

## Wartezeiten und Arzttermine

Immer längere Wartezeiten auf Arzttermine – das Problem entsteht nicht etwa wegen schlechter Terminvermittlung, sondern weil es zu wenig verfügbare Termine gibt.

Das wiederum liegt u. a. an einer ständig steigenden Nachfrage bei zeitgleichem Ärztemangel, an fehlender Patientensteuerung und ist vor allem die Folge der Budgetierung im Gesundheitswesen. Ärzte müssen bei begrenzten finanziellen Mitteln ihre Leistungen so einsetzen, dass Praxen wirtschaftlich sind und sich gutes Personal leisten können.

### Sind die Wartezeiten auf Arzttermine zu lang?

Beim Thema Wartezeiten muss unterschieden werden zwischen

- Wartezeiten auf Notfall- bzw. sehr dringende Behandlungen (nicht planbar, kurzfristig nötig)
- Wartezeiten auf spezielle Untersuchungen und Behandlungen (planbar, mittelfristig nötig)
- Wartezeiten auf Routine-Kontrollen, Vorsorgeuntersuchungen u. Ä. (planbar, langfristig nötig)

Im OECD-Vergleich (2019) weist Deutschland eher kurze Wartezeiten auf Facharzttermine. 75 % der Befragten erhielten innerhalb eines Monats einen Termin beim Facharzt. Damit weist Deutschland zusammen mit der Schweiz und den Niederlanden die kürzesten Wartezeiten auf. In Ländern wie Schweden, Norwegen oder Kanada gaben mehr als 50 % der Befragten an, einen Monat oder länger auf einen Termin zu warten.

Patienten in Deutschland haben zudem im Gegensatz zu den meisten anderen europäischen Gesundheitssystemen direkten, niedrigschwelligen Zugang zu Fachärzten ihrer Wahl.

Bei Wartezeiten über zwei Monaten führt Deutschland das positive Ranking sogar an: Lediglich 3 % der Patienten warteten mehr als 2 Monate auf einen Termin. Weniger als ein % der Befragten gab an, aufgrund von Wartezeiten oder Kosten auf medizinische Behandlungen verzichtet zu haben.

Bei einer Versichertenbefragung der KBV aus dem Jahr 2020 gaben 31 % der Teilnehmer an, sie hätten „sofort“ einen Termin erhalten. 12 % mussten bis zu drei Tage warten, 37 % länger als drei Tage. Dabei geht es um Termine, die nicht zeitkritisch sind – z. B. für Vorsorgeuntersuchungen.

Aus medizinischer Sicht sind Wartezeiten von wenigen Tagen bis Wochen auf einen solchen Termin vertretbar. Akutpatienten erhalten in der Regel noch am selben Tag bzw. innerhalb von 24 Stunden die Versorgung, die sie benötigen. Die Länge der Wartezeit ist kein Kriterium für die Qualität der medizinischen Versorgung. Diese ist bei Kassen- und Privatpatienten gleich.

## **Welche Möglichkeiten haben Patienten, kurzfristig dringende Termine zu erhalten?**

Ärzte haben die Pflicht, Notfälle zu behandeln – während der Praxisöffnungszeiten, aber auch abends und am Wochenende durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst (116 117). Für dringende Fälle, die aber keine Notfälle sind, gibt es in vielen Praxen eigene Zeitfenster, oder sie werden in der normalen Sprechstunde „dazwischengeschoben“.

Die niedergelassenen Ärzte sind verpflichtet, freie Termine bei der Terminservicestelle (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigungen zu melden. Falls ein gesetzlich versicherter Patient in einem dringenden Fall Probleme hat, einen Termin zu erhalten, hilft die TSS. Sie ist ebenfalls unter 116 117 bzw. [www.116117.de](http://www.116117.de) und per App erreichbar. Patienten können telefonisch oder online dringende Termine buchen; für die meisten Facharzttrichtungen ist ein Vermittlungscodex nötig, den der Hausarzt ausstellt und damit die medizinische Dringlichkeit bestätigt.

## **Warum bieten Ärzte nicht mehr Sprechstunden an?**

Niedergelassene Ärzte mit einer vollen Kassenzulassung sind verpflichtet, mindestens 25 Sprechstunden pro Woche für gesetzlich versicherte Patienten anzubieten. Bis 2019 waren es 20 Stunden.

Die Arbeitszeit eines Arztes umfasst neben den allgemeinen Sprechzeiten in der Praxis u. a. auch:

- Hausbesuche und Besuche in Heimen und Pflegeeinrichtungen
- Sprechstunden für Privatpatienten
- Besondere Leistungen (z. B. aufwändigere Untersuchungen, ambulante Operationen, ...)
- Sprechstundenbedingte Zusatzarbeiten (z. B. Befunde, Labor, Anträge für Patienten, ...)
- Büroarbeiten und Verwaltung (z. B. Dokumentation, Abrechnung, Anfragen von Krankenkassen, ...)
- Praxismanagement (z. B. Warenlager, Teamführung)
- Ärztlicher Notdienst (abends, Wochenende)
- Fortbildung (z. B. Fachliteratur, Tagungen, Kongresse, ...)

und ggfs. weiteren Tätigkeiten, z. B. Vorträge oder Lehre, Engagement in einem Berufsverband oder einer Fachgesellschaft ...

Praxisinhaber arbeiten somit pro Woche durchschnittlich rund 53 Stunden, angestellte Ärzte 43 Stunden – dazu kommen noch Bereitschafts- und Notdienste (Quelle: Ärztemonitor 2018).

In der Pandemie war durch den zusätzlichen Aufwand (Erkrankungswellen, Testungen, Impfungen) der Arbeitsaufwand deutlich erhöht und hat viele Praxisteams ans Rande des Burn-outs geführt. Besonders unter den Medizinischen Fachangestellten (MFA) haben viele als Reaktion darauf der ambulanten Versorgung den Rücken gekehrt, zumeist weil sie von Krankenhäusern und Krankenkassen mit höheren Gehältern abgeworben wurden.

Auch die Ärzteschaft ist durch viele einzelne gesundheitspolitische Entscheidungen der letzten Jahre demotiviert worden. Darüber hinaus lohnt es sich durch die Budgetierung (siehe Faktencheck „Budgetierung“) für Praxen auch gar nicht, mehr Sprechstunden oder mehr Termine anzubieten. Mehr Sprechstunden bedeuten u. a. mehr Zeit für Zusatzarbeiten und Verwaltung – und mehr Personal, das vorhanden sein muss (Fachkräftemangel) und bezahlt werden will (Budgetierung). Doch Mehrarbeit wird von den Krankenkassen kaum oder gar nicht vergütet und kann im schlimmsten Fall sogar zu Plausibilitäts- oder Wirtschaftlichkeitsprüfungen führen, die Regresse nach sich ziehen (siehe Faktencheck „Budgetierung“).

### **Werden Privatpatienten bei Terminen bevorzugt?**

Die Anzahl der Termine für Kassenpatienten, die eine Arztpraxis wirtschaftlich sinnvoll vergeben kann, ist durch das Budget gedeckelt. Vergibt eine Praxis mehr Termine, wird die Arbeitsleistung oft nicht oder nur teilweise vergütet. Besonders zum Quartalsende ist das Budget für Kassenpatienten oft aufgebraucht.

Für Privatpatienten und Selbstzahler gibt es solche Einschränkungen nicht. Deshalb sind diese Patienten für viele Praxen nötig, um überhaupt wirtschaftlich überleben zu können – was sie rein mit dem Geld der gesetzlichen Krankenkassen nicht könnten. Indirekt tragen die Privatpatienten also auch dazu bei, die Versorgung für Kassenpatienten aufrecht zu erhalten.

Privatversicherte erhalten also im Schnitt schneller Termine, besonders bei Fachärzten. Aber: Auch viele Kassenpatienten erhalten rasch ihren Wunschtermin bei ihrem Wunscharzt (siehe Frage 1, Sind die Wartezeiten auf Arzttermine zu lang?). Und die Wartezeit gleicht sich an: Inzwischen müssen auch 12 % der Privatpatienten mehr als 3 Wochen auf einen Termin warten. 2010 waren es nur 5 %.

Der oft erhobene Vorwurf einer „Zwei-Klassen-Medizin“ stimmt aber in keinem Fall. Denn die Behandlung von gesetzlich und privat Versicherten ist medizinisch zu 99 % identisch.

### **Was hat die Neupatientenregelung damit zu tun?**

Für GKV-Patienten wird ein jährliches Budget zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen verhandelt, das gedeckelt ist. Das führt dazu, dass durchschnittlich nur etwa 80 % aller erbrachten Leistungen überhaupt bezahlt werden. Ab einem bestimmten Tag im Quartal arbeiten Ärzte also quasi ohne dafür Honorar zu erhalten. Damit gibt es auch kaum einen Anreiz, noch mehr Patienten zu versorgen oder sich sogar um Neupatienten zu kümmern, die mehr Aufwand in der Verwaltung und bei der Erstanamnese bedeuten.

Der Aufwand für Neupatienten wurde bis Ende 2022 gesondert vergütet. Dann hat Gesundheitsminister Lauterbach die Neupatientenregelung gekippt, obwohl er selbst 2019 sich für ihre Einführung stark gemacht hatte. Ihm zufolge hätte sie „nichts gebracht“, obwohl das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) mithilfe der Abrechnungsdaten das Gegenteil beweisen konnte.

Fachärzte und Psychotherapeuten erhalten stattdessen jetzt einen extrabudgetären Zuschlag für Termine, die vom Hausarzt vermittelt wurden. Die Höhe des Zuschlags ist gestaffelt und abhängig

davon, wie rasch der Termin stattfindet. Haus- sowie Kinder- und Jugendärzte erhalten 15 Euro, wenn sie für einen Patienten einen dringenden Termin beim Facharzt oder Psychotherapeuten vermitteln. Daneben gibt es auch Zuschläge, wenn der Termin statt über den Hausarzt über die Terminservicestelle zustande kommt. Zuschläge gibt es auch für Patienten, die in die offene Sprechstunde kommen (aber höchstens für 17,5 % aller Patienten). Die offene Sprechstunde muss von Hausärzten, Kinder- und Jugendärzten bzw. grundversorgenden Fachärzten (z. B. konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, HNO-Ärzte) angeboten werden.

Viele Ärzte scheuen jedoch den bürokratischen Aufwand dieser neuen Regelung. Zuvor konnten Neupatienten direkt einen Facharzt aufsuchen, nun müssen sie vom Hausarzt oder der Terminservicestelle vermittelt werden – andernfalls erhält der Facharzt den zusätzlichen Aufwand nicht vergütet.

Als Folge der Neupatientenregelung haben viele Praxen ihre Terminorganisation umgestellt und z. B. in zusätzliches Personal investiert. Mit der Abschaffung der Neupatientenregelung fällt das Geld weg, um dieses Personal weiter zu bezahlen. Zudem empfindet die Ärzteschaft den Rückzieher der Politik als großen Vertrauensbruch.

## **Warum sind sogenannte No-shows ein Problem?**

Eine Erhebung der KV Saarland zwischen April und Juni 2023 zeigte, allein in diesen 3 Monaten rund 200.000 Arzt-Termine im Saarland nicht wahrgenommen wurden. Die Mehrheit, nämlich rund 120.000 bzw. 60 % wurden nicht abgesagt („No-shows“).

Diverse frühere Umfragen von Verbänden, KVen und ärztlichen Foren ergaben No-show-Raten zwischen 10 und 30 % aller Termine, wobei online gebuchte Termine die höchste Ausfallquote (20 %) haben. Sogar Termine, die als „dringend“ über die Terminservicestelle vermittelt werden, fallen häufig aus (laut KV Mecklenburg-Vorpommern 17 %).

Viele dieser Termine können nicht spontan an andere Patienten neu vergeben werden, da es sich oft um spezielle, länger dauernde Untersuchungstermine außerhalb der Sprechstundenzeiten handelt. Für diese Termine müssen im Vorfeld z. B. Untersuchungsräume geblockt, Geräte vorbereitet und Personal eingeteilt werden (z. B. Anästhesisten für ambulante OP angefordert). Zusätzlich entsteht beträchtlicher Arbeitsaufwand durch Terminvergabe und -erinnerung bzw. Umorganisation bei ausgefallenen Terminen.

Für die Praxen bedeuten ausgefallene Termine einen hohen Organisationsaufwand. In Summe gehen pro Praxis und Jahr rund 168 Stunden Arztzeit (4 Arbeitswochen bzw. 21 volle Arbeitstage) verloren, die eigentlich für die Behandlung von Patienten vorgesehen war.

Aus Sicht der Ärzteschaft sind No-shows in mehrerlei Hinsicht ein Problem:

- Termine werden blockiert, andere Patienten warten unnötig länger.
- Die knappen Ressourcen (Zeit von Fachkräften, Geld) im Gesundheitswesen werden verschwendet.
- Durch den unnötigen Leerstand verlängert sich die Amortisationszeit von Räumen und teuren medizinischen Geräten (z. B. MRT).

- Der Verdienstausschlag bei gleichzeitigen Kosten gefährdet das wirtschaftliche Überleben der Praxen.
- Das Solidarsystem des Gesundheitswesens wird ausgenutzt, da Patienten ohne dringenden Bedarf anderen Patienten Termine wegnehmen.

Deshalb gibt es innerhalb der Ärzteschaft hohe Zustimmungsraten für erzieherische Maßnahmen wie eine Terminausfallgebühr. Dabei geht es nicht darum, der Praxis den entstandenen wirtschaftlichen Schaden voll zu ersetzen, sondern vielmehr Patienten dafür sensibilisieren, dass sie mit unsolidarischem Verhalten letztlich ihre eigene Versorgung in Zukunft gefährden.

### Welche Optionen gibt es, die Terminknappheit zu verbessern?

Herrscht Knappheit an Fachpersonal, Zeit und Geldmitteln, können auch nicht genügend Termine angeboten werden. Optionen zur Verbesserung müssen also an diesen Hebeln ansetzen:

**Entbudgetierung:** Würde die Budgetierung wegfallen, gäbe es wieder einen Anreiz für Ärzte, mehr Termine anzubieten und dafür auch zusätzliches Personal anzustellen – mit den Kinder- und Jugendärzten wurde 2023 ein Anfang gemacht (siehe Faktencheck „Budgetierung“).

**Inanspruchnahme:** Viele Krankheiten, die man früher zuhause behandelt hat, treiben heute Patienten zum Arzt. In Deutschland gehen Patienten im Schnitt 9,8-mal pro Jahr zum Arzt; in Schweden z. B. nur 2,6-mal (Quelle: OECD, 2020). Mehr medizinisches Alltagswissen, z. B. durch ein Schulfach „Gesundheit“ würde den Bedarf bzw. Kontaktzahlen senken.

**Gebühr für No-shows:** Eine Terminausfallgebühr je nach Terminart in Höhe von ca. 25 bis 50 Euro würde Patienten helfen zu verstehen, dass ihr Verhalten Konsequenzen für andere Patienten hat und dazu führen, dass viele Termine rechtzeitig abgesagt werden und somit wieder für andere Patienten zu Verfügung stehen.

**Mehr Patientensteuerung:** Viele Patienten können selbst nicht einschätzen, wie dringend ihr medizinisches Problem ist und wohin sie sich damit wenden müssen. Eine Kopplung der 116 117 mit den Notfallleitstellen sowie den Integrierten Notfallzentren (INZ) an Krankenhäusern kann diese Steuerung verbessern. Patienten, die diese Art der Steuerung umgehen wollen, sollten ebenfalls eine Gebühr zahlen.

**Mehr Medizinstudienplätze:** Deutschland bildet systematisch zu wenige Ärzte aus, um den kommenden, steigenden Bedarf zu decken. Selbst Gesundheitsminister Karl Lauterbach gibt zu, dass 5.000 zusätzliche Medizinstudienplätze nötig sind – wobei der Effekt frühestens in 12 Jahren spürbar sein wird.

**Mehr niedergelassene Ärzte:** Die Niederlassung muss wieder attraktiver werden, damit mehr junge Ärzte sich für eine eigene Praxis entscheiden. Das ist auch nötig, um die kommende Ruhestandswelle der Babyboomer- und Lahnstein-Generation abzufedern. Dafür müssen die Rahmenbedingungen attraktiver werden.

**Mehr Personal:** Medizinische Fachangestellte sind notwendig für einen reibungslosen Praxisbetrieb und entlasten Ärzte von zahlreichen Aufgaben. Durch den aktuellen wirtschaftlichen Druck können

viele Praxen allerdings keine wettbewerbsfähigen Gehälter zahlen oder neues Personal einstellen; MFA wandern in Krankenhäuser oder in andere Branchen ab.

**Staatlich organisiertes Gesundheitswesen:** Die Rufe nach einer Bürgerversicherung und einem staatlich organisierten Gesundheitswesen werden immer lauter. Allerdings zeigt sich am Beispiel des NHS in Großbritannien, dass dadurch weder die Versorgung verbessert wird noch die Wartezeiten sinken – ganz im Gegenteil.

**Alternative Versorgungsstrukturen:** Die Bundesregierung liebäugelt mit Ansätzen zur „arztefreien“ Versorgung, z. B. durch Community Health Nurses, Physician Assistants, kommunale MVZ und Gesundheitskioske. Völlig offen ist, woher die Fachkräfte dafür kommen sollen und wer – anstelle der Ärzte – die Behandlungsverantwortung übernimmt und im Ernstfall auch haftet. Zudem müssen dafür erst kostenintensiv neue Strukturen aufgebaut werden, während es mit den Praxen bereits ein engmaschiges Versorgungsnetz gibt.

**Verantwortungsbewusstsein:** Patienten müssen besser darüber aufgeklärt werden, dass auch sie eine Verantwortung im Solidarsystem trifft. In Österreich z. B. erhalten Patienten jährlich eine Aufstellung der Kosten, die ihre medizinische Behandlung ausgelöst hat, sowie ihrer eigenen Beiträge.

**Bürokratieabbau:** Aktuell sind Ärzte im Schnitt 61 Arbeitstage pro Jahr mit Bürokratie beschäftigt. Würde man diese Zahl halbieren, wäre viel zusätzliche Zeit für Patienten gewonnen.

**Bessere Terminvermittlung:** Intelligente Buchungssysteme können dabei helfen, dass abgesagte Termine rasch wieder neu vergeben werden können. Hiervon profitieren aber voraussichtlich vor allem jüngere, digital affine Patienten und weniger die älteren, chronisch Kranken. Auch die Terminservicestellen könnten ausgebaut und personell verstärkt werden. Allerdings wird dieser Service aktuell aus dem Budget der niedergelassenen Ärzte bezahlt.

### Weiterführende Literatur:

1. <https://www.kvsaarland.de/kb/mangelnde-termintreue-verknappt-arzttermine-fuer-alle-patienten>
2. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/88855/KV-Mecklenburg-Vorpommern-rechnet-mit-Terminservicestelle-ab>
3. <https://www.zi.de/detailansicht/20-oktober-2022>
4. <https://www.tagesschau.de/inland/wegfall-neupatientenregelung-101.html>
5. <https://www.oecd.org/health/waiting-times-for-health-services-242e3c8c-en.htm>
6. <https://www.kbv.de/html/versichertenbefragung.php>
7. [https://www.kbv.de/media/sp/infas\\_TabBand\\_Aerztemonitor2018\\_Aerzte\\_20180615.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/infas_TabBand_Aerztemonitor2018_Aerzte_20180615.pdf)
8. <https://www.pkv.de/verband/presse/meldungen/pkv-mehrumsaetze-privatversicherte-sind-unverzichtbar-fuer-versorgungsqualitaet/>
9. <https://www.wiwo.de/politik/deutschland/vergleich-mit-nachbarstaaten-warum-deutsche-deutlich-oeffter-zum-arzt-gehen/24103824.html>