

Zur Debatte um Wartezeiten auf Facharzttermine in Deutschland

Autor: Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender des Virchowbundes, Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.

1. Formen der fachärztlichen Versorgung

In Deutschland haben Patienten drei verschiedene Organisationsformen ambulanter fachärztlicher Versorgung zur Verfügung. Ca. 90 % der Patienten sind gesetzlich versichert, 10 % sind privat versichert.

1. Die reine fachärztliche **Privatpraxis**

Diese Praxis befindet sich im Eigentum des Arztes (oder MVZ), dieser trägt das volle wirtschaftliche Risiko, ist Arbeitgeber und Kreditnehmer. Es gilt das Berufsrecht des freien Berufes (dieses sichert Patienten u. a. Einmischung von Dritten wie Kassen oder Staat in die Behandlung)¹ und es herrscht Berufsausübungsfreiheit. Oft werden nur ca. 10-20 Patienten am Tag behandelt.

2. Die fachärztliche **Vertragsarztpraxis**

Es handelt sich um eine Privatpraxis, für die der Praxisinhaber zusätzlich eine Kassenzulassung beantragt und bekommen hat. Im Rahmen dieser Zulassung ist der Arzt verpflichtet, bis zu 25 Wochenstunden Sprechstunde speziell für gesetzlich Versicherte anzubieten. Diese 25 Sprechstunden plus die dadurch notwendigen Nebenarbeiten resultieren in ca. 53 Stunden Arbeitszeit pro Woche.

Dem Arzt steht es frei, zusätzlich dazu weitere Sprechstunden anzubieten, z. B. für Selbstzahler in seiner Privatpraxis (siehe oben). Für viele Praxisinhaber ist dies notwendig, da sie alleine aus den gedeckelten GKV-Honoraren ihre Praxiskosten nicht ausreichend decken können.

3. Die **Privatsprechstunden von Chefärzten und Ordinarien**

Krankenhäusern erlauben ihren Chefärzten bzw. Universitätskliniken erlauben ihren Lehrstuhlinhabern und teilweise auch Oberärzten Privatsprechstunden für Selbstzahler anzubieten. Manchmal sind jene auch dazu verpflichtet.

Die Einnahmen fließen zum größten Teil dem Arbeitgeber zu. Dies sind zu 80 % staatliche Krankenhäuser.

¹ <https://www.virchowbund.de/verbandsarbeit/freiberuflichkeit>

2. Terminverhältnis von Privat- und gesetzlich Versicherten

Beispielrechnung einer Praxis mit 1.800 GKV-versicherten Patienten und vollem Versorgungsauftrag. Beim real existierenden Verhältnis von 9 GKV-Patienten zu 1 PKV-Patienten (siehe oben) bedeutet dies:

GKV-Patienten (Gesetzlich)

Statistisch: 1.800 GKV-Patienten (90 %) / Quartal (12 Wo.)

Verfügbare Zeit: 25 Std./Woche x 12 Wochen = 300 Std./Quartal = 18.000 Min.

Terminvergabe à Ø 10 Min = 1.800 Termine

Ergebnis: 1 Termin je GKV-Patient / Quartal.

PKV-Patienten (Privat)

Statistisch: 180 PKV-Patienten (10 %) / Quartal

Verfügbare Zeit: z. B. 5 Std./Woche (freiwillige Mehrarbeit) x 12 Wochen = 60 Std./Quartal

Terminvergabe à Ø 10 Min = 360 Termine

Ergebnis: 2 Termine pro PKV-Patient / Quartal.

Erklärung:

Da Privatpatienten eine verhältnismäßig sehr kleine Gruppe sind, profitieren sie von jeder Stunde freiwilliger Mehrarbeit überproportional.

Würde sich eine Praxis entscheiden, ihre Mehrarbeit von 5 Stunden bzw. 360 Terminen, stattdessen anteilig zur Hälfte für GKV-Patienten und zur Hälfte für PKV-Patienten zur Verfügung zu stellen, erhielten zwar 1.910 statt 1.800 GKV-Patienten in diesem Quartal einen Termin, rechnerisch wären es jedoch weiterhin nur 1,06 Termine je Patient pro Quartal.

3. Terminvergabe in der Vertragsarztpraxis

Gesetzlich versicherte Patienten haben mehrere Wege, um Termine in fachärztlichen Vertragsarztpraxen zu erhalten.

An jedem Arbeitstag finden in den Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeuten in Deutschland über 1,8 Millionen Behandlungen statt.

- **Sofortzugang über offene Sprechstunden:** Seit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sind bestimmte grundversorgende Fachgruppen gesetzlich verpflichtet, **mindestens 5 Stunden pro Woche als offene Sprechstunde** anzubieten.

Hierfür ist **keine vorherige Terminvereinbarung** notwendig – Patienten können bei akuten Beschwerden direkt in die Praxis kommen, wodurch die Wartezeit auf einen Termin rechnerisch entfällt.

Verpflichtete Fachgruppen:

- Augenärzte
 - Frauenärzte (Gynäkologen)
 - Hautärzte (Dermatologen)
 - HNO-Ärzte
 - Nervenärzte, Neurologen und Psychiater
 - Orthopäden und Unfallchirurgen
 - Urologen
- **Schnelle Vermittlung bei akuten Beschwerden:** Terminservicestelle 116 117 und Hausarztvermittlung
 - Rund **62 Prozent** der über Hausärzte vermittelten Facharzttermine konnten **innerhalb von vier** Tagen vereinbart werden, und 87 % innerhalb von **14 Tagen**.²
 - Bei Vermittlung über die **Terminservicestellen (TSS / 116 117)** liegt die durchschnittliche Wartezeit bei **ca. 8 Tagen**. Über 90 % der Anfragen führen innerhalb von 4 Wochen zu einem Termin.
 - **Routine- vs. Akutversorgung:**
 - Etwa **75 % aller Patientinnen und Patienten** in Deutschland erhalten innerhalb eines Monats einen Facharzttermin. Längere Wartezeiten (über 30 Tage) betreffen vor allem planbare, routinemäßige Vorsorge- oder Nachuntersuchungen ohne akuten Handlungsbedarf

4. Internationaler Vergleich

Im internationalen Kontext gehört der Zugang zu fachärztlicher Versorgung in Deutschland zu den schnellsten und am wenigsten reglementierten weltweit (vgl. OECD-Erhebungen und Commonwealth-Fund-Studien).

- **Spitzenplatz im OECD-Vergleich:** Im Vergleich zu anderen Industrienationen (wie z. B. Großbritannien, Schweden, Kanada oder Australien) weist Deutschland extrem kurze Wartezeiten auf. Während in staatlich gelenkten Gesundheitssystemen (z. B. dem britischen NHS) Wartezeiten von mehreren Monaten bis hin zu über einem Jahr auf Fachartztkonsultationen oder elektive Eingriffe die Regel sind, erfolgt der Zugang in Deutschland meist rasch.

² <https://www.zi.de/das-zi/medien/medieninformationen-und-statements/detailansicht/45-mio-hausarztvermittlungsfaeelle-15-mio-vermittlungen-ueber-terminservicestellen-62-prozent-der-ueber-hausaerzte-vermittelten-facharzttermine-binnen-4-tagen-wer-diese-verguetung-streicht-gefaehrdet-schnellen-zugang-zur-fachaerztlichen-versorgung>

- **Direkter Facharztzugang:** Deutschland ist eines der wenigen Gesundheitssysteme, in denen Patienten Fachärzte im Regelfall direkt (ohne verbindliches Primärarzt-/Gatekeeping-System) konsultieren können.
- **Inanspruchnahmeverhalten:** Die Kontaktrate pro Kopf und Jahr ist in Deutschland eine der höchsten weltweit. Das System fängt eine außergewöhnlich hohe Nachfrage ab, ohne dass es zu strukturellen Wartelisten kommt.

5. Ursachen von Verzögerungen, politische Maßnahmen und fachärztliche Positionen

Die Pauschalvorwürfe einer Mangelversorgung halten einer faktenbasierten Überprüfung nicht stand. Dass es dennoch zu Wartezeiten kommt, hat strukturelle Ursachen und ist ebenfalls ein Resultat der verfehlten Sparmaßnahmen der Politik:

A. Strukturelle Ursachen

1. Budgetierung und Vergütungskürzungen:

- Die Gesamtvergütung legt fest, wieviel Geld die gesetzlichen Krankenkassen pro Kalenderjahr für die Behandlung aller GKV-Versicherten ausgeben – unabhängig davon, wieviel die Ärzte tatsächlich arbeiten.
- Die Behandlungsleistungen im fachärztlichen Bereich sind jetzt wieder vollständig budgetiert (Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung). Arbeiten Fachärzte über ihr Budget hinaus, werden ihre Leistungen nur abgestaffelt oder gar nicht vergütet.

2. Praxisflucht und Nachwuchsmangel:

- Überbürokratisierung, Regressgefahren und starre Budgetdeckel mindern die Attraktivität der Freiberuflichkeit. Nachfolgebesetzungen werden im ländlichen Raum, aber zunehmend auch in Städten, immer schwieriger.

3. „No-Show“-Problematik:

- Ein erheblicher Teil der vergebenen Termine wird von Patientinnen und Patienten ohne Absage nicht wahrgenommen, was Leerläufe in den Praxisabläufen erzeugt. Facharztpraxen sind davon meist schwerer betroffen als Hausarzt-Praxen, da sie Termine differenzierter managen müssen.

B. Sparmaßnahmen

Die gesetzlich erzwungenen Einsparungen der letzten Jahre (und besonders durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) wirken sich direkt auf das Terminangebot aus:

- **Streichung extrabudgetärer Anreize:** Anreize aus dem TSVG, die die oben beschriebene Logik eines Gesamtbudgets für ärztliche Leistungen durchbrachen und dadurch mehr Behandlungskapazitäten freisetzen sollten, wurden wieder zurückgenommen. Beispielsweise waren die Vertragsarztpraxen verpflichtet worden 25 statt 20 Sprechstunden für GKV-Versicherte anzubieten. Die dadurch entstehende

Mehrbehandlungszeit (5 Stunden pro Woche) führte logischerweise dazu, dass mehr Leistungen abgerechnet wurden und die Kosten stiegen. Mit der Abschaffung der Finanzierung entfällt die finanzielle Grundlage für ausgeweitete Praxiszeiten.

- **Weniger Personal bedeutet weniger Termine:** Viele Praxen hatten im Vertrauen auf bestehende Regelungen zusätzliches Personal eingestellt und Kapazitäten aufgebaut. Der Entzug dieser Mittel nimmt den Praxen dafür im Nachhinein die Wirtschaftlichkeitsgrundlage. Ab 2027 erleiden Praxen drastische Umsatzeinbußen, was unweigerlich zu Personalentlassungen und einer Reduzierung des Terminangebots führt.
- **Vertrauensverlust in die Verlässlichkeit politischer Zusagen:** Die politisch gesetzten Rahmenbedingungen für Praxen ändern sich mittlerweile im Takt von etwa 1-2 Jahren. Auf dieser Basis ist längerfristiges unternehmerisches Handeln (Investitionen in Praxisräume und Personal) nur schwer möglich. Widersprüchliche Signale³ führen zu Resignation, Politikverdrossenheit und vorzeitigem Ausstieg aus der Versorgung.

Längere Wartezeiten sind die direkte und logische Konsequenz einer Politik, die Mehrarbeit entwertet und die Versorgungskapazitäten künstlich verknappt.

6. Schwierigkeiten einer „Termingarantie“

Die oben genannten Faktoren führen derzeit bereits zu einer Terminverknappung, die sich in den kommenden Jahren noch verschärfen wird. Deutschlands Position als „Terminmusterkind“ (siehe Punkt 4) ist damit in Gefahr. Zudem gibt es auch jetzt bereits Patienten, die der Gesamtstatistik zum Trotz über sämtliche oben genannten Wege (siehe Punkt 3) Schwierigkeiten haben, einen Facharzttermin zu erhalten.

Um diesen Patienten eine bessere Versorgung zu ermöglichen, reicht keine inhaltsleere „Termingarantie“. Diese wird, ihrem Namen zum Trotz, niemals eine echte, wirksame und sinnvolle Garantie darstellen können:

- Der stationäre fachärztliche Sektor versorgt pro Jahr ca. 17,5 Mio. Fälle.⁴
- Der ambulante Sektor versorgt pro Jahr ca. 578 Mio. Fälle (Faktor 30).
- Der Vergleich zeigt: Der stationäre Sektor verfügt nicht über die Kapazitäten, den ambulanten Sektor nur ansatzweise zu entlasten.
- Wirtschaftlich ist es auch nicht sinnvoll, ambulante Leistungen in den stationären Sektor zu verlagern. Der stationäre Sektor ist im Vergleich deutlich teurer in der Behandlung. Ein Euro, der eingesetzt wird, um mehr Termine in einer Vertragsarztpraxis zu ermöglichen, hat einen größeren Effekt als ein Euro, der eingesetzt wird, um einen Termin an einem Krankenhaus zu ermöglichen.

Eine politische Termingarantie ist in einem limitierten und budgetierten System unrealistisch.

³ Beispielsweise gilt seit Jahren der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Die Abschaffung der Hybrid-DRGs (2026) bewirkt jedoch das genaue Gegenteil. Gefordert werden mehr Termine in Arztpraxen; alle positiven Anreize dafür werden jedoch gekappt. Es wird davon gesprochen, „Effizienzreserven“ zu heben, gleichzeitig steigen bürokratische Anforderungen und Regressrisiken.

⁴ https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/_inhalt.html.

Die Fremdvergabe von Terminen, wie sie kürzlich vom Bundestag gegen massive Proteste der Ärzteschaft beschlossen wurde, ist eine deutlich komplexere Angelegenheit als häufig angenommen wird:

- **Differenzierte Terminstruktur („Termin ist nicht gleich Termin“):** Facharztpraxen verwalten ca. 5 bis 10 verschiedene Terminarten (z. B. Neupatiententermine, Notfalltermine, Nachsorge, Befundbesprechung, Verbandswechsel, Laborkontrolle, Impftermine, Chroniker-Kontrollen, Diagnostik- und Behandlungstermine mit/ohne Geräteinsatz). Jede Terminart unterscheidet sich nach Zeit-, Personal- und Raumbedarf. Die Personalplanung hängt daher eng mit der Terminplanung zusammen.
- **Kapazitätsengpässe bei Neupatienten:** Erstvorstellungstermine machen im Schnitt lediglich etwa 10 % der Kapazitäten einer Facharztpraxis aus. Ein Teil davon muss praxisintern vorgehalten werden, sodass für akut behandlungsbedürftige Neupatienten realistisch nur ca. 5 % des Gesamtvolumens an Terminen bzw. Arztzeit zur Verfügung stehen. Das Hauptziel muss sein, diese Termine jenen Patienten zur Verfügung zu stellen, die sie aufgrund medizinischer Dringlichkeit wirklich brauchen.

7. Lösungen: Strukturierter Maßnahmenkatalog

Um Wartezeiten zu reduzieren, sind mehrere Ansätze möglich, die idealerweise kombiniert werden:

- **Absolute Anzahl an verfügbaren Terminen erhöhen**
 - Anreize für Mehrarbeit schaffen
 - Anzahl der Ärzte erhöhen – Niederlassung attraktiver machen
 - Zeitbedarf pro Termin senken, z. B. durch Digitalisierung und Senkung von bürokratischen Vorgaben
 - Aktuelle Einschränkungen bzgl. Fallzahlen und Plausibilitätszeiten torpedieren dieses Ziel
- **Relative Terminverfügbarkeit erhöhen**
 - Leerläufe verhindern
 - Praxismanagement effizienter gestalten, z. B. durch Digitalisierung
 - No-shows verhindern
 - Verfügbare Terminkontingente besser nutzen (z. B. durch Terminmeldung an 116 117)
 - Unnötige Arztkontakte verhindern (Patientensteuerung)

Eine zielgerichtete und vor allem verbindliche Form der Patientensteuerung kann dazu führen, Wartezeiten zu verringern, da unnötige Arztkontakte verhindert werden. Allerdings ist es dafür nötig, einige Erkenntnisse zu beherzigen:

- **Einführung einer digital gestützten Patientensteuerung:** Eine Verpflichtung, alle Patienten zwingend über Hausärzte zu schleusen, würde zu ca. 112 Millionen zusätzlichen Arztfällen bei den Hausärzten führen. Dieser „hausärztliche Flaschenhals“ würde das Gesamtsystem überlasten. Es muss daher auch die Möglichkeit einer digital gestützten Ersteinschätzung und Steuerung geben, die dieselbe Verbindlichkeit hat, wie eine Überweisung durch den Hausarzt.

- Daneben braucht es einen **bedarfsgerechten Direktzugang zu Fachärzten** (z. B. bei chronisch oder episodenhaft Erkrankten sowie in Fachgruppen wie Augen-, Frauen-, HNO-Heilkunde und Psychotherapie).
- **Entbudgetierung als zwingende Voraussetzung:** Jede medizinisch indizierte und auf dem obigen Weg zustande gekommene (= gesteuerte) fachärztliche Leistung gilt als entbudgetiert und wird vollständig vergütet.
- **Entscheidend ist eine medizinische Priorisierung nach Dringlichkeit:** Dies erfolgt auf Basis qualifizierter analoger oder digitaler Ersteinschätzungen (vorgenommen durch Haus- und Facharztpraxen, siehe oben).
- **Ausgestaltung der bevorzugten Terminvergabe:** Für Patienten mit dringendem Behandlungsbedarf kann es eine bevorzugte Terminvergabe geben (begrenzt auf 5 % der Fälle, um Missbrauch zu verhindern). Dies setzt eine Entbudgetierung bei der empfangenden Praxis voraus. Freigehaltene, aber nicht genutzte Termine müssen pauschal entschädigt werden. Dies ist auch vor Einführung eines Primärversorgungssystems möglich.
- **Im Gegenzug Abschaffung der Verpflichtung zu offenen Sprechstunden:** Das Festhalten an ungesteuerten offenen Sprechstunden im „Windhund-Prinzip“ erzeugt neben unkalkulierbaren wirtschaftlichen Risiken und Personalkosten eine teure Doppelstruktur. Mit dem Streichen der extrabudgetären Vergütung durch das Beitragssatzstabilisierungsgesetz hätte die gesetzliche Verpflichtung konsequenterweise aufgehoben werden müssen.
- **Sanktionierung von Terminausfällen („No-Shows“):** Um das Terminangebot voll auszuschöpfen, erfordert der fahrlässige Ausfall vereinbarter Termine durch Patienten gesetzliche Sanktionsmöglichkeiten sowie eine finanzielle Absicherung des verbleibenden Aufwands für die Praxen. Dies trägt dazu bei, das Gefühl für Verbindlichkeit eines Arzttermins zu erhöhen und kommt somit auch anderen Patienten zugute.

Dr. Dirk Heinrich

Virchowbund

Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.

Chausseestraße 119b

10115 Berlin

heinrich@virchowbund.de

www.virchowbund.de

21.10.2026