

SpiFa e.V. | Robert-Koch-Platz 9 | 10115 Berlin

- Per E-Mail -

Bundesministerium für Gesundheit



Spitzenverband Fachärztinnen
und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

Vorstand

Dr. med. Dirk Heinrich (Vorsitzender)
Dr. med. Helmut Weinhart
Prof. Dr. med. Hermann Helmberger
Dr. med. Petra Bubel
Dr. med. Norbert Smetak
Jan Henniger
Markus Haist (kooptiert)
Dr. med. Anna-Katharina Doeffer (kooptiert)

Hauptgeschäftsführer

Dr. iur. André Byrle

Hauptstadtbüro

Robert-Koch-Platz 9
10115 Berlin

T +49 (0)30 40 00 96 31
F +49 (0)30 40 00 96 32

info@spifa.de
www.spifa.de

Vereinsregister
AG Charlottenburg
VR 29131 B

Berlin, den 13. April 2026

Betreff: Erster Bericht der FinanzKommission Gesundheit

in Sachen des ersten Berichts der FinanzKommission Gesundheit, den Sie sicherlich bereits tiefergehend gesichtet haben, erlauben wir uns, Ihnen zu schreiben, um auf einige Punkte betreffend die fachärztliche Versorgung hinzuweisen, die aus unserer Sicht für die weiteren Überlegungen des Bundesministeriums für Gesundheit relevant sein sollten.

Wir möchten zugleich darauf hinweisen, dass wir uns grundsätzlich keinen Überlegungen verschließen, die die vertragsärztliche Versorgung adressieren; auch nicht kurzfristigen, die Ausgabenseite betreffenden Einsparmaßnahmen. Für solche, gerade nicht strukturellen Maßnahmen, sollte allerdings nach

unserem Dafürhalten darauf geachtet werden, dass die vertragsärztliche Versorgung in ihrer Gesamtheit adressiert wird, um Lasten unter den vertragsärztlichen Leistungserbringern fair und gerecht zu verteilen und die ambulante Versorgung nicht strukturell zu beeinträchtigen.

Das ist nach den Vorschlägen der Finanzkommission Gesundheit zur vertragsärztlichen Versorgung gerade nicht der Fall.

Sie bedeuten vielmehr eine Abkehr von einer bedarfsgerechten Versorgung der gesetzlich Versicherten und laufen auf eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik hinaus, in der das Morbiditätsrisiko der GKV-Versicherten in der ambulanten Versorgung strukturell allein von der fachärztlichen Versorgung getragen wird. Haus- und Kinderärzte sind von der ausgabenbegrenzenden Wirkung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) ausgenommen und sollen nach den Vorschlägen der Finanzkommission auch weiter ausgenommen bleiben. Auch ansonsten adressiert die Finanzkommission keine Maßnahmen, die hausärztliche Versorgung betreffen, nicht einmal dort, wo die Finanzkommission ganz überdurchschnittliche Ausgabesteigerungen feststellt, wie bei der hausarztzentrierten Versorgung (HZV).

Wir sehen die ambulante Versorgung auch in ihrer Gesamtheit allerdings nicht als herauszuhebende Ausgabentreiber.

Die Entwicklungen der Ausgaben für die vertragsärztliche Versorgung oberhalb der Grundlohnsummenentwicklung, insbesondere ab dem Jahre 2022, hat sehr viele Ursachen und kann nicht nur auf die Entbudgetierung der haus- und kinderärztlichen Versorgung und die TSVG-Regelungen zurückgeführt werden. Der Anhebung der ärztlichen Vergütung (Orientierungswert) liegen steigende Betriebskosten der Praxen (Personal, Energie, Mieten) und die allgemeine Inflationsentwicklung zugrunde, die zu höheren Preisen je Leistung geführt hat. Die Entwicklung der Leistungsmengen ist mit einem pandemisch bedingten Nachholeffekt verschobener Behandlungen, dem demografischen Wandel und steigender Prävalenz chronischer Erkrankungen verbunden. Die Aufarbeitung von Diagnose- und Behandlungslücken, zusätzliche Leistungen (z. B. Long-COVID) sowie strukturelle Veränderungen erhöhen das Leistungsniveau. Mehr spezialisierte und technisch aufwendige Leistungen sowie die Ambulantisierung erhöhen die Kosten pro Fall, kommen aber unmittelbar den Patientinnen und Patienten zugute und vermeiden systemisch teure stationäre Krankenhausbehandlungen. Wir möchten darüber hinaus auch zu bedenken geben, dass die

medizinisch und gesundheitsökonomisch überfällige und politisch gewollte Verlagerung stationärer Leistungen in die ambulante Versorgung die Ausgabedynamik in der vertragsärztlichen Versorgung in den kommenden Jahren zwingend erhöht. Über diese Leistungsverlagerung sollte der Gesetzgeber auch statistische Transparenz schaffen.

Konkret möchten wir zur Reformempfehlung Nummer 3 der Finanzkommission Gesundheit (Streichung der Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen) wie folgt Stellung nehmen:

Vor dem Hintergrund der Evaluationsergebnisse des Instituts des Bewertungsausschusses empfiehlt die Kommission eine vollständige Abschaffung der Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen. Das sind nach dem heutigen gesetzlichen Stand nach § 87a Absatz 3 Satz 5 SGB V

- Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle als TSS-Terminfall und als TSS-Akutfall (TSS-Vermittlungsfälle),
- Leistungen im Behandlungsfall bei Weiterbehandlung eines Patienten durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer (Hausarztvermittlungsfälle) sowie
- Leistungen im Behandlungsfall, die im Rahmen von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche ohne vorherige Terminvereinbarung gemäß § 19a Absatz 1 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte erbracht werden (offene Sprechstunde).

Bei vollständigem Entfall der TSVG-Vergütungsregelungen soll sich nach Auffassung der Finanzkommission Gesundheit die Finanzwirkung für 2027 basierend auf der vergangenen Entwicklung auf 1,3 Mrd. EUR belaufen. Unter der Annahme einer rückläufigen Steigerungsrate soll sich für 2030 ein Volumen in Höhe von 1,8 Mrd. EUR ergeben.

Für uns ist schon der Betrag in Höhe von 1,3 Mrd. EUR als Finanzwirkung für das Jahr 2027 durch Streichung der extrabudgetären Vergütungsregelungen des TSVG nicht nachvollziehbar.

Zunächst möchten wir mit Blick auf die extrabudgetäre Vergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 6 SGB V (offene Sprechstunde) darauf hinweisen, dass nach § 87a Absatz 3 Satz 8 SGB V seit dem Jahr 2023 eine zeitlich unbefristete, arztgruppenspezifische Bereinigung der MGV in jedem Quartal um die extrabudgetär vergüteten, in den offenen Sprechstunden erbrachten Leistungen stattfindet. An dieser Stelle kann deshalb auch unter keinen Umständen von einer Doppelfinanzierung oder Doppelvergütung gesprochen werden.

Darüber hinaus muss allerdings systemisch gefragt werden, warum an dieser Stelle von Gesetzes wegen eine reine arztgruppenspezifische und nicht eine globale Bereinigung der MGV erfolgte beziehungsweise weiterhin erfolgt, wenn Versicherte ungesteuert (ohne Überweisung oder andere ärztliche Veranlassung und ohne Termin) in offenen Sprechstunden der fachärztlichen Grundversorger behandelt werden. Der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf, der der Ermittlung der Gesamtvergütung zugrunde liegt, dürfte vielfach kein rein fach- und arztgruppenspezifischer Behandlungsbedarf sein.

Mit Blick auf die extrabudgetäre Vergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 3 (TSS-Vermittlungsfall) sowie nach § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 4 SGB V (Hausarzt-Vermittlungsfall) erfolgten auf Grundlage des § 87a Absatz 3 Satz 7 und 8 in der Fassung des Artikel 1 Nummer 44 des TSVG sowie des § 87a Absatz 3 Satz 8 ff SGB V in der Fassung des Artikel 1 Nummer 26 des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) in den Jahren 2021 sowie 2022 Bereinigungen der MGV.

Die Abschaffung der oben genannten extrabudgetären Vergütung wäre in jedem Fall zwingend mit einer Rückbereinigung der MGV verbunden. Diese wäre freilich vor dem Hintergrund der seither erfolgten jährlichen Entwicklung des Orientierungswertes betragsmäßig höher als der Betrag der bisher bereits auf Grundlage des TSVG, des GVWG sowie des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG) erfolgten Bereinigungen der MGV um die oben genannten Leistungen. Diese erforderliche Rückbereinigung bedeutet also zunächst unmittelbar in die Gesamtvergütung fließende zusätzliche Ausgaben.

Für uns geht es hier allerdings auch um ganz Grundsätzliches:

Wie Sie wissen, handelt es sich in den oben genannten Vermittlungskonstellationen, in denen die fachärztlichen Leistungserbringer extrabudgetär außerhalb der MGV für ihre Behandlungsleistungen vergütet werden, gesamthaft um

Behandlungsfälle, in denen zwingend zuvor seitens der Terminservicestelle oder durch einen hausärztlichen Leistungserbringer ein entweder akuter oder ein dringlicher fachärztlicher Behandlungsbedarf festgestellt wurde. Wir sind nach wie vor der Auffassung, dass in Konstellationen eines festgestellten fachärztlichen Behandlungsbedarfs die mengenbegrenzende Wirkung der MGV einer zeitnahen und bedarfsgerechten Leistungserbringung gegenüber gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten nicht entgegenstehen darf. Das gilt für uns mit Blick auf die heutige gesetzliche Lage und es gilt für uns auch für alle Überlegungen in Richtung eines Primärversorgungssystems. Die Budgetierung unabweisbaren Behandlungsbedarfs stellt für uns eine strukturelle Diskriminierung gesetzlich Versicherter dar und widerspricht eklatant einer bedarfsgerechten Versorgung.

Mit Verwunderung nehmen wir auch zur Kenntnis, dass die Finanzkommission Gesundheit nicht damit rechnet, dass der Vorschlag für GKV-Versicherte für diese allgemeinfachärztlichen Behandlungen zu (relativ) höheren Wartezeiten führen würde. Dies wird damit begründet, dass „mit den zusätzlichen Vergütungen für TSVG-Fälle keine Reduktion der Wartezeiten beobachtet werden konnte“.

Als Beleg hierfür soll eine Versichertenbefragung zu Wartezeiten gelten, auf deren Ergebnis die Bundesregierung selbst in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage (BT-Drs. 21/ 3858) verwies und die durch die öffentliche Berichterstattung ging. Nach dieser Versichertenbefragung hätten sich die Wartezeiten auf Facharzttermine seit dem Jahr 2019 von im Durchschnitt 33 Tagen auf im Durchschnitt 42 Tage im Jahr 2024 erhöht. Unberücksichtigt gelassen wurden dabei Akuttermine innerhalb von 24 Stunden, die extrabudgetär vergütet und mit extrabudgetären Zuschlägen auf die Grundpauschale versehen sind. Nach Antwort der Bundesregierung soll die durchschnittliche Wartezeit dann 36 Tage auf einen Facharzttermin im Jahr 2024 betragen haben. Unberücksichtigt gelassen für die Frage der Verbesserung des Zugangs wurden aber auch die mit dem TSVG im Jahr 2020 eingeführten offenen Sprechstunden der grundversorgende Facharztgruppen, die etwa 15 bis 20 % deren vertragsärztlicher Wochenkapazitäten darstellen und einen unmittelbaren Zugang zur fachärztlichen Versorgung ohne Termin ermöglichen. Unberücksichtigt gelassen wurde auch die Verkürzung der Wartezeiten bei akuten und dringenden Behandlungsfällen um rund 21 % in 2024 gegenüber dem Jahr 2022 in den Vermittlungskonstellationen, die durch eben jene Vergütungsregelung des TSVG gesetzlich gefördert

wurden, die die FinanzKommission Gesundheit nunmehr vorschlägt abzuschaffen.

Auch die Darstellung der FinanzKommission, dass „derzeit Hausärzte für die erfolgreiche Vermittlung eine Pauschale in Höhe von 15 Euro erhalten, während Fachärzte abhängig von der Wartezeit mit Zuschlägen von bis zu 100 % auf die Versichertenpauschale extrabudgetär vergütet werden (200 % im Akutfall)“ (Seite 115) ist so nicht korrekt. Richtig ist, dass die hausärztlichen Leistungserbringer nach § 87 Absatz 2b SGB V dieselben gestuften Zuschläge erhalten, wie die fachärztlichen Leistungserbringer nach § 87 Absatz 2c SGB V. Diese Zuschläge sollen insgesamt einen Umfang von 110 Mio. EUR im Jahr 2024 ausgemacht haben. Wir weisen darauf hin, dass die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer eine gesetzliche Konkretisierung des bereits vor dem TSVG bestehenden Versorgungsauftrages der hausärztlichen Leistungserbringer nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V darstellt. Es handelt sich hier um eine bereits heute bestehende Steuerungsfunktion der hausärztlichen Versorger. Es ist aus unserer Sicht eine politische Entscheidung des Gesetzgebers im Rahmen des TSVG gewesen, diese originären Aufgaben der hausärztlichen Versorgung nochmal gesondert mit Zuschlägen zu versehen und es war auch eine politische Entscheidung des Gesetzgebers im Rahmen des GKV-FinStG, diese Zuschläge auch für die hausärztlichen Leistungserbringer weiter zu dynamisieren.

Darüber hinaus möchten wir insbesondere mit Blick auf die Reformempfehlung Nummer 8 (Streichung der Pauschalen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung), die Reformempfehlung Nummer 9 (Begrenzung des Ausgabeanstieges in der EGV), die Reformempfehlung Nummer 15 (Rücknahme der Hygienezuschläge), die Reformempfehlung Nummer 17 (Verbot der Selbstzuweisung laborärztlicher Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung), die Reformempfehlung Nummer 18 (Absenkung der EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Katarakt-OPs), die Reformempfehlung Nummer 19 (Absenkung der Bewertung des technischen Leistungsanteils im EBM) zu bedenken geben, dass diese Vorschläge alleinige Handlungsfelder der gemeinsamen Selbstverwaltung betreffen. Unserer Kenntnis nach findet zu diesen Themengebieten regelhaft ein Austausch in der gemeinsamen Selbstverwaltung und insbesondere im Bewertungsausschuss statt.

Eingriffe in die Selbstverwaltung lehnen wir an dieser Stelle entschieden ab.

Zugleich möchten wir anregen, dass der Gesetzgeber kritisch die zahlreichen, bisherigen gesetzliche Eingriffe in die Selbstverwaltung evaluiert, ob und wie diese denn strukturell zu einer besseren, bedarfsgerechteren Versorgung geführt haben.

Für ein persönliches Gespräch stehen wir Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Dirk Heinrich
Vorstandsvorsitzender

Dr. iur. André Byrla
Hauptgeschäftsführer

Der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) setzt sich zusammen aus:

Ordentliche Mitglieder

Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM), Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V. (BAO), Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e.V. (BdB), Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI), Berufsverband Deutsche Neurochirurgie e.V. (BDNC), Berufsverband Deutscher Neuroradiologen e.V. (BDNR), Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDN), Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V. (BdP), Bundesverband für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM), Berufsverband der Deutschen Radiologie e.V. (BDR), Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK), Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (BNG), Berufsverband Niedergelassener und ambulant tätiger Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO), Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland e.V. (BNHO), Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ), Berufsverband der Augenärztinnen und Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband der AngiologInnen Deutschlands e.V. (BVAD), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH), Berufsverband der Deutschen Urologie e.V. (BvDU), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte e.V. (BVF), Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU), Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (BVPRM), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP), Deutscher Facharztverband e.V. (DFV), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG), Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V. (DGPRÄC), Verband der Nephrologinnen und Nephrologen in Deutschland e.V. (DN), Verband der in Deutschland niedergelassenen Radioonkologen e.V. (VDRO).

Assoziierte Mitglieder

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ), MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI), Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband), Virchowbund – Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. (VIR).