet Abrechnungsbetrug, weil für Behandlungen mit Code höhere Pauschalen abgerechnet werden könnten (www.rnd.de/gesundheit/das-bringt-der-dringlichkeitscode-den-versicherten-deutschsprachigen-patientenverband-spricht-von-betrug-ZS6H5BELIRCW3NIZJWAV7CKNCU.html). Der Sozialverband VdK verweist zudem darauf hin, dass Facharztpraxen im Schnitt lediglich 18,75 Stunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung stellen und damit ihrer gesetzlichen Verpflichtung, 25 Stunden

Sprechstunde wöchentlich für gesetzlich Versicherte anzubieten, nicht nachkommen (www.vdk.de/presse/pressemitteilung/vdk-praesidentin-bevorzugung-von-privatversicherten-ist-realitaet/).

Mit der Kleinen Anfrage wollen sich die Fragestellerinnen und Fragesteller ein Bild davon machen, ob die Gesetzesziele des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG), nämlich nichts weniger als „Wir machen Versorgung gerechter“ und „GKV-Patienten sollen genauso schnell Arzt-Termine bekommen wie Privatpatienten“, erreicht wurden.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Es ist der Bundesregierung ein wichtiges Anliegen, dass alle Menschen zeitnah eine bedarfsgerechte ärztliche Behandlung innerhalb medizinisch zumutbarer Wartezeiten in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene erhalten können. Auch für Patientinnen und Patienten auf dem Land oder in strukturschwachen Regionen soll eine gute medizinische Versorgung gewährleistet sein. 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 und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als Körperschaften des öffentlichen Rechts. Der Sicherstellungsauftrag umfasst insbesondere die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung. § 75 Absatz 1a Satz 3 SGB V konkretisiert den Sicherstellungsauftrag dahingehend, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen den gesetzlich Versicherten unter den im Gesetz näher geregelten Voraussetzungen Behandlungstermine zu vermitteln haben.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) wurde die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen geschaffen, Terminservicestellen einzurichten. Mit dieser Verpflichtung sollten Wartezeiten auf einen Termin bei einer Fachärztin oder einem Facharzt verkürzt werden. Die in § 75 Absatz 1a Satz 2 SGB V angelegte Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen wurde mit dem Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG) insbesondere im Hinblick auf die Erreichbarkeit der Terminservicestellen weiterentwickelt. Nach § 75 Absatz 1a Satz 18 und 19 SGB V ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung außerdem verpflichtet, die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen zu evaluieren und dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über die Ergebnisse zu berichten.

Im Jahr 2024 wurden laut einer Auswertung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland rund 579 Millionen Behandlungsfälle im vertragsärztlichen Bereich gezählt. Gegenüber dem Jahr 2023 sind die Behandlungsfallzahlen damit um rund 4 Millionen (0,6 Prozent) Behandlungsfälle leicht angestiegen. Demnach wurden im Jahr 2024 insgesamt rund 328 Millionen dieser Behandlungsfälle von Fachärztinnen und Fachärzten erbracht (Anstieg um 0,9 Prozent). Im hausärztlichen Versorgungsbereich wurden 188 Millionen Behandlungsfälle und damit ebenso viele Behandlungsfälle wie im Jahr 2023 abgerechnet. Insofern ist die pauschale Aussage, dass Arzttermine für gesetzlich Versicherte schwer zu erhalten seien, zu relativieren und differenziert zu betrachten.

Die Bundesregierung beobachtet die mediale Berichterstattung zum Thema Selbstzahlersprechstunden und individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) und steht zudem hierzu mit der Selbstverwaltung im Austausch. Nach geltendem Recht stellt es einen Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten dar, wenn eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt Versicherte zur Inanspruchnahme einer

privatärztlichen Versorgung anstelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflusst (§ 128 Absatz 5a SGB V). In diesen Fällen stehen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, um entsprechendem Fehlverhalten zu begegnen.

Digitale Terminvermittlungslösungen können grundsätzlich eine Vereinfachung der Praxisorganisation für Leistungserbringer und Versicherte darstellen. Allerdings kommt es im Zusammenhang mit der digitalen Terminvermittlung durch private Anbieter immer wieder zu Kritik. Die Bundesregierung prüft vor diesem Hintergrund aktuell Regelungen, die für Terminvermittlungsplattformen grundlegende Qualitätsanforderungen und ein entsprechendes Prüfverfahren einführen.

1. Wie viele Patientinnen und Patienten haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung seit 2019 mit dem Anliegen der Terminvermittlung an den Patientenservice gewandt (bitte nach 116117-Terminservice, die 116117-App und den Telefonservice differenzieren und Jahreswerte ausweisen)?

Der Bundesregierung liegen keine eigenen Daten zu den aufkommenden Anfragen bei der Rufnummer 116117, unter der die Terminservicestellen erreichbar sind, sowie dem 116117-Terminservice beziehungsweise der 116117-App vor. Es wird auf die Evaluationsberichte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Tätigkeit der Terminservicestellen verwiesen. Zu entnehmen ist diesen unter anderem, dass die jährliche Anzahl an Vermittlungswünschen, die von Patientinnen und Patienten an die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen gerichtet wurden, im Zeitraum vom Jahr 2019 (572 436 Anrufe) bis zum Jahr 2024 (3 424 985 Vermittlungswünsche; ohne Berücksichtigung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern) kontinuierlich angestiegen ist. Weitere detaillierte Angaben dazu, wie viele Patientinnen und Patienten sich in den vergangenen Jahren an die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen gewandt haben, lassen sich ebenfalls den öffentlich zugänglichen Evaluationsberichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Tätigkeit der Terminservicestellen entnehmen, welche über die Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abrufbar sind (www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/statistik-terminservicestellen).

2. Wie hat sich die Meldung freier Termine durch Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an die Kassenärztlichen Vereinigungen nach Kenntnis der Bundesregierung seit 2019 jährlich entwickelt (bitte Jahreswerte angeben und zusätzlich für die Bundesländer bzw. KV (Kassenärztliche Vereinigung)-Bezirke einzeln ausweisen)?

Der Bundesregierung liegen keine eigenen Daten über die regionale Verteilung der gemeldeten Termine vor. Informationen über die von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten an die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen gemeldeten Termine lassen sich ebenfalls den öffentlich zugänglichen Evaluationsberichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Tätigkeit der Terminservicestellen entnehmen (www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/statistik-terminservicestellen).

Zu erkennen ist, dass die Anzahl der von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten an die Terminservicestellen gemeldeten, freien Termine vom Jahr 2022 (1 519 900) bis zum Jahr 2024 (2 688 984) bereits um rund 77 Prozent angestiegen ist. Weitere Daten aus den vorherigen Jahren liegen aufgrund der dama-

ligen Erfassung und des noch nicht bereitstehenden elektronischen Terminservice (eTS) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht vor.

3. Wie wird überprüft, ob die Praxen tatsächlich ihre freien Termine an die Terminservicestellen (TSS) übermitteln, und welche Sanktionen sind bei Verstößen vorgesehen?
 - a) Sieht die Bundesregierung hier Vollzugsdefizite, und wenn ja, was gedenkt sie, dagegen zu unternehmen?
 - b) Welche aufsichtsrechtlichen Schritte von Landesbehörden sind der Bundesregierung dazu bekannt, und steht die Bundesregierung mit den Landesbehörden zur Umsetzung der bundesrechtlichen Vorgaben im Austausch?
 - c) Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung einen Abgleich zwischen der Meldung an TSS und entsprechenden Angeboten auf Privatanbietern wie Doctolib?

Die Fragen 3 bis 3c werden gemeinsam beantwortet.

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind nach § 75 Absatz 1a Satz 20 SGB V verpflichtet, den Terminservicestellen freie Termine zu melden. Es gehört zu den Aufgaben der als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Landesaufsicht stehenden Kassenärztlichen Vereinigungen, die Einhaltung der vertragsärztlichen Pflichten zu überwachen. Bei Verstößen gegen vertragsärztliche Pflichten können im Einzelfall geeignete, erforderliche und angemessene Disziplinarmaßnahmen nach § 81 Absatz 5 SGB V ergriffen werden.

Die Bundesregierung steht im Rahmen der Aufsichtsbehördentagungen gemäß § 90 Absatz 4 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) regelmäßig mit den Aufsichtsbehörden im Austausch. Der Bundesregierung liegen keine Informationen zu etwaigen aufsichtsrechtlichen Schritten von Landesbehörden gegenüber einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen vor. Die Bundesregierung hat zudem keine Kenntnis darüber, ob die Kassenärztlichen Vereinigungen einen Abgleich zwischen den Meldungen an die Terminservicestellen und den Angeboten privater Anbieter durchführen.

4. Wie viele Termine wurden nach Kenntnis der Bundesregierung seit 2019 insgesamt jährlich über die Terminservicestellen vermittelt, sowie jeweils differenziert nach
 - a) Termin spätestens am Folgetag (Akutfall),
 - b) Termin spätestens am 4. Tag,
 - c) Termin spätestens am 14. Tag,
 - d) Termin spätestens am 35. Tag,

und wie viele dieser vermittelten Termine waren insgesamt sowie jeweils differenziert nach a) bis d) Termine für Videosprechstunden (bitte Jahreswerte angeben, nach Facharztrichtung differenzieren und zusätzlich für die Bundesländer bzw. KV-Bezirke einzeln ausweisen)?

Ausweislich der Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurden im Jahr 2024 von den 1 645 215 Terminbuchungen und berechtigten Vermittlungswünschen bundesweit 1 603 049 Termine fristgerecht vermittelt, was einer Fristeinhaltsquote von 97 Prozent entspricht. Dies entspricht in etwa dem Wert der beiden Vorjahre.

Die jährlich von den Terminservicestellen vermittelten Termine lassen sich den Evaluationsberichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Tätig-

keit der Terminservicestellen entnehmen. In den Evaluationsberichten finden sich Darstellungen über die fristgerechte Vermittlung von Behandlungsterminen, aufgeschlüsselt nach den einzelnen Fachgruppen und der jeweiligen Verteilung der Vermittlungsdauer (für das Jahr 2024 vergleiche: www.kbv.de/documents/infothek/zahlen-und-fakten/evaluationsberichte-tss/bericht-116117-termintervisestellen-2024.pdf, S. 14 ff.). Daten zur regionalen Differenzierung der Wartezeiten und zur Anzahl von Videosprechstunden liegen der Bundesregierung nicht vor.

5. Wie viele der in Frage 2 genannten Termine wurden nach Kenntnis der Bundesregierung auf Grundlage eines Dringlichkeitscodes vermittelt (bitte Jahreswerte angeben, nach Facharztrichtung differenzieren und zusätzlich für die Bundesländer bzw. KV-Bezirke einzeln ausweisen)?

Voraussetzung für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einer Fachärztin oder einem Facharzt durch die Terminservicestellen ist grundsätzlich das Vorliegen einer Überweisung. Ausnahmen gelten bei der Vermittlung von Behandlungsterminen bei einer Augenärztin oder einem Augenarzt, einer Frauenärztin oder einem Frauenarzt, einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten oder einer Kinder- und Jugendärztin oder einem Kinder- und Jugendarzt. Weitere Ausnahmen gelten in Fällen, in denen bei einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines Krankenhauses zur ambulanten Notfallbehandlung die Ersteinschätzung auf Grundlage der nach § 120 Absatz 3b SGB V zu beschließenden Vorgaben einen ärztlichen Behandlungsbedarf, nicht jedoch eine sofortige Behandlungsnotwendigkeit ergeben hat, sowie bei der Vermittlung in Akutfällen nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4 SGB V (§ 75 Absatz 1a Satz 4 SGB V und § 3 Absatz 3 Satz 1 des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)).

Die Überweisung muss verschiedene Anforderungen erfüllen, unter anderem muss sie zum Nachweis des Anspruchs einen sogenannten Vermittlungscode enthalten (§ 3 und § 4 der Anlage 28 BMV-Ä), welcher häufig als sogenannter Dringlichkeitscode bezeichnet wird. Der ausstellenden Ärztin bzw. dem ausstellenden Arzt ist es zudem möglich, eine Kennzeichnung zur Dringlichkeit auf der Überweisung vorzunehmen.

Weitere Informationen über die vermittelten Termine differenziert nach den einzelnen Arztgruppen lassen sich den Evaluationsberichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Tätigkeit der Terminservicestellen entnehmen (www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/statistik-terminservicestellen).

6. Wie hoch ist das jährliche Ausgabenvolumen aufgrund der extrabudgetären Sondervergütung für die Behandlung von durch die TSS vermittelten Patientinnen und Patienten?

Das extrabudgetäre Vergütungsvolumen für die Behandlung von durch die Terminservicestellen vermittelten Patientinnen und Patienten für das Jahr 2023 für Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestellen erbracht werden (§ 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 3 SGB V) betrug 91,6 Mio. Euro. Zusätzlich wurden im Jahr 2023 für Zuschläge nach § 87 Absatz 2b Satz 3 Nummer 1 bis 4 SGB V und § 87 Absatz 2c Satz 3 SGB V zusammen 11,9 Mio. Euro (Vergütungen für TSVG-Konstellationen „TSS-Terminfall“ und „TSS-Akutfall“) gezahlt.

7. Wie viele Facharzttermine wurden seit 2019 nach Kenntnis der Bundesregierung jährlich durch Hausärztinnen und Hausärzte vermittelt (bitte Jahreswerte angeben, nach Facharztrichtung differenzieren und zusätzlich für die Bundesländer bzw. KV-Bezirke einzeln ausweisen), und wie haben sich diese Zahlen im Vergleich zu Zeit vor der Geltung des TSVG entwickelt?

Nach Angaben des Bewertungsausschusses vermittelten Hausärztinnen und Hausärzte in den Jahren 2020 bis 2022 jeweils zwischen ca. 476 000 und 583 000 und im Jahr 2023 rund 2 540 000 Facharzttermine. Der Bundesregierung liegen darüber hinaus keine Kenntnisse hinsichtlich der Anzahl der durch Hausärztinnen und Hausärzten an Fachärztinnen und Fachärzte vermittelten Termine vor Geltung des TSVG und zur Aufteilung der angegebenen Jahreswerte nach Facharztrichtung und Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen vor.

8. Wie wird überprüft, dass die Hausarztpraxen die Termine auch tatsächlich vermitteln und das nicht weiterhin den Patientinnen und Patienten auferlegt wird?

Die Überprüfung, ob eine Vermittlung der Termine durch die vertragsärztlich tätigen Hausärztinnen und Hausärzte stattgefunden hat und ob die beteiligten Ärztinnen und Ärzte die Voraussetzungen zur Abrechnung eines Hausarztvermittlungsfalles erfüllt haben, obliegt den unter Landesaufsicht stehenden Kassenärztlichen Vereinigungen.

9. Wie hat sich die Zahl der Behandlungsfälle sowie die Zahl der Bestands- als auch der Neupatientinnen und Neupatienten nach Kenntnis der Bundesregierung seit 2015 entwickelt (bitte Jahreswerte angeben, nach Facharztrichtung differenzieren und zusätzlich für die Bundesländer bzw. KV-Bezirke einzeln ausweisen)?

- a) Welche Mehrausgabenvolumen sind jährlich durch die Extravergütung der Behandlung von Neupatientinnen und Neupatienten im TSVG entstanden?
- c) Welche Wirksamkeit hat die Neuregelung nach Einschätzung der Bundesregierung entfaltet, und sieht die Bundesregierung Nachsteuerungsbedarf?
- d) Welche unerwünschten Wirkungen hat die Neuregelung nach Einschätzung der Bundesregierung entfaltet, und welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung daraus?

Die Fragen 9 bis 9d werden gemeinsam beantwortet.

Gemäß der Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/studien-und-berichte/honorarbericht) wuchs die jährliche Anzahl der Behandlungsfälle in der ambulanten vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung (Summe aller zugelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, bundesweit) im Zeitraum über die Jahre von 2015 bis 2019 leicht von rund 531 Millionen auf 548 Millionen. Nach einem Rückgang der Behandlungsfälle im Jahr 2020 auf rund 531 Millionen stiegen diese im Jahr 2021 wieder auf rund 547 Millionen und im Jahr 2022 leicht weiter auf rund 559 Millionen. Im Jahr 2023 veränderte sich die Zahl jedoch kaum und liegt bei rund 556 Millionen. Laut einer weiteren Auswertung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung wurden im Jahr 2021 rund 565 Millionen, im Jahr 2022 rund 577 Millionen, im Jahr 2023 rund 575 Millionen und im Jahr 2024

rund 579 Millionen Behandlungsfälle im vertragsärztlichen Bereich gezählt (www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/Zi-TrendReport_2024-Q4.pdf). Eine weitere Differenzierung dieser Jahreszahlen nach Abrechnungsgruppen und KV-Bezirken kann den öffentlich zugänglichen Berichten nach § 87c SGB V der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entnommen werden. Der Bundesregierung liegen keine Kenntnisse dazu vor, inwieweit die genannten Behandlungsfälle „Neupatienten“ oder „Bestandspatienten“ betreffen.

Die jährlichen GKV-Mehrausgaben für extrabudgetär vergütete Leistungen, die im Rahmen der TSVG-Konstellation „Neupatient“ erbracht und abgerechnet wurden, betrugen im Jahr 2020 rund 461 Mio. Euro, im Jahr 2021 rund 604 Mio. Euro und im Jahr 2022 rund 274 Mio. Euro. Die extrabudgetäre Vergütung im Rahmen der TSVG-Konstellation „Neupatient“ wurde mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vom 7. November 2022 mit Wirkung zum 31. Dezember 2022 zurückgenommen. Die vorliegenden Zahlen ließen aus Sicht des Gesetzgebers nicht darauf schließen, dass mit Inkrafttreten dieser Regelung Verbesserungen in der Versorgung eingetreten sind, obwohl Mehrausgaben erzeugt wurden.

10. Wie lang warten Patientinnen und Patienten, die sich an die Terminservicestellen wenden, nach Kenntnis der Bundesregierung im Mittel auf freie Arzttermine (bitte nach Facharztrichtung differenzieren und zusätzlich für die Bundesländer bzw. KV-Bezirke einzeln ausweisen)?

Die Terminservicestellen haben Versicherten grundsätzlich innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin zu vermitteln (§ 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 SGB V), wobei die Wartezeit auf diesen Behandlungstermin wiederum grundsätzlich vier Wochen nicht überschreiten darf (§ 75 Absatz 1a Satz 5 SGB V). Bei Terminen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung gilt eine Vermittlungsfrist von maximal zwei Wochen (§ 75 Absatz 1a Satz 15 SGB V).

Ausweislich der Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Evaluationsbericht über die Tätigkeit der Terminservicestellen im Jahr 2024 lag die durchschnittliche Vermittlungsdauer ab dem Zeitpunkt des ersten Vermittlungsversuchs bei elf Tagen und damit einen Tag unter der durchschnittlichen Vermittlungsdauer im Jahr 2023 und drei Tage unter der durchschnittlichen Vermittlungsdauer im Jahr 2022. Weitere Informationen im Hinblick auf die Wartezeiten auf die von den Terminservicestellen vermittelten Termine lassen sich, auch nach einzelnen Fachgruppen kategorisiert, den Evaluationsberichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entnehmen (www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/statistik-terminservicestellen). Auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 4 wird verwiesen.

11. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die räumliche Entfernung der angebotenen Praxen oder medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und den Anfahrtsweg bzw. Erreichbarkeit für zum Beispiel mobilitätseingeschränkte Patientinnen und Patienten?

Die Entfernung zwischen dem von der Terminservicestelle vermittelten Leistungserbringer und dem Wohnort des Versicherten muss zumutbar sein (§ 75 Absatz 1a Satz 6 SGB V). Die zumutbare Entfernung wird über den Zeitbedarf für das Aufsuchen des vermittelten Leistungserbringers bestimmt und ist näher in § 6 Absatz 1 Anlage 28 zum BMV-Ä geregelt. Für die Arztgruppen der hausärztlichen und der allgemeinen fachärztlichen Versorgung gilt, dass eine zumutbare Entfernung angenommen werden kann, wenn der vermittelte Leistungserbringer im Rahmen der erforderlichen Zeit für das Aufsuchen des nächsten

erreichbaren geeigneten Facharztes der jeweiligen Arztgruppe plus maximal 30 Minuten erreicht werden kann. Für die Arztgruppen der spezialisierten und der gesonderten fachärztlichen Versorgung gilt dies, wenn der vermittelte Leistungserbringer im Rahmen der erforderlichen Zeit für das Aufsuchen des nächsten erreichbaren geeigneten Facharztes der jeweiligen Arztgruppe plus maximal 60 Minuten erreicht werden kann.

Ausweislich der Angaben aus dem Evaluationsbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Tätigkeit der Terminservicestellen im Jahr 2024 mussten Versicherte nach Terminvermittlung durchschnittlich 27 Minuten mit dem PKW fahren beziehungsweise 20 Kilometer im Straßennetz zurücklegen. Weitere Informationen über die durchschnittliche Entfernung aufgeschlüsselt nach den einzelnen Versorgungsbereichen finden sich in den öffentlich zugänglichen Evaluationsberichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.kb.v.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/statistik-terminservicestellen).

12. Wie hoch sind seit der Geltung des TSVG jährlich die Ausgaben für die Sondervergütung der offenen Sprechstunden?
 - a) Wie viele Neupatientinnen und Neupatienten haben nach Kenntnis der Bundesregierung aufgrund der Regelung eine Behandlung erhalten, und für wie hoch schätzt die Bundesregierung die Mitnahmeeffekte ein?
 - b) Hat die Regelung nach Einschätzung der Bundesregierung die erhoffte Wirksamkeit entfaltet, und sieht die Bundesregierung Nachsteuerungsbedarf?
13. Wie viele „offene Sprechstunden“ bieten Fachärztinnen Fachärzte nach Kenntnis der Bundesregierung im Mittel an, und wie viele Patientinnen und Patienten werden in diesem Rahmen im Mittel behandelt?
14. Wie prüft die Bundesregierung, ob (Fach-)Ärztinnen (Fach-)Ärzte ihrem gesetzlichen Auftrag nachkommen, und plant die Bundesregierung, selbst zu evaluieren, ob die Gesetzesziele erreicht wurden, und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 12 bis 14 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Vertragsärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 2 SGB V teilnehmen und die insbesondere den Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahmen Patientenversorgung angehören, müssen mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag gilt diese Verpflichtung jeweils anteilig (§ 19a Absatz 1 Sätze 2 und 3 Ärzte-ZV).

Das extrabudgetäre Vergütungsvolumen für Leistungen, die im Rahmen der offenen Sprechstunde erbracht werden, betrug im Jahr 2020 rund 291 Mio. Euro, im Jahr 2021 rund 407 Mio. Euro, im Jahr 2022 rund 547 Mio. Euro und im Jahr 2023 rund 814 Mio. Euro. Nach den der Bundesregierung vorliegenden Erkenntnissen führte insbesondere die Rücknahme der TSVG-Konstellation „Neupatient“ zum 31. Dezember 2022 zu einer Zunahme der Zahl der in der offenen Sprechstunde abgerechneten Fälle. Im Durchschnitt liegt für den Zeitraum des dritten Quartals 2023 bis einschließlich des zweiten Quartals 2024 der Anteil der Arztgruppenfälle in der offenen Sprechstunde an allen Arztgruppenfällen bei den Arztgruppen, die offene Sprechstunden anbieten (unter anderem Augenheilkunde, Chirurgie, Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Ortho-

pädie), bei 8 Prozent. Eine abschließende Bewertung der Auswirkungen der TSVG-Vergütungen nimmt das Bundesministerium für Gesundheit nach vollständiger Vorlage des Evaluationsberichtes nach § 87a Absatz 3 Satz 10 bis 13 SGB V vor.

Der Bundesregierung liegen darüber hinaus keine Kenntnisse dazu vor, wie viele Patientinnen und Patienten durchschnittlich im Rahmen der offenen Sprechstunden behandelt werden. Die Prüfung der Einhaltung der vertragsärztlichen Pflichten obliegt den als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Landesaufsicht stehenden Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Bundesregierung führt keine eigenen Prüfungen durch.

15. Wer ist dafür zuständig, die Einhaltung der 25 Stunden pro Woche Mindestpraxisöffnungszeiten zu überwachen, und wie genau erfolgt die Prüfung?
16. Dürfen in dieser Mindestsprechstundenzeit nach Ansicht der Bundesregierung trotzdem Selbstzahlerleistungen (IgEL) erbracht, Privatpatientinnen und Privatpatienten oder z. B. Pharmareferentinnen und Pharmareferenten empfangen werden?

Die Fragen 15 und 16 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind dazu verpflichtet, im Rahmen ihrer vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung zu stehen. Bei reduziertem Versorgungsauftrag gilt diese Verpflichtung anteilig (§ 19a Absatz 1a Satz 1 Satz 2 und 4 Ärzte-ZV). Die Sprechstunden sind so einzurichten, dass die Versicherten entsprechend ihrem Behandlungsbedarf innerhalb medizinisch zumutbarer Wartezeiten behandelt werden können.

Diese Verpflichtung wird erfüllt, wenn die Praxen ihre Terminvergabe entsprechend organisiert haben. Unabhängig hiervon haben Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die Möglichkeit, neben der vertragsärztlichen Tätigkeit auch privatärztlich tätig zu sein, zum Beispiel im Rahmen von zusätzlichen privatärztlichen Sprechstunden. Eine solche privatärztliche Tätigkeit darf allerdings nicht zu einer Verletzung der erwähnten vertragsärztlichen Pflichten führen.

Die Prüfung der vertragsärztlichen Pflichten, insbesondere die Einhaltung der Mindestsprechstundenzeiten, obliegt nach § 95 Absatz 3 Satz 4 SGB V in Verbindung mit § 19a Absatz 4 Satz 1 Ärzte-ZV den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Prüfungen erfolgen bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V. Stellt die zuständige Kassenärztliche Vereinigung fest, dass die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt die für sie beziehungsweise ihn geltenden Mindestsprechstundenzeiten in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen unterschritten hat, hat sie die betroffene Vertragsärztin oder den betroffenen Vertragsarzt aufzufordern, umgehend die Anzahl ihrer beziehungsweise seiner Sprechstundenzeiten zu erhöhen.

17. Sind der Bundesregierung bei der Gewährleistung und Kontrolle der gesetzlichen Mindestsprechstundenzeiten Vollzugsdefizite bekannt, und wenn ja, welche Rückschlüsse zieht sie daraus?

Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung liegen die tatsächlich angebotenen Sprechstunden der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte deutlich

über den gesetzlich vorgegebenen Mindestsprechstunden. Vereinzelt komme es zu einer Unterschreitung der Mindestsprechstundenzeiten.

Nach Kenntnis der Bundesregierung führen die Kassenärztlichen Vereinigungen bei Unterschreitung des Referenzwertes beziehungsweise bei einer Gefährdung des Versorgungsauftrages gezielte Beratungsgespräche mit der betroffenen Vertragsärztin oder dem betroffenen Vertragsarzt. Sie informieren zudem über Handlungsoptionen wie beispielsweise Jobsharing oder die Aufgabe der Praxis. Unabhängig davon wird vor der Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens geprüft, inwieweit der in den letzten Jahren erfüllte Versorgungsauftrag dem tatsächlichen Zulassungsumfang entspricht. Ist dies nicht der Fall, kann zum Beispiel kein voller Vertragsarztsitz nachbesetzt werden oder der Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens wird vollständig abgelehnt.

Der Bundesregierung sind keine Vollzugsdefizite bei der Prüfung der Mindestsprechstundenzeiten bekannt. Hinsichtlich der Durchführung der Prüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen wird auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 15 verwiesen.

18. Welcher Anteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wurde für die Strukturfonds zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 105 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)) ausgetragen (bitte den Bundesdurchschnitt und für jede Kassenärztliche Vereinigung einzeln ausweisen)?

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben gemäß § 105 Absatz 1a Satz 1 SGB V zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds zu bilden, in den sie einen Betrag in Höhe von mindestens 0,1 Prozent und höchstens 0,2 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einzahlen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen veröffentlichen jeweils jährlich einen Bericht über die Verwendung der Mittel des Strukturfonds (§ 105 Absatz 1a Satz 7 SGB V). Insofern können die über den Strukturfonds verausgabten Mittel und deren Umfang über die Kassenärztlichen Vereinigungen transparent nachvollzogen werden. Weitere Erkenntnisse liegen der Bundesregierung nicht vor.

19. Wie haben sich seit Inkrafttreten des TSVG die Wartezeiten auf Facharzttermine nach Kenntnis der Bundesregierung entwickelt?

Der Bewertungsausschuss hat nach § 87a Absatz 3 Satz 10 bis 13 SGB V zu evaluieren, inwieweit durch die extrabudgetären Vergütungsanreize zur Erbringung von Leistungen in offenen Sprechstunden sowie durch die Zuschläge für Behandlungen nach Terminvermittlungen eine Verbesserung des Zugangs zur fachärztlichen Versorgung eingetreten ist. In diesem Zusammenhang hat der Bewertungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit die Ergebnisse einer Versichertenbefragung vorgelegt. Untersucht wurde unter anderem die Entwicklung der Terminwartezeiten im Vergleich zwischen den Jahren 2019 und 2024.

Nach der Versichertenbefragung betrug bei GKV-Versicherten, die mindestens einen Tag auf einen Facharzttermin gewartet haben, die Wartezeit auf einen Facharzttermin im Jahr 2024 durchschnittlich 42 Tage und im Jahr 2019 durch-

schnittlich 33 Tage. Zählt man diejenigen Patientinnen und Patienten hinzu, die die Facharztpraxis am gleichen Tag aufsuchten (Wartezeit: null Tage), liegt die durchschnittliche Wartezeit auf einen Facharzttermin im Jahr 2024 bei 36 Tagen.

Zur Entwicklung der Wartezeiten auf von den Terminservicestellen vermittelten Termine wird zudem auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 10 verwiesen.

20. Hat das TSVG in Bezug auf schnellere und einfachere Facharzttermine für GKV (gesetzliche Krankenversicherung)-Patientinnen und GKV-Patienten die Erwartungen der Bundesregierung erfüllt, wenn ja, bitte mit konkreten Zahlen begründen, und wenn nein, welche Schritte plant die Bundesregierung zu unternehmen, um für GKV-Patienten eine bessere Versorgung mit Facharztterminen zu gewährleisten?

Die Einführung der extrabudgetären Vergütungen in TSVG-Konstellationen zielte darauf ab, den Zugang zur fachärztlichen Versorgung für GKV-Versicherte zu verbessern, das Versorgungsangebot für die Patientinnen und Patienten auszuweiten und die Terminwartezeiten zu reduzieren. Dies sind auch weiterhin zentrale gesundheitspolitische Anliegen der Bundesregierung.

Der Bewertungsausschuss hat nach § 87a Absatz 3 Satz 10 bis 13 SGB V die Auswirkungen der mit dem TSVG eingeführten extrabudgetären Vergütungen zu evaluieren. Dem Bundesministerium für Gesundheit liegen die Ergebnisse der Evaluation derzeit noch nicht vollständig vor. Eine abschließende Bewertung der Auswirkungen der TSVG-Vergütungen nimmt das Bundesministerium für Gesundheit nach vollständiger Vorlage des Evaluationsberichtes vor. Die Bundesregierung wird die Auswirkungen der Regelungen des TSVG zur Terminvermittlung weiterhin beobachten und in geeigneter Weise weiterentwickeln.

Es ist das Ziel der Bundesregierung, die ambulante Versorgung weiter zu verbessern. Der Koalitionsvertrag sieht dafür unter anderem die Etablierung eines verbindlichen Primärversorgungssystems vor. Mit dieser umfassenden Strukturreform in der ambulanten Versorgung soll eine zielgerichtete Versorgung der Patientinnen und Patienten in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene 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. Bei der Neustrukturierung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung im Zusammenhang mit der Einführung eines Primärversorgungssystems werden auch die mit dem TSVG eingeführten extrabudgetären Vergütungen umfassend überprüft.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.