



Bundesrechnungshof • Adenauerallee 81 • 53113 Bonn

Nur per E-Mail

Frau

Lisa Paus, MdB

Amtierende Vorsitzende
des Haushaltsausschusses
des Deutschen Bundestages

nachrichtlich:

Frau

Kerstin Radomski, MdB

Vorsitzende

des Rechnungsprüfungsausschusses
des Haushaltsausschusses
des Deutschen Bundestages

Herrn

Björn Wolf

Büroleiter

beim Haushaltsausschuss
des Deutschen Bundestages

Frau

Katalin Zádor

Sekretariatsleiterin

beim Rechnungsprüfungsausschuss
des Haushaltsausschusses
des Deutschen Bundestages

haushaltsausschuss@bundestag.de

HHA-Drucksachen@bundestag.de

rechnungspruefungsausschuss@bundestag.de

gesundheitsausschuss@bundestag.de

Z14@bmg.bund.de



Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO – Extrabudgetäre Vergütung von Leistungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) in der ambulanten Versorgung

Anlage: - 1 -

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

als Anlage übersenden wir unseren Bericht über die extrabudgetäre Vergütung von Leistungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) in der ambulanten Versorgung.

Die Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit zum Entwurf des Berichts haben wir berücksichtigt.

Wir weisen darauf hin, dass wir beabsichtigen, den Bericht nach Abschluss der parlamentarischen Beratungen zu veröffentlichen.

Für Ihre Fragen oder ein Gespräch stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Weber

Sievers



Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO
an den Haushaltungsausschuss des Deutschen Bundestages über die Prüfung

Extrabudgetäre Vergütung von Leistungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes in der ambulanten Versorgung



Table.Briefings

Geschäftszeichen: IX 1 - 0003246

Dieser Bericht enthält das vom Bundesrechnungshof abschließend im Sinne des § 96 Absatz 4 BHO festgestellte Prüfungsergebnis. Eine Weitergabe an Dritte ist erst möglich, wenn der Bericht vom Parlament abschließend beraten wurde. Die Entscheidung über eine Weitergabe bleibt dem Bundesrechnungshof vorbehalten.

Dieser Bericht des Bundesrechnungshofes ist urheberrechtlich geschützt. Eine Veröffentlichung ist nicht zulässig.



Auf einen Blick

Vergütung nach dem Terminservice- und Versorgungsgesetz schnellstmöglich streichen

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) aus dem Jahr 2019 zielte darauf ab, mit zusätzlichen Vergütungsregelungen Wartezeiten für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im ambulanten Bereich zu reduzieren. Dies wurde nicht erreicht. Die Vergütungsregelungen müssen gestrichen werden.

→ Worum geht es?

Vertragsärztinnen und -ärzte müssen GKV-Versicherte bei Bedarf zeitnah angemessen versorgen. Dies wird mit der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) abgegolten. Dennoch wurde ihnen mit dem TSVG in bestimmten Fällen eine zusätzliche extrabudgetäre Vergütung gewährt. Dadurch kommt es zu einer Doppelvergütung. Allein bis Mitte 2024 betragen die Mehrausgaben der GKV dafür 2,9 Mrd. Euro. Dabei zeigt die bisherige Evaluation des TSVG, dass sich die Wartezeiten für gesetzlich Versicherte nicht verkürzt haben.

→ Was ist zu tun?

Der Bundesrechnungshof empfiehlt, die TSVG-Vergütungsregelungen zu streichen. Ihnen steht keine zusätzliche Leistung gegenüber. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) plant die Einführung eines sogenannten Primärarztsystems, das die ambulante Versorgung besser steuern und schnellere Termine ermöglichen soll. Erst mit dieser Reform will es die TSVG-Vergütungsregelungen überprüfen. Der Bundesrechnungshof wendet ein: Bis zur Umsetzung eines neuen Systems findet weiterhin unnötig eine Doppelfinanzierung statt.

→ Was ist das Ziel?

Die TSVG-Vergütungsregelungen erhöhen die Ausgaben im Gesundheitssystem, erzielen aber nicht die gewünschte Wirkung. Der Bundesrechnungshof hält strukturelle Reformen für notwendig. Maßnahmen, die auf kürzere Wartezeiten zielen, müssen gesellschaftliche, technologische und demographische Aspekte und die daraus folgenden Gestaltungsmöglichkeiten mitberücksichtigen. Ein Primärarztsystem kann dabei eine entscheidende Rolle spielen. Seine Wirkung hängt aber von der konkreten Ausgestaltung ab.

Inhaltsverzeichnis

0	Zusammenfassung	6
1	Einleitung	10
2	Thematische Einführung	11
2.1	Vergütungssystematik in der vertragsärztlichen Versorgung	11
2.2	Sicherstellungsauftrag und Terminservicestelle	12
3	TSVG-Konstellationen und Bereinigung	13
3.1	TSS-Terminfall	14
3.2	TSS-Akutfall	14
3.3	Hausarztvermittlung	15
3.4	Offene Sprechstunde	16
3.5	Behandlung von Neupatientinnen und Neupatienten	16
3.6	Bereinigung der TSVG-Konstellationen	16
4	Auswirkungen und Entwicklung der TSVG-Vergütungsregelungen	17
4.1	Ausgaben für TSVG-Konstellationen	17
4.2	Strategisches Verhalten der Ärzteschaft	19
4.3	Überlegungen zur weiteren Bereinigung	20
5	Evaluation	21
5.1	Zeitnahe Versorgung	22
5.2	Arbeitszeit und Zahl der Ärztinnen und Ärzte	23
5.3	Potenzial zur Ausweitung der TSS-Vergütung	24
6	Vorläufige Würdigung und Empfehlung	25
7	Stellungnahme des BMG	27
8	Abschließende Würdigung	29

Abkürzungsverzeichnis

B

BA *Bewertungsausschuss*

BMG *Bundesministerium für Gesundheit*

BMV-Ä *Bundesmantelvertrag-Ärzte*

G

GKV *Gesetzliche Krankenversicherung*

GKV-FinStG *Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz), GKV-Finanzstärkungsgesetz* *Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung*

GKV-VSG *GKV-Versorgungsstärkungsgesetz* *Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung*

GVSG *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune*

I

InBA *Institut des Bewertungsausschusses*

K

KBV *Kassenärztliche Bundesvereinigung*

Krankenkassen *Gesetzliche Krankenkassen*

KV *Kassenärztliche Vereinigung*

S

SGB V *Fünftes Buch Sozialgesetzbuch*

T

TSS *Terminservicestelle*

TSVG *Terminservice- und Versorgungsgesetz*

0 Zusammenfassung

Der Bundesrechnungshof hat die extrabudgetäre Vergütung in der ambulanten Versorgung nach dem TSVG geprüft. Die Vergütungsregelungen aus dem Jahr 2019 zielen u. a. darauf ab, den Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten medizinischen Versorgung zu verbessern und Wartezeiten zu reduzieren. Angesichts der bislang vorliegenden Evaluation sieht sich der Bundesrechnungshof veranlasst, dem Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages zu berichten.

0.1

Kassenärztliche Vereinigungen (KV) sowie die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen (Vertragspartner) regeln die Vergütung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte (Vertragsärztinnen und Vertragsärzte) in Gesamtverträgen. Die Vergütung setzt sich aus der MGV und der extrabudgetären Vergütung zusammen. Das Ausgabevolumen der MGV wird als „Budget“ bezeichnet, da die MGV auf den vereinbarten Behandlungsbedarf begrenzt ist. Extrabudgetär vergütete Leistungen unterliegen keiner Mengenbegrenzung. Die Vertragspartner haben die MGV im Allgemeinen um extrabudgetäre Leistungen zu bereinigen, soweit diese zugleich in der MGV berücksichtigt und finanziert werden. Unterbleibt diese Bereinigung, kommt es zu einer Doppelfinanzierung der betroffenen Leistungen (Tnr. 2.1).

0.2

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die KVEn haben grundsätzlich die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Sie müssen gegenüber den Krankenkassen gewährleisten, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Die Krankenkassen leisten die MGV an die KVEn mit befreiender Wirkung. Der Sicherstellungsauftrag umfasst die angemessene und zeitnahe Bereitstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Die KVEn müssen eine Terminservicestelle (TSS) betreiben, die jederzeit unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer (Servicenummer) erreichbar ist. Die TSS hat etwa Behandlungstermine zu vermitteln oder Versicherten bei der Suche nach einer Hausärztin oder einem Hausarzt zu unterstützen (Tnr. 2.2).

0.3

Der Gesetzgeber führte im Jahr 2019 mit dem TSVG zunächst für fünf Fallgruppen neue Vergütungsregelungen (TSVG-Konstellationen) ein:

- TSS-Terminfall,
- TSS-Akutfall,
- Hausarztvermittlung,
- offene Sprechstunde und
- Neupatientenregelung.

In den TSVG-Konstellationen TSS-Terminfall, TSS Akutfall und Hausarztvermittlungsfall zahlen Krankenkassen extrabudgetär Zuschläge. Zudem vergüten Krankenkassen die Leistungen im Behandlungsfall extrabudgetär. Mit dem Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinStG) erhöhte der Gesetzgeber die Zuschläge zum 1. Januar 2023. Des Weiteren beendete er die Neupatientenregelung zum 31. Dezember 2022. (Tnrr. 3, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5).

0.4

Grundsätzlich werden alle TSVG-Konstellationen unbegrenzt, also extrabudgetär und damit zusätzlich zur MGV vergütet. Die Vertragspartner hatten die MGV um die in den TSVG-Konstellationen gezahlten Vergütungen für Behandlungsfälle begrenzt auf ein Jahr zu bereinigen. Für die Konstellationen offene Sprechstunde und Neupatientenregelung gab es eine Korrektur der Bereinigung vom 1. Juli 2021 bis 31. Dezember 2022. Ab dem Jahr 2023 müssen die Vertragspartner die MGV für die offene Sprechstunde dauerhaft bereinigen (Tnr. 3.6).

0.5

Krankenkassen vergüteten für TSVG-Konstellationen bis Mitte 2024 extrabudgetär 13,9 Mrd. Euro. Mehrausgaben entstehen der GKV bei den TSVG-Konstellationen durch

- Zuschläge, weil diese keiner Bereinigung unterliegen,
- steigende Fallzahlen bzw. Mengensteigerungen nach dem Bereinigungszeitraum und
- Vergütungszuwächse für bereits bereinigte TSVG-Leistungen.

Die Mehrausgaben der GKV durch TSVG-Konstellationen bis 30. Juni 2024 betrugen 2,9 Mrd. Euro. Davon entfielen 1,5 Mrd. Euro auf die Mengenentwicklung der unbereinigten Mengensteigerungen, 1,2 Mrd. Euro auf den Vergütungszuwachs für bereinigte TSVG-Leistungen und 0,2 Mrd. Euro auf die Zuschläge. Im Jahr 2023 betrugen die Mehrausgaben 619,5 Mio. Euro, im ersten Halbjahr 2024 waren es 392,8 Mio. Euro.

Das BMG äußerte die Erwartung, dass die Ausgaben für die TSS- und Hausarztvermittlungsfälle im Jahr 2023 stark wachsen würden. Ursächlich sei ein strategisches Verhalten in der Ärzteschaft. Durch die unterbliebene Bereinigung der TSVG-Konstellationen würden die Einsparungen aus dem Wegfall der Neupatientenregelung überkompensiert. Die Doppelfinanzierung steige mit zunehmendem Bekanntheitsgrad und Förderanreizen. Das BMG hielt eine Bereinigung der weiteren TSVG-Konstellationen für dringend erforderlich. Dazu wurde im Jahr 2024 ein Änderungsantrag in ein Gesetzgebungsverfahren eingebracht, der im Ergebnis aber keine Berücksichtigung fand. Bis heute wurden keine neuen Bereinigungsregelungen beschlossen (Tnr. 4).

0.6

Der Gesetzgeber verpflichtete den Bewertungsausschuss (BA) bis zum 31. Dezember 2024 zu untersuchen, ob und inwieweit sich durch die extrabudgetäre Vergütung der Zugang zur fachärztlichen Versorgung verbessert hat. Der BA teilte dem BMG mit, dass die Evaluation bis 31. Dezember 2024 nicht abschließend bearbeitet werden könne. Es werden drei Teile der Evaluation bis Mitte 2026 vorgelegt. Der erste Teil der Evaluierung lag dem BMG im Januar 2025 vor, der zweite im Oktober 2025. Die durchschnittliche Wartezeit im Jahr 2024 hatte nach einer Versichertenbefragung des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) 42 Tage für gesetzlich und 27 Tage für privat Versicherte betragen. Im Jahr 2019 hatten gesetzlich Versicherte dagegen nur durchschnittlich 33 Tage und privat Versicherte 18 Tage auf einen Termin gewartet. Die Wartezeiten haben sich somit verlängert. Demgegenüber sank die Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte von durchschnittlich 41,3 Wochenstunden im Jahr 2014 auf 34,5 Wochenstunden im Jahr 2023. Eine Versichertenbefragung des GKV-Spitzenverbandes im Jahr 2024 ergab, dass 49 % der Befragten das Angebot der TSS nicht kannten (Tnr. 5).

0.7

Der Bundesrechnungshof hat herausgestellt, dass die durch das TSVG eingeführten und durch das GKV-FinStG angepassten Vergütungsregelungen ihr Ziel verfehlt haben. Ein besserer Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten Versorgung ist nicht erkennbar. Krankenkassen müssen mit zunehmender Doppelfinanzierung und Mehrausgaben rechnen. Eine Evaluation wurde nur verzögert und bislang nicht vollständig vorgelegt. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können ihre Vergütung durch strategisches Verhalten optimieren. Der Sicherstellungsauftrag umfasst bereits die angemessene und zeitnahe Bereitstellung vertragsärztlicher Versorgung. Der Bundesrechnungshof hat deshalb empfohlen, die bestehenden TSVG-Vergütungsregelungen ersatzlos zu streichen (Tnr. 6).

0.8

Das BMG hat dargelegt, dass die Ziele des TSVG auch weiterhin zentrale gesundheitspolitische Anliegen seien. Daher sei die Einführung eines verbindlichen Primärarztsystems vorgesehen, um die ambulante Versorgung besser steuern und Termine schneller vergeben zu können. Eine abschließende Bewertung der Auswirkungen der TSVG-Vergütungen erfolge nach vollständiger Vorlage des Evaluationsberichts. Die Ursachen für längere Wartezeiten in der ambulanten fachärztlichen Versorgung und für die Reduktion der durchschnittlichen ärztlichen Arbeitszeit seien aus dem Evaluationsbericht nicht abzuleiten. Die hierbei relevanten Einflussfaktoren seien vielfältig und gingen über extrabudgetäre Vergütungsanreize für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte hinaus. Mit der Einführung eines Primärarztsystems sei eine umfassende Strukturreform geplant. Dabei würden auch die mit dem TSVG eingeführten extrabudgetären Vergütungen umfassend überprüft (Tnr. 7).

0.9

Der Bundesrechnungshof begrüßt, dass das BMG an den im TSVG festgelegten Zielen festhält. Die Einführung eines Primärarztsystems kann eine entscheidende Rolle spielen. Strukturreformen benötigen allerdings einen zeitlichen Vorlauf und zeigen erst mittel- bis langfristig Wirkung. Ein weiteres Abwarten ist nicht hinnehmbar. Der Sicherstellungsauftrag umfasst die Bereitstellung von Terminen und wird bereits mit der MGV vergütet. Den TSVG-Vergütungsregelungen steht keine zusätzliche Leistung gegenüber. Der Bundesrechnungshof wiederholt seine Empfehlung, die bislang noch geltenden TSVG-Vergütungsregelungen zu streichen (Tnr. 8).

1 Einleitung

Die Ausgaben für die ärztliche Behandlung bilden den drittgrößten Ausgabenblock in der GKV. Im Jahr 2024 zahlten die gesetzlichen Krankenkassen (Krankenkassen) dafür 50,3 Mrd. Euro. Das entspricht etwa 16,1 % der Leistungsausgaben der GKV.¹

Mit dem TSVG² wollte der Gesetzgeber im Jahr 2019 den Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten medizinischen Versorgung verbessern. Das Gesetz zielte u. a. darauf ab, die Terminwartezeiten³ gesetzlich Versicherter zu verkürzen. Dazu wurden zusätzliche Vergütungen für die Ärzteschaft geschaffen, die bei den Krankenkassen bis Mitte des Jahres 2024 zu Mehrausgaben von 2,9 Mrd. Euro führten.

In den Jahren 2021 bis 2023 hat sich der Bundesrechnungshof bereits mit der extra-budgetären Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in der ambulanten Versorgung befasst. Dabei hat er auch die Vergütungsregelungen betrachtet, die mit dem TSVG eingeführt wurden. Wesentliche Feststellungen machte er zum Gegenstand einer Berichterstattung an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages.⁴ Der Bundesrechnungshof hatte keine belastbaren Belege für eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch die TSVG-Vergütungsregelungen gefunden. Er hatte empfohlen, alle noch bestehenden mit dem TSVG eingeführten Vergütungsregelungen zu streichen. Das BMG hatte zugesagt, dies zu gegebener Zeit zu prüfen.

Mit einer Kontrollprüfung ist der Bundesrechnungshof der Frage nachgegangen, inwieweit das BMG seiner Zusage nachgekommen ist und ob zwischenzeitlich Nachweise vorliegen, die eine Verbesserung der Versorgung durch die TSVG-Vergütungsregelungen belegen. Aufgrund seiner Feststellungen sieht er sich veranlasst, dem Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages erneut zu berichten. Das BMG hat zu einem Entwurf des Bundesrechnungshofes Stellung genommen. Diese ist im vorliegenden Bericht abgebildet.

¹ Gesetzliche Krankenversicherung, [Endgültige Rechnungsergebnisse 2024](#), Stand 24. Juli 2025.

² Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 6. Mai 2019 ([BGBl. I S. 646](#)).

³ Terminwartezeiten umfasst die Zeit zwischen Terminvereinbarung und Kontakt zur Vertragsärztin oder zum Vertragsarzt. Wartezeiten in der Arztpraxis waren nicht Gegenstand der Prüfung.

⁴ [Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO](#) an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages vom 5. Oktober 2023 über die extra-budgetäre Vergütung vertragsärztlicher Leistungen.

2 Thematische Einführung

2.1 Vergütungssystematik in der vertragsärztlichen Versorgung

Die regionalen Vertragspartner regeln die Vergütung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Einrichtungen aufgrund der bundeseinheitlichen Vorgaben durch Gesamtverträge.⁵ Regionale Vertragspartner sind die KVen sowie die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen. Die Verträge sind so zu schließen, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.⁶ Der allgemein anerkannte Stand medizinischer Erkenntnisse ist hierbei zu berücksichtigen. Die Vergütung ist so zu gestalten, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität).⁷

Die Vergütung setzt sich zusammen aus

- der MGV und
- der extrabudgetären Vergütung.

Das Ausgabevolumen der MGV wird als „Budget“ bezeichnet, da die MGV auf den vereinbarten Behandlungsbedarf begrenzt ist. Leistungserbringer erhalten nur dann eine Vergütung in voller Höhe ihrer regionalen Euro-Gebührenordnung, wenn die Höhe der abgerechneten Leistungsmenge nach der Euro-Gebührenordnung die MGV nicht übersteigt.⁸ Andernfalls werden die Zahlungen gekürzt (quotiertes Honorarvolumen).⁹

Extrabudgetär vergütete Leistungen unterliegen keiner Mengenbegrenzung. Sie sind gesetzlich definiert oder können in den Gesamtverträgen im gesetzlich zulässigen Rahmen vereinbart werden.¹⁰ Grundsätzlich handelt es sich um Leistungen, die besonders gefördert werden sollen oder die medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich sind (besonders

⁵ § 82 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

⁶ § 72 Absatz 2 SGB V.

⁷ § 71 Absatz 1 Satz 1 SGB V.

⁸ Die regionalen Honorarverteilungsmaßstäbe regeln, wie sich Leistungsanforderungen oberhalb des vereinbarten Behandlungsbedarfs auf die Honorierung auswirken.

⁹ Für die Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung wurde das Budget mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) vom 28. Februar 2025 (BGBl. I Nummer 64) ab dem 1. Oktober 2025 abgeschafft. Die Leistungen sind von den Krankenkassen vollständig zu vergüten. Dies gilt auch seit 1. April 2023 für die Vergütung der Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin (§ 87a Absatz 3b Satz 1 SGB V).

¹⁰ § 87a Absatz 3 Sätze 5 und 6 SGB V.

förderungswürdige Leistungen). Darunter fallen etwa Früherkennungsuntersuchungen oder Substitutionsleistungen.¹¹

Die MGV ist grundsätzlich um extrabudgetäre Leistungen zu bereinigen. Ansonsten würden Leistungen zugleich in der MGV und der extrabudgetären Vergütung berücksichtigt. Unterbleibt diese Bereinigung, kommt es zwangsläufig zu einer Doppelfinanzierung der betroffenen Leistungen.

2.2

Sicherstellungsauftrag und Terminservicestelle

Die KBV und die KVen haben grundsätzlich die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Sie müssen gegenüber den Krankenkassen und ihren Verbänden gewährleisten, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Kommt eine KV ihrem Sicherstellungsauftrag – aus von ihr zu vertretenden Gründen – nicht nach, können die Krankenkassen die vereinbarte Vergütung teilweise zurück behalten.¹² Die Krankenkassen leisten die MGV an die KVen mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung.¹³ Durch die in den Gesamtverträgen vereinbarten Vergütungsregelungen decken die Krankenkassen alle Vergütungsansprüche aus dem Sicherstellungsauftrag ab.

Der Sicherstellungsauftrag umfasst die angemessene und zeitnahe Bereitstellung der vertragsärztlichen Versorgung.¹⁴ Dazu führte der Gesetzgeber im Jahr 2015 Regelungen zu einer verpflichtenden Terminservicestelle (TSS) ab dem Jahr 2016 ein.¹⁵ Seit dem 1. Januar 2020 müssen die KVen eine TSS unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer (Servicenummer) betreiben. Die TSS hat

- Versicherten innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer zu vermitteln,
- Versicherte bei der Suche nach einer Hausärztin oder einem Hausarzt zu unterstützen,
- Versicherte bei der Suche nach einem Angebot zur Versorgung mit telemedizinischen Leistungen zu unterstützen und
- Versicherten in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Versorgung auf der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln.¹⁶

Die Wartezeit auf einen Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten.¹⁷ Die Vier-Wochen-Frist gilt nicht bei Routineuntersuchungen und Behandlungen von

¹¹ § 87a Absätze 3 und 5 SGB V.

¹² § 75 Absatz 1 SGB V.

¹³ § 85 Absatz 1 SGB V.

¹⁴ § 75 Absatz 1a Satz 1 SGB V.

¹⁵ Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG) vom 16. Juli 2015 (BGBI. I S. 1211).

¹⁶ § 75 Absatz 1a Satz 3 SGB V.

¹⁷ § 75 Absatz 1a Satz 5 SGB V.

Bagatellerkrankungen.¹⁸ Für die Vermittlung von fachärztlichen Behandlungsterminen muss eine Überweisung vorliegen.¹⁹ Kann die TSS keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer innerhalb von vier Wochen vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten.²⁰

Die KBV evaluiert die Auswirkungen der Tätigkeit der TSS insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Arztterminen, die Häufigkeit der Inanspruchnahme und die Vermittlungsquote. Sie berichtet dazu jährlich dem BMG.²¹

3 TSVG-Konstellationen und Bereinigung

Das TSVG zielte u. a. darauf ab,

- den Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten medizinischen Versorgung zu verbessern,
- bestehende unterschiedlich lange Wartezeiten zwischen gesetzlich und privat Versicherten anzugeleichen,
- Wartezeiten zu reduzieren und
- ein erweitertes Sprechstundenangebot zu schaffen.²²

Dazu führte der Gesetzgeber im Jahr 2019 zunächst für fünf Fallgruppen neue Vergütungsregelungen (TSVG-Konstellationen) ein:

- TSS-Terminfall,
- TSS-Akutfall,
- Hausarztvermittlung,
- offene Sprechstunde und
- Neupatientenregelung.

Die Fallgruppe der Neupatientenregelung wurde zum 31. Dezember 2022 beendet.

¹⁸ § 75 Absatz 1a Satz 8 SGB V.

¹⁹ Von einer Überweisung kann abgesehen werden, sofern es sich etwa um augenärztliche, frauenärztliche Behandlungstermine oder Behandlungstermine in einem Akutfall handelt, § 75 Absatz 1a Satz 4 SGB V.

²⁰ § 75 Absatz 1a Satz 7 SGB V.

²¹ § 75 Absatz 1a Sätze 18, 19 SGB V.

²² Gesetzesbegründung zum TSVG, Bundestagsdrucksache 19/6337.

Grundsätzlich werden alle TSVG-Konstellationen unbegrenzt, also extrabudgetär und damit zusätzlich zur MGV vergütet. Eine Bereinigung findet dabei nur bedingt statt.

3.1 TSS-Terminfall

Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Leistungserbringer über die TSS zahlen die Krankenkassen Zuschläge auf die sogenannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen (Zuschläge).²³ Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erhalten einen gestaffelten extrabudgetären Zuschlag. Die Krankenkassen vergüten neben den Zuschlägen auch die Leistungen im Behandlungsfall extrabudgetär.²⁴

Bis 31. Dezember 2022 betrug der Zuschlag

- 50 % bei einer Behandlung innerhalb von acht Tagen nach der Terminvermittlung,
- 30 % bei einer Behandlung zwischen dem 9. und dem 14. Tag nach Terminvermittlung und
- 20 % bei einer Behandlung zwischen dem 15. und dem 35. Tag nach Terminvermittlung.²⁵

Mit dem GKV-FinStG²⁶ erhöhte der Gesetzgeber die Zuschläge zum 1. Januar 2023. Sie betragen seitdem

- 100 % bei einer Behandlung innerhalb von vier Tagen nach Terminvermittlung,
- 80 % bei einer Behandlung zwischen dem 5. und 14. Tag nach Terminvermittlung und
- 40 % bei einer Behandlung zwischen dem 15. und 35. Tag nach Terminvermittlung.²⁷

3.2 TSS-Akutfall

Versicherte mit akutem Behandlungsbedarf,²⁸ die über die TSS spätestens am Tag nach der Kontaktaufnahme einen Termin bei einem Leistungserbringer erhalten, gelten als TSS-Akutfall.²⁹ Für die Vermittlung eines Behandlungstermins in einem Akutfall über die TSS erhielten die Leistungserbringer bis 31. Dezember 2022 einen Zuschlag von 50 %.³⁰ Mit dem GKV-FinStG erhöhte der Gesetzgeber den Zuschlag auf 200 % zum 1. Januar

²³ Die sog. Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen sind von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt (persönlich oder bei einer Videosprechstunde) zu berechnen. Sie sind nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Ein Behandlungsfall umfasst alle ambulanten Leistungen für einen Versicherten durch dieselbe Arztpraxis im Quartal, § 21 Absatz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä).

²⁴ § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 2 und Nummer 3 SGB V.

²⁵ § 87 Absatz 2b Satz 3 SGB V und § 87 Absatz 2c Satz 3 SGB V (in der Fassung bis 31. Dezember 2022) i. V. m. Beschluss des BA vom 19. Juni 2019 (439. Sitzung).

²⁶ Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz-GKV-FinStG) vom 7. November 2022 (BGBI. I S. 1990).

²⁷ § 87 Absatz 2b Satz 3 SGB V und § 87 Absatz 2c Satz 3 SGB V.

²⁸ Die akute Behandlungsnotwendigkeit wird mittels eines Ersteinschätzungsverfahrens festgestellt.

²⁹ Beschluss des BA vom 19. Juni 2019 (439. Sitzung).

³⁰ § 87 Absatz 2b Satz 3 Nummer 1 SGB V und § 87 Absatz 2c Satz 3 Nummer 1 SGB V a. F.

2023.³¹ In diesen Fällen vergüten die Krankenkassen sowohl den Zuschlag als auch die Leistungen im Behandlungsfall extrabudgetär.³²

Der Zuschlag von 200 % für Akuttermine wird allerdings nur gewährt, wenn Versicherte die TSS selbst kontaktieren, die TSS in einer medizinischen Ersteinschätzung die Dringlichkeit der Behandlung bestätigt hat und der Termin am Tag nach der Kontaktaufnahme stattfindet.³³

3.3 Hausarztvermittlung

Hausärztinnen und Hausärzte erhalten einen Zuschlag für die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einer Fachärztin oder einem Facharzt (Hausarztvermittlung).³⁴

Bis Ende des Jahres 2022 musste der Termin in der Facharztpraxis innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit liegen.³⁵ Der Zuschlag betrug bis 31. Dezember 2022 mindestens 10 Euro. Der folgende fachärztliche Behandlungsfall wurde ebenfalls extrabudgetär vergütet.

Seit 1. Januar 2023 beträgt der Zuschlag für die Vermittlung eines Termes mindestens 15 Euro.³⁶ Weiterhin vergüten die Krankenkassen die Leistungen der Fachärztin oder des Facharztes extrabudgetär, wenn die Behandlung innerhalb von vier Tagen erfolgt.³⁷ Zusätzlich werden die fachärztlichen Leistungen im Behandlungsfall auch dann extrabudgetär vergütet, wenn

- die Terminwartezeit höchstens 35 Kalendertage beträgt und
- eine Terminvermittlung durch die TSS oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch die Patientin oder den Patienten aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar war.

Des Weiteren erhält die Fachärztin oder der Facharzt ab 1. Januar 2023 einen gestaffelten Zuschlag bis zu 100 % je nach Terminwartezeit.³⁸

³¹ § 87 Absatz 2b Satz 3 Nummer 1 SGB V und § 87 Absatz 2c Satz 3 Nummer 1 SGB V.

³² § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummern 2 und 3 SGB V.

³³ § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4 SGB V.

³⁴ § 87 Absatz 2b Satz 3 Nummer 5 SGB V.

³⁵ Beschluss des BA vom 19. Juni 2019 (439. Sitzung).

³⁶ § 87 Absatz 2b Nummer 5 SGB V.

³⁷ § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 4 SGB V i. V. m. § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V.

³⁸ § 87 Absatz 2c Satz 4 SGB V i. V. m. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 14. Dezember 2022 (79. Sitzung).

3.4 Offene Sprechstunde

Als Sprechstunden gelten die Zeiten, in denen Vertragsärztinnen und -ärzte für die Versorgung der Versicherten unmittelbar zur Verfügung stehen.³⁹ Bis 31. August 2019 mussten diese mindestens 20 Sprechstunden in der Woche⁴⁰ anbieten, seit 1. September 2019 sind es mindestens 25 Sprechstunden in der Woche.⁴¹ Grundversorgende Vertragsärztinnen und -ärzte sowie der wohnortnahmen Patientenversorgung zugehörige Fachärztinnen und Fachärzte sind verpflichtet, wöchentlich mindestens fünf offene Sprechstunden anzubieten.⁴² Offene Sprechstunden sind Sprechstunden, in denen Patientinnen und Patienten ohne vorherige Terminvereinbarung behandelt werden. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte der Gynäkologie, Urologie, Dermatologie, Orthopädie, Chirurgie, Psychiatrie, Neurologie und Kinderpsychiatrie sind verpflichtet, offene Sprechstunden anzubieten.⁴³ Die offenen Sprechstunden werden extrabudgetär vergütet, jedoch begrenzt auf 17,5 % der Arztgruppenfälle⁴⁴ einer Arztpraxis des Vorjahresquartals.⁴⁵

3.5 Behandlung von Neupatientinnen und Neupatienten

Extrabudgetär vergütet wurden aufgrund des TSVG auch Leistungen in Behandlungsfällen, wenn die Patientin oder der Patient in der jeweiligen Arztpraxis⁴⁶ erstmals untersucht und behandelt oder mindestens zwei Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurde (Neupatientenregelung).⁴⁷ Mit dem GKV-FinStG beendete der Gesetzgeber diese Vergütungsregelung zum 31. Dezember 2022.

3.6 Bereinigung der TSVG-Konstellationen

Krankenkassen finanzieren Leistungen zwingend doppelt, wenn keine Bereinigung der Leistungen der TSVG-Konstellationen vorgenommen wird. Die einzelnen TSVG-Konstellationen wurden zeitlich gestaffelt eingeführt. Die Bereinigung der MGV führten die regionalen Vertragspartner zunächst ein Jahr lang nach der jeweiligen Einführung durch

³⁹ § 17 Absatz 1a Satz 2 BMV-Ä.

⁴⁰ § 17 Absatz 1a Satz 1 BMV-Ä a. F.

⁴¹ § 17 Absatz 1a Satz 2 BMV-Ä.

⁴² § 19a Absatz 1 Satz 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) in der Fassung vom 6. Mai 2019, gültig ab 11. Mai 2019. Die Zahl der Mindestsprechstunden wurde damit anders als zuvor nicht mehr von der Selbstverwaltung im BMV-Ä geregelt, sondern in einer Verordnung des Bundes. § 17 Absatz 1a Satz 1 BMV-Ä griff diese Neuregelung in seiner geänderten Fassung ab dem 31. August 2019 auf.

⁴³ § 17 Absatz 1c BMV-Ä.

⁴⁴ Der Arztgruppenfall umfasst die Behandlung derselben oder desselben Versicherten durch dieselbe Arztgruppe einer Arztpraxis in demselben Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse, d. h. alle Leistungen der Ärztin bzw. des Arztes in dem Quartal bei dieser Patientin oder diesem Patienten; § 21 Absatz 1c BMV-Ä. Bei 1 000 Arztgruppenfällen werden im Quartal maximal 175 Behandlungsfälle extrabudgetär vergütet.

⁴⁵ Beschluss des BA vom 19. Juni 2019 (439. Sitzung).

⁴⁶ Bestimmte Arztgruppen waren ausgenommen, siehe dazu BA-Beschluss vom 19. Juni 2019 (439. Sitzung).

⁴⁷ § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 SGB V a. F.

(Bereinigungszeitraum). Mit einem Korrekturverfahren im Jahr 2021 passte der Gesetzgeber die Bereinigung der MGV ab 1. Juli 2021 bis 31. Dezember 2022 für die TSVG-Konstellationen Neupatientenregelung und offene Sprechstunde an.⁴⁸ Das Bereinigungsvolumen der Neupatientenregelung wurde wegen der Abschaffung dieser TSVG-Konstellation ab dem Jahr 2023 in die MGV zurückgeführt. Ab dem Jahr 2023 müssen die regionalen Vertragspartner die MGV für die offene Sprechstunde laufend bereinigen. Die Bereinigung betrifft Leistungen der offenen Sprechstunde, soweit die Leistungsmenge um mehr als 3 % gegenüber dem Vorjahr gestiegen ist (sog. Drei-Prozent-Regelung). Bei einem Anstieg der Leistungsmenge bis maximal 3 % findet also keine Bereinigung statt. Zuschläge unterliegen keiner Bereinigung.

Soweit die Fallzahlen der TSVG-Konstellationen TSS-Akutfall, TSS-Terminfall und Hausarztvermittlung nach dem Bereinigungszeitraum steigen, wird die MGV nicht mehr bereinigt.

4 Auswirkungen und Entwicklung der TSVG-Vergütungsregelungen

4.1 Ausgaben für TSVG-Konstellationen

Krankenkassen vergüteten für TSVG-Konstellationen bis Mitte 2024 extrabudgetär 13,9 Mrd. Euro. Nach den gesetzlichen Bestimmungen wird die MGV bereinigt. Dadurch reduzieren sich die Ausgaben der Krankenkassen. Mehrausgaben entstehen den Krankenkassen bei den TSVG-Konstellationen aber zwingend durch

- **Zuschläge**, weil diese keiner Bereinigung unterliegen,
- **steigende Fallzahlen** bzw. Mengensteigerungen **nach** dem Bereinigungszeitraum und
- **Vergütungszuwächse**⁴⁹ für bereits bereinigte TSVG-Leistungen.

Die Mehrausgaben der GKV durch TSVG-Konstellationen bis zum 30. Juni 2024 betragen 2,9 Mrd. Euro (vgl. Abbildung 1). Davon entfielen 1,5 Mrd. Euro auf die Mengenentwicklung nach dem Bereinigungszeitraum, 1,2 Mrd. Euro auf den Vergütungszuwachs für bereinigte TSVG-Leistungen und 0,2 Mrd. Euro auf die Zuschläge.

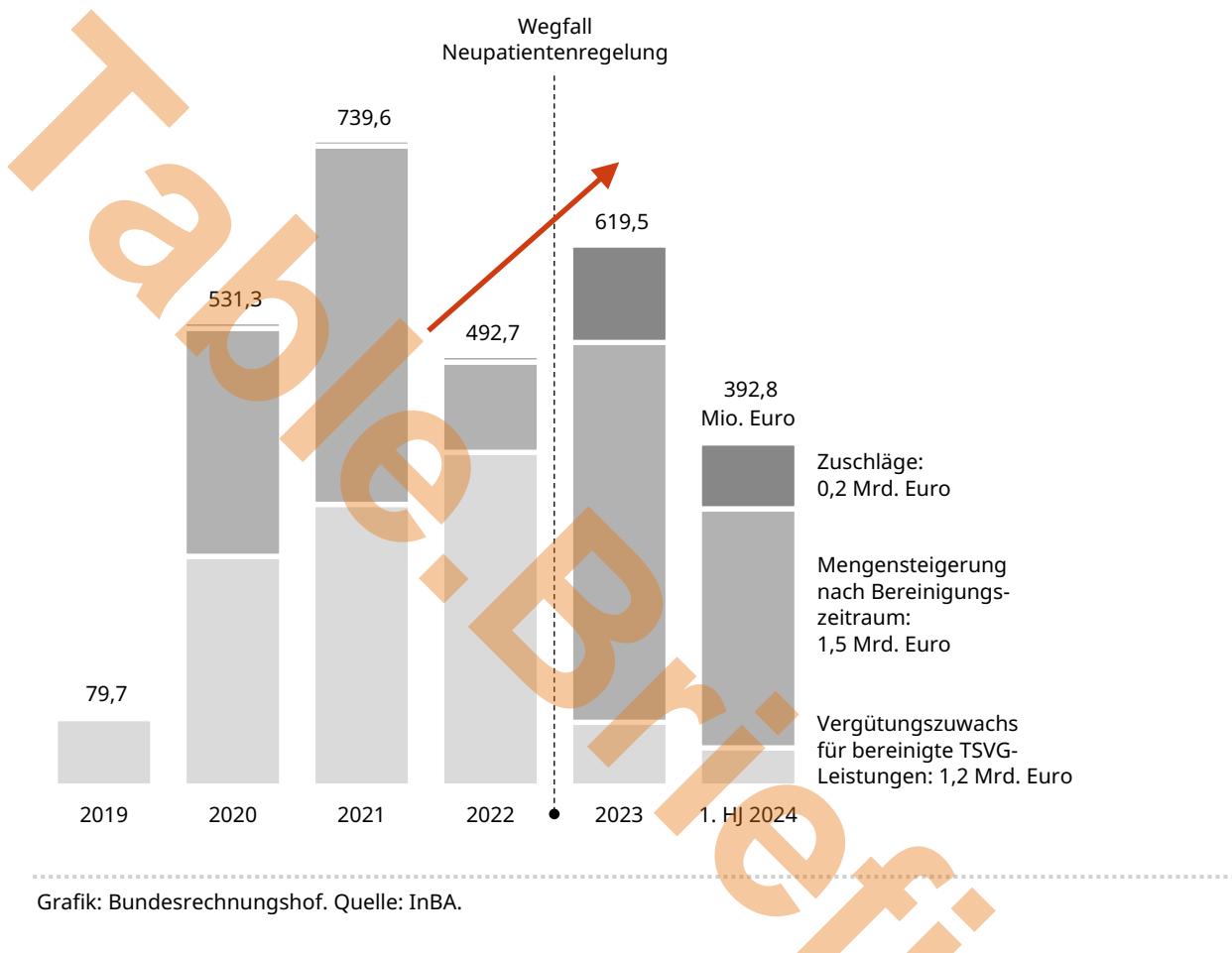
⁴⁸ § 87a Absatz 3 Satz 8 SGB V a. F. Betrachtet werden alle Vergütungen einschließlich der Zuschläge.

⁴⁹ Der Vergütungszuwachs für bereinigte TSVG-Leistungen ist der zusätzliche Aufwand der Krankenkassen aufgrund der nicht budgetierten Vergütung der bereinigten TSVG-Leistungen.

Abbildung 1

Mehrausgaben für TSVG-Konstellationen wieder gestiegen

Trotz Abschaffung der Neupatientenregelung Ende 2022 sind die Mehrausgaben der Krankenkassen für TSVG-Konstellationen wieder gestiegen, nachdem sie im Jahr zuvor gesunken waren.



In den Jahren 2021 und 2022 führte die Korrektur der Bereinigung in den Konstellationen Neupatientenregelung und offene Sprechstunde zu deutlich geringeren Mehrausgaben (vgl. Tnr. 3.6). Nach Erhöhung der Zuschläge und dem Wegfall der Neupatientenregelung stiegen die Ausgaben aber wieder spürbar. Im Jahr 2023 betrugen die Mehrausgaben 619,5 Mio. Euro, im ersten Halbjahr 2024 waren es 392,8 Mio. Euro. Diese Entwicklung ist auf gestiegene Fallzahlen in den verbliebenen TSVG-Konstellationen zurückzuführen. Der GKV-Spitzenverband erwartet für die nächsten Jahre einen weiteren Ausgabenanstieg.

Das InBA hat die finanziellen Auswirkungen der Drei-Prozent-Regelung der offenen Sprechstunde evaluiert. Dazu hat es das geltende Bereinigungsverfahren – mit Drei-Prozent-Regelung – einem fiktiven Bereinigungsverfahren ohne Drei-Prozent-Regelung gegenübergestellt. Daraus ergab sich: Trotz laufender Bereinigung steigen die Ausgaben nach geltender Rechtslage gegenüber dem Vorjahr um 12 bis 16 Mio. Euro jährlich.

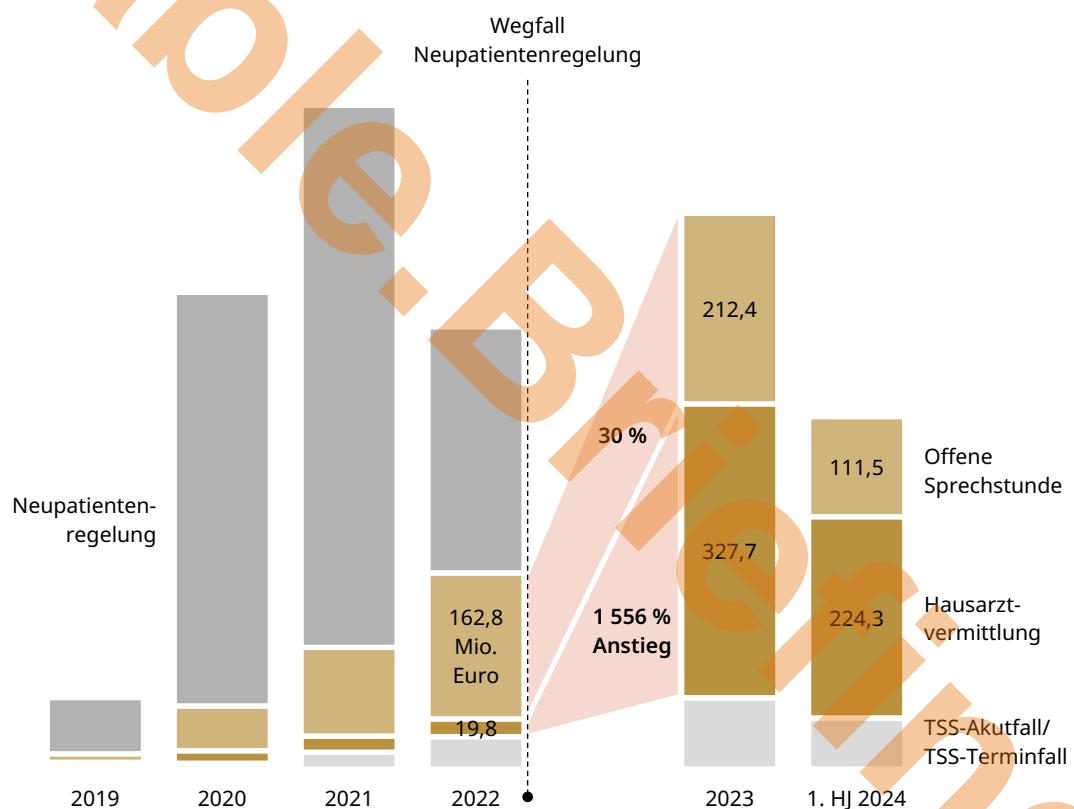
4.2 Strategisches Verhalten der Ärzteschaft

Die Mehrausgaben stiegen insbesondere bei der TSVG-Konstellation Hausarztvermittlung massiv, und zwar von 19,8 Mio. Euro im Jahr 2022 auf 327,7 Mio. Euro im Jahr 2023 (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2

Deutliche Verlagerung bei TSVG-Konstellationen

Nach dem Wegfall der Neupatientenregelung haben sich die Mehrausgaben für die verbliebenen TSVG-Konstellationen deutlich verlagert.



Grafik: Bundesrechnungshof. Quelle: InBA.

Der GKV-Spitzenverband hatte hier Fehlanreize beobachtet: Fachärztinnen und Fachärzte seien etwa nach Wegfall der Neupatientenregelung dazu übergegangen, die Terminvergabe von einem „Dringlichkeitsnachweis“ der Hausärztin bzw. des Hausarztes abhängig zu machen. Patientinnen und Patienten hätten in diesen Fällen nochmals ihre Hausarztpraxis kontaktieren und eine Hausarztvermittlung anstoßen müssen. Diese Möglichkeit schraubte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die Zahl der Hausarztvermittlungen künstlich und ohne einen erkennbaren Mehrwert nach oben. Zudem binde

sie unnötig Ressourcen in der Hausarztpraxis. Für Patientinnen und Patienten ohne Terminvermittlung werde es schwieriger, fachärztliche Termine zu erhalten.

Ein deutlicher Fallanstieg sei in den Jahren 2023 und 2024 auch bei der abgerechneten TSVG-Konstellation offene Sprechstunde zu beobachten gewesen. Nach dem Wegfall der Neupatientenregelung hätten Praxen neue Patientinnen und Patienten oftmals gezielt als Fälle der offenen Sprechstunden abgerechnet. Bis Ende des Jahres 2022 konnte bei Zusammentreffen der Konstellationen offene Sprechstunde und Neupatientenregelung entweder die eine oder die andere gekennzeichnet und somit abgerechnet werden.⁵⁰ Nach Wegfall der Neupatientenregelung beschränkte sich die Kennzeichnungsmöglichkeit auf die verbliebene Konstellation der offenen Sprechstunde, deren Möglichkeiten nunmehr stärker genutzt würden. Die Gesamtzahl der in der offenen Sprechstunde behandelten Patientinnen und Patienten hat sich im Jahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr nur leicht erhöht. Den deutlich höheren Ausgaben steht damit kein adäquater Zuwachs bei den tatsächlichen Behandlungszahlen gegenüber.

4.3 Überlegungen zur weiteren Bereinigung

Das BMG ging in einer internen Bewertung frühzeitig davon aus, dass die Regelungen des TSVG auf eine Doppelfinanzierung angelegt seien. Der Bereinigungszeitraum sei auf ein Jahr begrenzt. Dies führe für die Folgezeit zwangsläufig zu einer Unterbereinigung.

In einem Leitungsvermerk äußerte das BMG im November 2023 die Erwartung, dass die durch Streichung der Neupatientenregelung erzielten Einsparungen der GKV bereits im Jahr 2023 überkompensiert würden. Ein starker Anstieg der TSS- und Hausarztvermittlungszahlen und ihre unterbliebene Bereinigung gleiche den Wegfall der Neupatientenregelung aus. Die Doppelfinanzierung steige mit zunehmendem Bekanntheitsgrad und Förderanreizen. Es verdichteten sich Hinweise auf ein strategisches Verhalten der Ärzteschaft. Analysen legten dar, dass keine Versorgungsverbesserung eingetreten und keine zusätzlichen Terminkapazitäten geschaffen worden seien. Das BMG hielt darum eine Bereinigung der weiteren TSVG-Konstellationen für dringend erforderlich. Ansonsten gäbe es ungerechtfertigte Honorarzuwächse. Das BMG schlug vor, Mehrausgaben aufgrund von Mengensteigerungen zu bereinigen. Vertragsärztinnen und Vertragsärzten würden immer noch die – in der Bereinigung nicht berücksichtigten – Zuschläge und der Vergütungszuwachs für bereinigte TSVG-Leistungen verbleiben.

Die Fraktionen der damaligen Regierungskoalition legten dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages im November 2024 einen Änderungsantrag zum

⁵⁰ Ärztinnen und Ärzte können bis zu 17,5 % der Arztgruppenfälle als offene Sprechstunde abrechnen. Erst wenn ein Leistungserbringer diese Grenze überschreitet, hätte die Kennzeichnung als Neupatient zu einer höheren Vergütung geführt.

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG) vor. Dieser sah eine Bereinigung aufgrund der Mengensteigerungen vor, um eine daraus folgende „unzulässige Doppelfinanzierung“ zu beenden. Eine Bereinigung der Mehrausgaben aufgrund von Zuschlägen und des Vergütungszuwachses für bereinigte TSVG-Leistungen war nicht vorgesehen. Der Änderungsantrag fand keine Berücksichtigung im GVSG.

Bis heute wurden keine neuen Bereinigungsregelungen beschlossen.

5 Evaluation

Mit dem GKV-FinStG konkretisierte der Gesetzgeber die Evaluationsregelungen für die TSVG-Konstellationen. Der BA⁵¹ wurde verpflichtet zu untersuchen, ob und inwieweit sich durch die extrabudgetäre Vergütung der offenen Sprechstunde der Zugang zur fachärztlichen Versorgung in der Zeit vom 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2024 verbessert hat. Über die Ergebnisse war dem BMG bis 31. Dezember 2024 zu berichten.⁵² Die Evaluation umfasst auch die Zuschläge.⁵³ Sie sollte insbesondere klären, inwieweit die Vergütungsanreize den Zugang der Versicherten zur fachärztlichen Versorgung verbessern. Der Gesetzgeber sollte dadurch in die Lage versetzt werden können, eine abschließende Entscheidung über die Fortführung, Anpassung oder Wegfall der Vergütungsanreize treffen zu können.

Der BA teilte dem BMG mit, dass die Evaluation bis 31. Dezember 2024 nicht abschließend bearbeitet werden könne, es lägen nicht alle notwendigen, qualitätsgesicherten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten vor. Er plane einen dreiteiligen Evaluationsbericht:

- Teil 1 sollte bis 31. Dezember 2024 vorgelegt werden. Darin sollten etwa die Kosten- und Leistungsmengenentwicklung, das Bereinigungsvolumen sowie Analysen zur ärztlichen Arbeitszeit abgebildet werden. Das InBA legte dem BMG den ersten Teil der Evaluierung am 31. Januar 2025 vor.
- Die Übersendung eines weiteren Evaluationsteils sollte im 2. Quartal 2025 erfolgen. Er untergliedert sich in einen Teil 2 der Evaluation sowie in weitere zwei Teile der Auswertung einer Versichertenbefragung. Die Evaluation Teil 2 sowie ein erster Teil der

⁵¹ Der BA bestimmt für die vertragsärztliche Vergütung die Rahmenbedingungen.

⁵² § 87a Absatz 3 Sätze 10 ff. SGB V.

⁵³ Darüber hinaus hat der BA die TSVG-Konstellation TSS-Akutfall halbjährlich zu evaluieren und dem BMG zu berichten, erstmals bis 30. September 2023, § 87a Absatz 3 Satz 22 SGB V. Das InBA berichtete dem BMG halbjährlich über die Ergebnisse der Evaluierung der Zuschläge von 200 % in TSS-Akutfällen.

Versichertenbefragung wurde dem BMG im Oktober 2025 übersandt. Der zweite Teil der Versichertenbefragung befand sich Ende des Jahres 2025 noch in Abstimmung.
→ Teil 3 werde im zweiten Quartal 2026 vorgelegt.

Am 20. Dezember 2024 beschloss der BA eine weitere Datenlieferung, um die Zeitspanne zwischen hausärztlicher Überweisung und zugehöriger fachärztlicher Weiterbehandlung zu messen. Die Daten waren bis zum 30. September 2025 an das InBA weiterzuleiten.⁵⁴ Aus den vorliegenden Unterlagen ergibt sich folgendes Bild:

5.1 Zeitnahe Versorgung

Die Wartezeit im hausärztlichen Bereich für gesetzlich Versicherte betrug ausweislich einer GKV-Versichertenbefragung des GKV-Spitzenverbandes im Jahr 2024 durchschnittlich drei Tage und im Median einen Tag. Zwischen dem Jahr 2019 und dem Jahr 2022 war die Wartezeit nahezu stabil geblieben. Die Mehrheit der Versicherten zeigte sich mit den Wartezeiten für einen hausärztlichen Termin zufrieden, 12 % der Versicherten waren unzufrieden.⁵⁵

Im fachärztlichen Bereich hatten gesetzlich Versicherte durchschnittlich länger auf einen Termin gewartet als privat Versicherte. Die durchschnittliche Wartezeit im Jahr 2024 hatte nach der Versichertenbefragung des InBA 42 Tage für gesetzlich und 27 Tage für privat Versicherte betragen.⁵⁶ Im Jahr 2019 dagegen hatten gesetzlich Versicherte durchschnittlich 33 Tage und privat Versicherte durchschnittlich 18 Tage auf einen Termin gewartet. Die Wartezeiten haben sich somit verlängert, der Abstand war hingegen gleichgeblieben und betrug 15 Tage (vgl. Abbildung 3).

⁵⁴ Beschluss des BA gemäß § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 760. Sitzung vom 20. Dezember 2024.

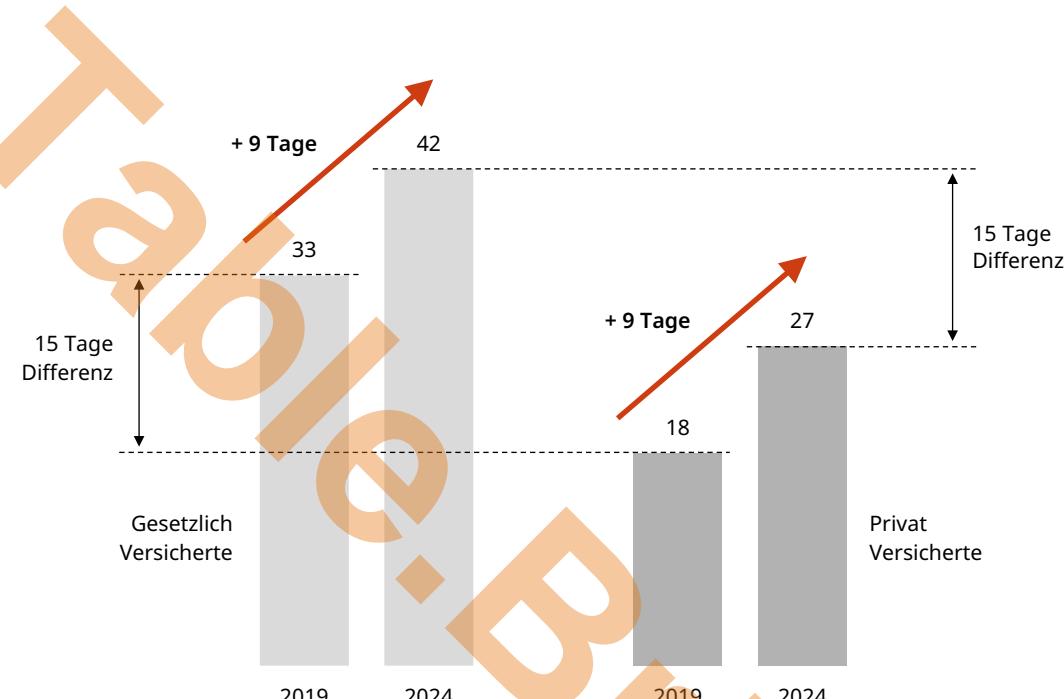
⁵⁵ GKV-Spitzenverband, Repräsentative Versichertenbefragung 2024 durch den GKV-Spitzenverband mit dem Schwerpunkt ambulante Versorgung, GKV-90 Prozent, Dezember 2024.

⁵⁶ Zwischen den Arztgruppen gab es Unterschiede. Bei Frauenärztinnen und Frauenärzten lag der Unterschied bei 8 Tagen, bei Orthopäden 20 Tage. Es werden nur Versicherte mit einer Wartezeit von mindestens einem Tag betrachtet.

Abbildung 3

Wartezeiten weiter verlängert

Sowohl für gesetzlich Versicherte als auch für privat Versicherte haben sich die Wartezeiten auf einen Facharzttermin verlängert. Dies zeigt ein Vergleich der durchschnittlichen Wartezeiten des Jahres 2019 mit 2024. Die Differenz beider Patientengruppen blieb mit 15 Tagen konstant.



Grafik: Bundesrechnungshof. Quelle: InBA.

Während 32,8 % der gesetzlich Versicherten im Jahr 2019 länger als einen Monat auf einen Facharzttermin warteten, betrug dieser Anteil bei privat Versicherten 12,9 %. Im Jahr 2024 hatten 41,5 % der gesetzlich Versicherten und 23,7 % der privat Versicherten länger als einen Monat gewartet. Die relative Differenz war mit 17,8 Prozentpunkten im Jahr 2024 etwas geringer als im Jahr 2019 mit 19,9 Prozentpunkten.

5.2 Arbeitszeit und Zahl der Ärztinnen und Ärzte

Ausweislich der vorliegenden Teil-Evaluation war die Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte von durchschnittlich 41,3 Wochenstunden im Jahr 2014 auf 34,5 Wochenstunden im Jahr 2023 gesunken. Dies entsprach einem durchschnittlichen Rückgang von 2,0 % pro Jahr. Ursächlich für den Rückgang könnten nach Einschätzung des InBA demografische Faktoren sein. Ärztinnen und Ärzte könnten etwa vor dem Eintritt in den Ruhestand stärker ihre Arbeitszeit reduziert haben. Junge Ärztinnen und Ärzte könnten wegen Kinder-Betreuungszeiten weniger Arbeitszeit angeboten haben. Die Untergruppe (männlicher) Ärzte zwischen 45 und 60 Jahren zeige, dass auch in dieser Gruppe die

durchschnittliche Arbeitszeit zurückgehe. In den Jahren 2014 bis 2023 sei die durchschnittliche tatsächliche Arbeitszeit mit 1,5 % pro Jahr von 49,1 auf 42,7 Stunden pro Woche gesunken. Nach Einführung der TSVG-Vergütungsregelungen sei kein Anstieg der geleisteten Arbeitszeit zu verzeichnen. Ob die Regelungen des TSVG einen positiven Effekt aufwiesen, der Trend der Reduzierung der Arbeitszeit jedoch überwiege, könne nicht beantwortet werden.

Eine steigende Zahl von Ärztinnen und Ärzten könne die durchschnittlich geringere Arbeitszeit ausgleichen. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte sei seit dem Jahr 2014 um 8,4 % gestiegen. Gemessen in Vollzeitäquivalenten sei die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in diesem Zeitraum um 2,6 % gesunken. Die gesamte ärztliche Arbeitszeit sei im Jahr 2023 um 9,2 % niedriger gewesen als im Jahr 2014. Nach Einführung der TSVG-Vergütungsregelungen sei ein Anstieg der gesamten ärztlichen Arbeitszeit nicht erkennbar.

5.3 Potenzial zur Ausweitung der TSS-Vergütung

Die KBV hat die Tätigkeiten der TSS jährlich zu evaluieren.⁵⁷ Daraus ergab sich, dass die TSS 2,7 Mio. Termine im Jahr 2024 zur Verfügung gestellt hatte. Davon seien 1,5 Mio. Termine gebucht worden.⁵⁸ Von diesen Terminbuchungen sei in 9 % der Fälle eine Absage durch Versicherte oder durch die Praxis erfolgt.⁵⁹ Die Versichertenbefragung des GKV-Spitzenverbandes ergab, dass die TSS oft nicht bekannt waren. Im Jahr 2024 hätten 49 % der Befragten dieses Angebot nicht gekannt. Als neuer Zugang wurde die Onlinevermittlung der TSS eingerichtet. Diese sei von 7 % der Befragten für fachärztliche Terminvereinbarungen genutzt worden.⁶⁰

Die Zahl der in der offenen Sprechstunde gekennzeichneten Fälle liege in allen Arztruppen unterhalb der maximal abrechenbaren Arztgruppenfälle von 17,5 %. Eine weitere Zunahme der Fallzahlen in der offenen Sprechstunde sei möglich. Insbesondere in kleineren Praxen sei der Anteil der in der offenen Sprechstunde erbrachten Fälle niedrig.

⁵⁷ § 75 Absatz 1a Satz 19 SGB V.

⁵⁸ Zwei KVen bieten alternative Terminvermittlungen an. Bei diesen gab es zusätzlich 70 163 berechtigte Vermittlungswünsche.

⁵⁹ KBV, Tätigkeit der Terminservicestellen, Evaluationsbericht 2024 vom 27. Juni 2025, S. 7.

⁶⁰ GKV-Spitzenverband, GKV-90 %, Versichertenbefragung Licht und Schatten: So sehen Versicherte das deutsche Gesundheitswesen, Dezember 2024.

6 Vorläufige Würdigung und Empfehlung

Wesentliche Ziele des TSVG wurden nicht erreicht

Der Bundesrechnungshof hat herausgestellt, dass die durch das TSVG eingeführten und durch das GKV-FinStG angepassten Vergütungsregelungen ihr Ziel verfehlt haben. Krankenkassen zahlten bis Mitte des Jahres 2024 zusätzlich 2,9 Mrd. Euro, um ihren Versicherten einen besseren Zugang zur ärztlichen Versorgung zu gewähren. Einen solchen konnte die bisherige Evaluation aber nicht bestätigen. Analysen zeigten vielmehr, dass sich die Wartezeiten sogar insgesamt verlängerten: Gesetzlich Versicherte warten im Jahr 2024 durchschnittlich sechs Wochen auf einen Arzttermin, im Jahr 2019 hatte die Wartezeit noch knapp fünf Wochen betragen. Ebenso blieb es bei unterschiedlichen Wartezeiten von gesetzlich und privat Versicherten, wobei der Abstand mit 15 Tagen konstant blieb.

Obwohl die Zahl der Ärztinnen und Ärzte steigt, sinkt die geleistete Gesamtarbeitszeit seit dem Jahr 2014 kontinuierlich. Die TSVG-Vergütungsregelungen konnten diesen Trend nicht umkehren. Die finanziellen Anreize erhöhten die Ausgaben im Gesundheitssystem, erzielten aber nicht die gewünschte Wirkung. Um Problemen in der vertragsärztlichen Versorgung zu begegnen, hielt der Bundesrechnungshof strukturelle Reformen für notwendig. Maßnahmen, die auf kürzere Wartezeiten zielten, müssten gesellschaftliche, technologische und demographische Aspekte und die vielfältigen daraus folgenden Gestaltungsmöglichkeiten zwingend mitberücksichtigen.

Doppelfinanzierungen sind unwirtschaftlich

Behandlungsfälle in TSVG-Konstellationen, die extrabudgetär vergütet werden und denen keine Bereinigung der MGV gegenübersteht, werden zwangsläufig doppelt finanziert. Dies betrifft insbesondere Mengensteigerungen, die nach erfolgter Bereinigung eintreten. Das BMG hat auf diese offensichtliche und bereits seit Jahren bekannte Entwicklung nicht ausreichend reagiert. Erst Ende des Jahres 2024 schlug es vor, mit einem Änderungsantrag zum GVSG die auch aus seiner Sicht „unzulässige Doppelfinanzierung“ zu beenden und die Bereinigungsregelung anzupassen. Dieser Vorschlag wurde bis heute nicht umgesetzt. Allein im Jahr 2023 führte dies zu Mehrausgaben der GKV von über 400 Mio. Euro. Im Jahr 2024 werden es voraussichtlich – derzeit liegen nur Daten für das erste Halbjahr vor – mehr als eine halbe Milliarde Euro sein. Weitere Mengensteigerungen sind aufgrund des wachsenden Bekanntheitsgrades der TSS und der Kennzeichnung in der offenen Sprechstunde möglich. Krankenkassen müssen daher mit zunehmenden Doppelfinanzierungen und entsprechenden Mehrausgaben rechnen. Diese Entwicklung muss – nicht zuletzt aufgrund der mehr als angespannten

Finanzsituation der GKV – schnellstmöglich gestoppt werden. Das BMG muss darauf achten, dass gesetzliche Änderungen nicht zu Doppelfinanzierungen führen. Diese sind grundsätzlich unwirtschaftlich und nicht hinnehmbar.

Evaluation immer noch nicht vollständig

Der Gesetzgeber bestimmte eine Frist zur Vorlage der Evaluation, die bereits Ende des Jahres 2024 ablief. Mit einem Monat Verspätung legte das InBA nur einen ersten Teil der Evaluation vor, der sich im Wesentlichen auf Fall- und Abrechnungszahlen sowie eine Analyse zur Zahl der Ärztinnen und Ärzte und deren Arbeitszeit beschränkt. Erst im Oktober 2025 wurde der zweite Teil sowie der erste Teil der Versichertenbefragung an das BMG weitergeleitet. Der zweite Teil der Versichertenbefragung befand sich zum Jahresende 2025 noch in Abstimmung. Mitte 2026 soll dann der dritte Teil der Evaluation übermittelt werden, eineinhalb Jahre nach der gesetzlich bestimmten Frist. Erst im Dezember 2024 beschloss der BA eine weitere Datenlieferung.

Evaluationen sollen dem Gesetzgeber und dem BMG die notwendigen Informationen bereitstellen, um ggf. Änderungen oder Ergänzungen bestehender Regelungen zielgenau vornehmen zu können. Verzögerungen sind daher grundsätzlich zu vermeiden, denn sie vereiteln zeitnahe Reformen. Die Voraussetzungen für die dazu notwendigen Analysen müssen zeitnah geschaffen werden, insbesondere wenn Mehrausgaben der GKV in Milliardenhöhe drohen bzw. bereits eingetreten sind.

Strategisches Verhalten ist inakzeptabel

Die TSVG-Vergütungsregelungen sind so ausgestaltet, dass Ärztinnen und Ärzte ihre Vergütung durch strategisches Verhalten optimieren können. Dies betrifft Fachärztinnen und Fachärzte, die ihre Patientinnen und Patienten dazu animieren, hausärztliche Dringlichkeitsüberweisungen beizubringen. Dieser Fehlanreiz muss unterbunden werden, denn er provoziert zusätzliche Arztkontakte und konterkariert das zentrale Anliegen des TSVG, Wartezeiten zu verkürzen.

Nach Beendigung der Neupatientenregelung zum Jahresende 2022 stieg die Fallzahl der Hausarztvermittlungen und der offenen Sprechstunde deutlich an. Dies führte zu einem massiven Anstieg der Mehrausgaben der TSVG-Konstellationen „Hausarztvermittlung“ von über 300 Mio. Euro und „offene Sprechstunde“ von fast 50 Mio. Euro. Ein adäquater Behandlungszuwachs stand dem nicht gegenüber. Zwar schuf der Gesetzgeber Bereinigungsregelungen für die „offene Sprechstunde“. Sie greifen jedoch erst ab einem Leistungsmengenzuwachs von 3 % und lassen daher – in Teilen – eine Doppelfinanzierung zu. Dies führt zu jährlich steigenden Kosten im zweistelligen Millionenbereich, ohne dass eine entsprechende Versorgungsverbesserung erkennbar ist.

Sofortiges Handeln ist notwendig

Der Sicherstellungsauftrag der KBV und der KVen umfasst die angemessene und zeitnahe Bereitstellung vertragsärztlicher Versorgung. Dies schließt eine ausreichende Behandlung aller Patientinnen und Patienten und die dazu notwendige Terminvergabe zwingend mit ein. Mit der MGV vergüten die Krankenkassen sämtliche aus dem Sicherstellungsauftrag folgenden Leistungen mit befreiender Wirkung. Eine zusätzliche Vergütung ist nach Überzeugung des Bundesrechnungshofes nicht angemessen, denn ihr steht keine zusätzliche Leistung der Ärzteschaft gegenüber. Bis Mitte 2024 zahlten Krankenkassen 2,9 Mrd. Euro für Leistungen, die ohnehin bereits abgegolten waren. Eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch die TSVG-Vergütungsregelungen ist nicht belegt. Wartezeiten verlängerten sich, während die Gesamtarbeitszeit von Ärztinnen und Ärzten sank. Eine Angleichung an die Wartezeiten von privat Versicherten ist ebenfalls nicht erfolgt. Zusätzliche Ausgaben ohne eine Verbesserung des Zugangs zur ambulanten Versorgung sind unwirtschaftlich.

Der Bundesrechnungshof hat empfohlen, wie bereits anlässlich seiner Berichterstattung im Jahr 2023, die bestehenden TSVG-Vergütungsregelungen ersatzlos zu streichen. Sie sind nicht abhängig von erbrachten ärztlichen Leistungen, sondern allein von Begleitumständen (z. B. Zeitpunkt, Art der Terminvergabe). Eine angemessene und zeitnahe vertragsärztliche Versorgung ist von den Leistungserbringern ohne weitere finanzielle Anreize zu gewährleisten. Eine bloße Bereinigung doppelt finanziert Leistungen ist nicht ausreichend und zielführend. Der Bundesrechnungshof hielt es für verfehlt und unwirtschaftlich, die Erfüllung ohnehin bestehender gesetzlicher und vertraglicher Verpflichtungen zusätzlich aus Beitragsmitteln der GKV in Milliardenhöhe zu vergüten.

7 Stellungnahme des BMG

Das BMG hat dargelegt, dass die Einführung der extrabudgetären Vergütungen in TSVG-Konstellationen darauf abzielte,

- den Zugang zur fachärztlichen Versorgung für GKV-Versicherte zu verbessern,
- das Versorgungsangebot für die Patientinnen und Patienten auszuweiten und
- die Terminwartezeiten zu reduzieren.

Dies seien weiterhin zentrale gesundheitspolitische Anliegen der Bundesregierung. Der Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode sehe die Einführung eines verbindlichen

Primärarztsystems vor, um die ambulante Versorgung besser steuern und Termine schneller vergeben zu können.

Der BA habe die Auswirkungen der extrabudgetären Vergütungen für Leistungen, die in der offenen Sprechstunde erbracht werden, und der Zuschläge in Vermittlungskonstellationen auf den Zugang zur fachärztlichen Versorgung zu evaluieren. Er lege dem BMG die Ergebnisse der Evaluation zeitlich gestaffelt in drei Berichtsteilen vor und führe in diesem Zusammenhang unter anderem eine umfassende Versichertenbefragung durch. Die ersten beiden Berichtsteile habe er dem BMG am 31. Januar 2025 und am 20. Oktober 2025 vorgelegt. Der dritte Teil des Evaluationsberichts läge noch nicht vor. Dieser werde nach Angaben des BA Analysen zu den Terminwartezeiten bei der Nutzung einzelner TSVG-Konstellationen sowie zu den Kenntnissen und Erfahrungen der Versicherten mit den TSVG-Versorgungsangeboten enthalten. Eine abschließende Bewertung der Auswirkungen der TSVG-Vergütungen erfolge nach vollständiger Vorlage des Evaluationsberichts.

Bereits jetzt lägen Analysen zur Entwicklung der Terminwartezeiten und zu einer etwaigen Veränderung des Zugangs zur fachärztlichen Versorgung für GKV-Versicherte seit Einführung der TSVG-Vergütungen vor, die der Bundesrechnungshof zusammenfassend dargestellt habe. Die Ursachen für längere Wartezeiten in der ambulanten fachärztlichen Versorgung und kürzere durchschnittliche ärztliche Arbeitszeiten seien aus dem Evaluationsbericht jedoch nicht abzuleiten. Die relevanten Einflussfaktoren seien vielfältig und gingen über die extrabudgetären Vergütungsanreize für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte hinaus.

Das BMG stimme den Ausführungen des Bundesrechnungshofes zu, wonach bei gesundheitspolitischen Maßnahmen mit dem Ziel, kürzere Terminwartezeiten und eine Verbesserung des Zugangs zur fachärztlichen Versorgung zu erreichen, vielfältige Faktoren berücksichtigt werden müssten.

Mit der Einführung eines Primärarztsystems plane die Bundesregierung in dieser Legislaturperiode eine umfassende Strukturreform in der ambulanten Versorgung. Bei der Neustrukturierung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung würden auch die mit dem TSVG eingeführten extrabudgetären Vergütungen umfassend überprüft.

8 Abschließende Würdigung

TSVG-Vergütungsregelungen sind gescheitert

Bis Mitte des Jahres 2024 kosteten die TSVG-Vergütungsregelungen die GKV 2,9 Mrd. Euro. Die damit verfolgten Ziele wurden indes nicht erreicht: Weder haben sich die Wartezeiten auf die ambulante Versorgung für gesetzlich Versicherte verbessert, noch hat eine Angleichung der Wartezeiten von gesetzlich und privat Versicherten stattgefunden. Dabei wird eine zeitnahe angemessene vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Versicherten ohnehin als Teil des Sicherstellungsauftrags der KBV und der KVen geschuldet und mit der MGV vergütet. Es bedarf also keiner zusätzlichen „Anreize“ für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Behandlungsfälle in Fallkonstellationen des TSVG werden vielmehr doppelt vergütet, soweit keine Bereinigung stattfindet.

Hinzu kommt, dass bestimmte TSVG-Konstellationen missbräuchlich verwendet werden und kontraproduktiv sind: Durch die Forderung, Dringlichkeitsbescheinigungen beizubringen, werden Termine bei Fachärztinnen und Fachärzten unzulässig honoriert. Gleichzeitig werden unnötig hausärztliche Kontakte provoziert und damit Ressourcen belastet.

TSVG-Vergütung jetzt streichen – kein Abwarten bis zur letzten Teilevaluierung

Der Bundesrechnungshof empfiehlt, die TSVG-Vergütung zu streichen. Bis zu einer vollständigen Vorlage des Evaluationsberichts sollte damit nicht gewartet werden. Die Evaluationsergebnisse sollten bereits vor über einem Jahr vorgelegt werden. Die jetzt noch ausstehenden Hinweise zu den Wartezeiten bei der Nutzung einzelner TSVG-Konstellationen sowie zu den allgemeinen Kenntnissen und Erfahrungen der Versicherten mit den TSVG-Versorgungsangeboten versprechen zwar einen gewissen Erkenntnisgewinn. Schon jetzt ist aber klar erkennbar: Eine Reduzierung der Wartezeiten als zentrales Ziel der TSVG-Vergütungsregelungen wurde nicht erreicht. Anhaltspunkte für eine Umkehr des bisherigen Trends bestehen nicht. Ein weiteres Aufschieben notwendiger Schritte ist damit – auch angesichts der angespannten Finanzsituation der GKV – nicht länger hinnehmbar.

Nach Überzeugung des Bundesrechnungshofes greift es im Übrigen zu kurz, die MGV um die Vergütung nach den TSVG-Konstellationen zu bereinigen, um eine Doppelvergütung abzuwenden. Vergütet werden mit den TSVG-Konstellationen keine zusätzlichen extrabudgetären Leistungen, sondern allein Begleitumstände einer ambulanten

Versorgung wie deren Zeitpunkt und die Art der Terminvergabe. Dies sollte einer Bereinigung nicht zugänglich sein.

Für längere Wartezeiten sieht der Bundesrechnungshof gesellschaftliche, technologische und demographische Gründe. Dies kann auch zu einer Reduktion der durchschnittlichen ärztlichen Arbeitszeit führen. Ein derartiger Kausalzusammenhang wird zwar nicht im Evaluationsbericht abgebildet, durch Auswahl der in der Evaluation zu untersuchenden Aspekte aber offenbar auch vom BMG unterstellt. Unbeschadet dessen wurde das Ziel der TSVG-Konstellationen, einen schnelleren Zugang zur ambulanten Versorgung zu erreichen, nicht erreicht.

Der Bundesrechnungshof begrüßt im Übrigen, dass die Regierungskoalition weiterhin das Ziel verfolgt, den Zugang zur fachärztlichen Versorgung für GKV-Versicherte zu verbessern, das Versorgungsangebot für Patientinnen und Patienten auszuweiten und Terminwartezeiten zu reduzieren. Die Einführung eines Primärarztsystems kann dabei eine entscheidende Rolle spielen. Die Wirkung der Reform hängt jedoch maßgeblich von deren Ausgestaltung ab. Strukturreformen benötigen einen zeitlichen Vorlauf und entfalten erst mittel- bis langfristig ihre Wirkung. Ein Zuwarten bis zur Umsetzung eines neuen Systems würde weiterhin zu einer ungerechtfertigten Doppelfinanzierung führen und ist nicht akzeptabel.

Dr. Weber

Sievers

Begläubigt: Bersch, Amtsinspektor

Wegen elektronischer Bearbeitung ohne Unterschrift und Dienstsiegelabdruck.