

Bundesrechnungshof hat sich verrechnet

Analyse zur Steuerungswirkung der Fallkonstellationen gemäß TSVG und der Entwicklung der Termin-Wartezeiten



IN KÜRZE

Die Begründung für die im GKV-BStabG vorgesehene Streichung der TSVG-Zuschläge stellt sich bei genauem Hinschauen als falsch heraus. Die von GKV-Finanzkommission + BMG zugrunde gelegte Analyse des BRH beruht auf Rechen- und Auslegungsfehlern. **Wir haben nachgerechnet. Das Ergebnis: Die Anreizsetzung für schnelle Termine wirkt.** Dank der TSVG-Fallkonstellationen ist die Wartezeit in Praxen & MVZ deutlich geringerer, als andernfalls zu erwarten gewesen wäre.

Die Befunde des Bundesrechnungshofs zeigen bei genauer Betrachtung also die Wirksamkeit der TSVG-Zuschläge. Die vom BMG geplante Streichung gefährdet daher die ambulante Versorgung und greift zudem dem parallel angekündigten Primärarztsystem unkoordiniert vor.

SACHVERHALT | Am 12. Juni ist das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) im Bundestag diskutiert und zur Beratung in den Gesundheitsausschuss überwiesen worden. Darin ist u.a. vorgesehen, sämtliche Vergütungskonstellationen ersatzlos zu streichen, die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) zur Erreichung einer schnelleren Terminvergabe in der ambulanten Medizin eingeführt worden sind (= TSS-Fall, HaFa-Fall, Offene Sprechstunde). Wobei die Pflicht zu den Mehrstunden der offenen Sprechstunde aufrecht erhalten werden soll, jedoch ohne spezifische Vergütung.

Als alleinige Begründung für diese umfassende Honorarkürzung wird eine Stellungnahme des **Bundesrechnungshofes** (BRH) von Februar 2026 herangezogen, gemäß der „eine **Reduzierung der Wartezeiten** als zentrales Ziel der TSVG-Vergütungsregelungen ... nicht erreicht [wurde].“ Der BRH erklärt im Weiteren, dass „Anhaltspunkte für eine Umkehr des bisherigen Trends ... nicht [bestehen].“ (S. 29)

Wir haben die Herleitung und die Schlussfolgerungen des Bundesrechnungshofes nachvollzogen.

ERGEBNIS | Der Bundesrechnungshof-Bericht weist drei gravierende Fehler auf.

Werden diese in der Auswertung berücksichtigt, ergibt sich ein völlig anderes Bild, nämlich der Nachweis der Wirksamkeit der TSVG-Regelungen.

Maßgeblich für diese Feststellung sind die folgenden Aspekte:

- 1** GKV-Versicherte ohne Wartezeiten, die die offene Sprechstunde nutzen, werden in der Betrachtung des BRH gezielt herausgerechnet. Bezieht man sie mit ein, liegt die gemessene Wartezeit 2024 nicht bei 42 Tagen, sondern lediglich bei 36 Tagen. (+ 3d ggü. 33 Tagen in 2019).
- 2** Im Betrachtungszeitraum ist die Zahl der GKV-Versicherten um 1,57 Millionen auf 74,578 Millionen Personen gestiegen. Es gab 2024 also 2,15 % mehr Termin-Anspruchsberechtigte als noch 2019, darunter insbesondere ab Sommer 2022 – wegen des Rechtskreiswechsels vom AsylbLG ins SGB II – hunderttausende Menschen aus der Ukraine mit teils erhöhtem Versorgungsbedarf.
- 3** Der BRH stellt korrekt fest, dass die verfügbare Arztzeit in den letzten 10 Jahren um 9,2 % gesunken ist. Die gezogene Schlussfolgerung, dass die TSVG-Vergütungsregelungen für Ärzt:innen kein Anreiz seien, mehr arbeiten, ist jedoch aus mehreren Gründen falsch. Sie verkennt zudem, dass die Einführung der gesonderten Vergütung in 2019 das Gegenstück zu der zeitgleich erfolgten Erhöhung der Sprechstundenverpflichtung um ein Viertel (von 20 auf 25 Wochenstunden) war.

Bundesrechnungshof hat sich verrechnet

Analyse zur Steuerungswirkung der Fallkonstellationen gemäß TSVG und der Entwicklung der Termin-Wartezeiten



REALISTISCHES FAZIT auf Basis der BRH-Angaben

In 2024 werden relevant **mehr** Versicherte mit spürbar **weniger** Arztzeit versorgt. Gleichzeitig wird eine hohe Zahl an Patient:innen ohne Wartezeit in der 2019 eingeführten offenen Sprechstunde behandelt. Dass gerade diese Versichertengruppe in der Betrachtung des BRH herausgerechnet wird, führt zudem zu einer um 16,7 % überhöhten Angabe der durchschnittlichen Wartezeit.

Zusammengenommen sind die dem BRH-Bericht zugrundeliegenden Ergebnisse der Patientenumfrage des Bewertungsinstitutes daher wie folgt zu werten:

Der vergleichsweise geringe Anstieg der Wartezeit zwischen 2019 und 2024 um nur drei Tage auf 36 Tage ist ein Erfolg der TSVG-Anreizsetzung für Praxen, mehr und schneller neue Patient:innen aufzunehmen. Er ist insbesondere ein **Erfolgs- und Nutznachweis** für die Wirksamkeit der offenen Sprechstunden, die regelhaft den Zugang zu Facharztterminen ganz ohne Wartezeit ermöglichen.

Fakt ist: Ohne die Steuerung mittels der TSVG-Vergütung lägen die Wartezeiten heute – angesichts steigender Versichertenzahlen und parallel abnehmender Arztzeit – deutlich höher.

BMVZ.APPELL



Eine Gesetzgebung, die diese Zusammenhänge ignoriert, gefährdet die ordnungsgemäße Patientenversorgung. Der Bericht des Bundesrechnungshofes ist insoweit alles andere als eine tragfähige Begründung für eine milliardenschwere Kürzungsmaßnahme.

Wie im Übrigen das BMG selbst in seiner Stellungnahme innerhalb des BRH-Berichtes ausführt, wird notwendigerweise und zeitnah bei der Neustrukturierung des Zugangs zur ambulanten Versorgung (Primärversorgungssystem) die Vergütungssystematik mit auf den Prüfstand gestellt. Die geplanten Eingriffe in die Honorarsystematik, denen es – wie ausgeführt – an einer belastbaren Begründung mangelt, greifen dem unkoordiniert und ungesteuert vor.

Wir appellieren daher an den Gesetzgeber, die mit dem GKV-BStabG geplante Streichung der TSVG-Konstellationen zu stoppen und den Wartezeitenbericht des BRH neu zu bewerten.



Bundesverband
Medizinische Versorgungszentren –
Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V.

Dipl.-Pol.
Susanne Müller
Geschäftsführerin | Politik + Presse

Schumannstraße 18
10117 Berlin
www.bmvz.de

030. 270 159 50
 presse@bmvoz.de
 [company/bmvz](https://www.linkedin.com/company/bmvz)

Stand:

17. Juni 2026

Weiterführende Erläuterungen
zur Analyse auf den folgenden Seiten.



Klick oder QR-Code
zum PDF-Download

HINTERGRÜNDE | Inhalte + Veröffentlichung des BRH-Berichtes

Das Gutachten des Bundesrechnungshofes wurde Anfang Februar 2026 über die Plattform POLITICO inklusive eines BRH-seitigen Sperrvermerks, dass die Weitergabe an Dritte erst zulässig sei, „wenn der Bericht vom Parlament abschließend beraten“ worden wäre, geleakt. Erst später wurde eine inhaltlich gleichlautende Fassung mit der Datumsangabe 05.02.2026 auf der Webseite des Bundesrechnungshofes zum Abruf bereitgestellt. Mithin ist anzunehmen, dass der Veröffentlichungszeitpunkt vom BRH nicht gewählt war. Und dass die Information, wie in der geleakten Fassung erkennbar – mindestens zunächst – nur für den Haushaltsausschuss des Bundestages gedacht war.

Der Bericht umfasst in der offiziellen Version insgesamt 30 Seiten inkl. zahlreicher Grafiken. Davon fünf Deckblätter, eine vierseitige Zusammenfassung sowie eine umfassende Darstellung der TSVG-Vergütungssystematik, der Terminservicestelle (TSS) und des Bereinigungsmechanismus. Der Abschnitt, der sich unter den TOPs 5.1 bis 5.3 im eigentlichen Sinne mit der Wartezeit und der Evaluation der TSVG-Anreizsetzung befasst, umfasst lediglich zwei Seiten. Es folgen zwei Seiten Würdigung, eine Stellungnahme des BMG sowie eine weitere ‚Abschließende Würdigung‘ des BRH in Reaktion auf die BMG-Äußerung.

So betrachtet, ist das inhaltliche Fundament der drastischen BRH-Forderung „TSVG-Vergütung jetzt streichen – kein Abwarten bis zur letzten Evaluierung“ ausgesprochen dünn. Bemerkenswert ist zudem die dokumentierte Position des BMG, in der darauf verwiesen wird, dass ausgerechnet derjenige Teil der angeforderten Analysen des InBA „zu den Terminwartezeiten bei der Nutzung einzelner TSVG-Konstellationen sowie zu den Erfahrungen der Versicherten mit den TSVG-Angeboten“ noch gar nicht vorliegt.

Zudem ist die Aufmerksamkeit auf die weitere Reaktion des BMG zu lenken:

„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.“ (Seite 28)

**Drei dieser Einflussfaktoren haben wir herausgestellt.
Nachfolgend finden Sie dazu weiterführende Erläuterungen.**

1

FEHLERKOMPLEX I

Irreführende Ergebnisdarstellung | Fehlende Datentransparenz

Zentrales Argument des BRH ist die Feststellung, dass nach Vergleich zweier Befragungen des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) in 2019 und 2024 die durchschnittliche Wartezeit auf einen Arzttermin von 33 auf 42 Tage gestiegen sei. Über die Art der Erhebung, die Menge der Befragten sowie zu allen weiteren Details werden jedoch keinerlei Angaben gemacht. Ein Umstand, der angesichts der drastischen Folgen, die der Bericht für die ambulante Versorgung hat, für sich genommen bereits kritikwürdig ist.

Ausgeführt wird allerdings in Fußnote 56 (S. 22), dass in der Auswertung 2024 „nur Versicherte mit einer Wartezeit von mindestens einem Tag betrachtet“ wurden. Damit ist klar, dass Versicherte, die den vereinfachten und schnellen Zugang über das Angebot der offenen Sprechstunde genutzt haben, irreführenderweise herausgerechnet wurden, wodurch der Schnitt künstlich verstärkt nach oben weist.

Dabei zeigen die Auswertungen, dass ein relevanter Anteil der Patient:innen die Terminwartezeit umgeht und das Sonderkontingent an Sprechstunden nutzt, das genau dafür 2019 neu eingeführt worden war. In Bundestagsdrucksache 21/3858, veröffentlicht am 28.01.2026, also

wenige Tage vor dem BRH-Gutachten, aber von diesem nicht aufgegriffen, wird diesbezüglich unter Einbezug der Versicherten, die am selben Tag die Praxis aufsuchten, die deutlich geringere Angabe von 36 Tagen durchschnittlicher Wartezeit genannt.

Das Delta von 16,7 % weniger Wartezeit gegenüber der Angabe im BRH-Gutachten begründet sich mit den Patient:innen, die erfolgreich die offene Sprechstunde der Fachärzt:innen nutzen. Dass das BRH-Gutachten daher gleichzeitig kritisiert, dass das Vergütungsvolumen der offenen Sprechstunde – einer offensichtlich erfolgreichen Wartezeitenreduktionsmaßnahme – entsprechend gestiegen sei, mutet mindestens widersprüchlich an.

2

FEHLERKOMPLEX II

Veränderung der Zahl der Anspruchsberechtigten

Die durchschnittliche Wartezeit ist nach der nicht näher erklärten Erhebung des InBA seit 2019 um drei Tage von 33 auf 36 Tage gestiegen. Dieses Ergebnis wird vom BRH jedoch nicht hinterfragt, sondern schlicht abgeleitet, dass die mit dem TSVG initiierten Maßnahmen nicht wirkten.

Völlig unberücksichtigt bleibt in dieser monokausalen Betrachtung zum Beispiel, dass die Zahl der GKV-Patienten im selben Zeitraum um etwa 1,57 Millionen (+2,2 %) gestiegen ist. Wobei der größte Sprung zwischen der Zählung in 2022 und der in 2023 zu erkennen ist, was maßgeblich auf die kriegsgeflüchteten Ukrainer:innen zurückzuführen ist, die ab dem 1. Juni 2022 (~ Statuswechsel vom Asylbewerberleistungsgesetz in die Grundsicherung/Bürgergeld nach SGB II) in erheblicher Zahl zu Vollanspruchsberechtigten der GKV wurden und seitdem mit den anderen Versicherten um Termine konkurrieren.

Anzahl GKV-Versicherte jeweils zum 1.7. des Jahres

2024 74,577 Mio.	2021 73,319 Mio.
2023 74,307 Mio.	2020 73,358 Mio.
2022 73,676 Mio.	2019 73,009 Mio.

* Quelle: jeweils GKV-Jahresbericht | Mitglieder + Versicherte' | <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte#c1786>

Somit wird völlig ignoriert, dass insbesondere eine große Zahl an Flüchtlingen von den niedergelassenen und angestellten Vertragsärzten in Praxis und MVZ mitversorgt wird, für die es a) 2019 keine Vergleichsgruppe gab und die b) aufgrund der Umstände in vielen medizinischen Aspekten einen erhöhten Versorgungsbedarf aufweisen.

Im Ergebnis ist ein nicht unerheblicher Teil der um drei Tage längeren Wartezeit schlichtweg auf zusätzliche Inanspruchnahmen zurückzuführen. Damit ist der Wartezeitenanstieg gerade kein Indiz, dass die TSVG-Anreize für die schnelle Terminvermittlung nicht wirkten. Denn zusätzlich ist auch noch die verfügbare Arztzeit zwischen 2019 und 2024 gesunken.

3

FEHLERKOMPLEX III

Entwicklung der verfügbaren Arztzeit

Das BRH-Gutachten verweist darauf, dass die durchschnittlich Arbeitszeit von Vertragsärzt:innen zwischen 2014 und 2023 von 41,3 Wochenstunden auf nur noch 34,5 h je Woche zurückgegangen sei. (S. 23) Die Ursache wird geschätzt und grob mit „demographischen Faktoren“ umschrieben, weil ältere, aber auch vor allem junge Ärzte „weniger Arbeitszeit anbieten.“ Allerdings wird festgehalten, dass z.B. auch in der Gruppe der Männer zwischen 45 und 60 die

Arbeitszeit zurückginge. Daraus wird im Bericht kausal geschlussfolgert: Auch „nach Einführung der TSVG-Vergütungsregelungen sei kein Anstieg der geleisteten Arbeitszeit zu verzeichnen.“

Der offensichtliche Fehler springt jedoch sofort ins Auge. Der Anstieg bei der Teilzeitquote der Vertragsärzteschaft, und damit das Absinken der je Arzt durchschnittlichen Arbeitszeit, ist eine vom TSVG und der Wartezeitendebatte komplett losgelöste Entwicklung. Vor allem heißt, Teilzeitarzt zu sein, selten, dass „weniger Arbeitszeit angeboten wird“ – sondern zumeist, dass anteilig eine parallele Tätigkeit z.B. im Krankenhaus ausgeübt wird. Eine Entwicklung, die insbesondere für MVZ mit chirurgischen und anderen krankenhauskomplementären Fächern zu verzeichnen ist, in denen wiederum statistisch nachweisbar überdurchschnittlich oft Männer zwischen 45 und 60 beschäftigt sind.

Richtig ist aber die Feststellung, dass die Zahl der Ärzt:innen gemessen in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) zwischen 2014 und 2023 absolut um 2,6 % gesunken ist. Die gesamte ärztliche Arbeitszeit ist im selben Zeitraum sogar um 9,2 % gesunken. (S. 24)

Das heißt 2023 werden mit 2,6 % weniger VZÄ und einer Arztzeitreduktion um 9,2 % deutlich mehr GKV-Versicherte versorgt, deren Zahl im Übrigen 2014 bei 70.324 Millionen und damit um ganze 4,2 Millionen niedriger lag als 2023. Die Versichertenzahl ist also im selben Zeitraum, in dem die verfügbare Arztzeit um -9,2 % abgenommen hat, um +6,1 % gestiegen. Zwei gegenläufige Effekte, deren Wirkung zwangsläufig und kumuliert Verknappung von Terminen und – in der Folge – längere Wartezeiten bedeutet.

Dass angesichts dieser Rahmenbedingungen die durchschnittliche Wartezeit auf einen Facharzttermin zwischen 2019 und 2024 um nur 3 Tage gestiegen ist, ist somit kein Versagen der TSVG-Systematik in der Vertragsarztvergütung, sondern seine positive Folge.

Soweit der BRH dagegen schlußfolgert, dass die TSVG-Vergütungsregelungen auch deshalb erfolglos seien, weil kein Anstieg der gesamten Arztzeit erkennbar sei, zeugt dies womöglich von Unkenntnis der Materie, mindestens aber von einer unzulässig starken Vereinfachung der Rahmenbedingungen der vertragsärztlichen Versorgung.

EXKURS | Hausarztvermittlungsfälle und der Vorwurf „strategischen Verhaltens“

Der plakativste Einzelbefund des BRH-Berichts betrifft die Hausarztvermittlung: Der Anstieg dieser sogenannten HaFA-Fälle ist unbestritten, taugt aber nicht als Beleg gegen die Anreizsystematik des TSVG als Ganzes. So beschreibt der vom BRH zitierte Vorwurf des GKV-Spitzenverbandes, Facharztpraxen verlangten vermehrt einen „Dringlichkeitsnachweis“ der Hausarztpraxis, einen konkreten Fehlanreiz in der Ausgestaltung, aber gerade kein Versagen bezogen auf das Ziel der Verkürzung von Wartezeiten auf Facharzttermine.



Bundesverband
Medizinische Versorgungszentren –
Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V.

Dipl.-Pol.
Susanne Müller
Geschäftsführerin | Politik + Presse

Schumannstraße 18
10117 Berlin
www.bmvz.de

☎ 030. 270 159 50
@ presse@bmvz.de
in [company/bmvz](https://www.linkedin.com/company/bmvz)

Bundesrechnungshof hat sich verrechnet

Analyse zur Steuerungswirkung der Fallkonstellationen gemäß TSVG und der Entwicklung der Termin-Wartezeiten

Stand:
17. Juni 2026



Klick oder QR-Code
zum PDF-Download
der kompletten Datei