expertenReport



Quelle: KI-generierte Illustration

Arzttermine gegen Geld: Die Zweiklassenmedizin ist längst Realität

Ute Pappelbaum

Kassenärzte warnen vor mehr Selbstzahler-Terminen, Krankenkassen und Politik reagieren empört. Dabei ist die bevorzugte Behandlung zahlender Patienten längst Teil des deutschen Versorgungsalltags. Der Streit um die GKV-Reform offenbart ein Problem, das weder mit moralischen Vorwürfen gegen Ärzte noch mit zusätzlichen Milliarden allein zu lösen ist: Ärzte müssen wirtschaftlich arbeiten können, Patienten müssen behandelt werden.

Umso bemerkenswerter ist die Empörung über die jüngsten Aussagen des Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Andreas Gassen. Dieser hatte am 14. November 2026 davor gewarnt, dass Arztpraxen infolge der geplanten Honorareinsparungen künftig verstärkt Privatsprechstunden anbieten könnten. Gesetzlich Versicherte müssten dann häufiger selbst bezahlen, wenn sie nicht lange auf einen Termin warten wollten.

Krankenkassen, Politiker und Sozialverbände reagierten mit scharfer Kritik. Die einen sprechen von Panikmache, die anderen warnen vor einer Medizin, bei der das Einkommen über die Behandlung entscheidet.

Nur ist genau diese Entwicklung bereits dokumentiert.

Schon 2025 berichteten Versicherte von Terminen gegen Zuzahlung

Eine repräsentative Forsa-Befragung im Auftrag des AOK-Bundesverbandes aus dem Mai 2025 zeigt, wie weit das Problem bereits reicht. 17 Prozent der gesetzlich Versicherten gaben an, schon einmal nur deshalb zeitnah einen Arzttermin erhalten zu haben, weil sie zusätzlich oder alternativ eine Selbstzahler- oder individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) gebucht hatten.

Mehr als die Hälfte der Befragten berichtete außerdem, bei der Terminvergabe bereits gegenüber Privatversicherten benachteiligt worden zu sein.

Die Zahlen beruhen auf den Erfahrungen der Befragten. Sie belegen weder, dass jede Praxis solche Verfahren nutzt, noch erlauben sie Rückschlüsse auf die Zahl der tatsächlich gegen Bezahlung vergebenen Termine. Sie zeigen aber, dass die aktuelle Debatte keineswegs ein hypothetisches Problem betrifft.

Schon damals forderte AOK-Chefin Carola Reimann Konsequenzen. Die bevorzugte Vergabe von Terminen gegen zusätzliche Bezahlung müsse unterbunden werden.

Ein Jahr später wird erneut darüber gestritten, ob es künftig dazu kommen könnte.

Ärzte sind Unternehmer – und keine unbegrenzt verfügbare Ressource

Bei aller berechtigten Kritik an einer bevorzugten Behandlung zahlungskräftiger Patienten gerät ein Umstand in der öffentlichen Debatte regelmäßig in den Hintergrund: Niedergelassene Ärzte betreiben Unternehmen.

Sie beschäftigen Mitarbeiter, finanzieren Praxisräume, medizinische Geräte, Digitalisierung und laufende Betriebskosten. Ihre wirtschaftliche Existenz hängt davon ab, dass die erbrachten Leistungen ausreichend vergütet werden.

Gassen argumentiert, dass Praxen angesichts der Honorarkürzungen nicht einfach im bisherigen Umfang weiterarbeiten könnten. Nach Berechnungen der KBV geht es um Einsparungen von rund drei Milliarden Euro. Besonders betroffen seien unter anderem Orthopäden, Kardiologen, Radiologen und HNO-Ärzte.

Dass Ärzte auf wirtschaftliche Rahmenbedingungen reagieren, ist zunächst keine Besonderheit des Gesundheitswesens. In jeder anderen Branche wäre es selbstverständlich, dass ein Unternehmen seine Leistungen, Kapazitäten und Kosten an den erzielbaren Einnahmen ausrichtet.

Im Gesundheitswesen gelten allerdings andere Voraussetzungen. Vertragsärzte übernehmen mit ihrer Zulassung einen gesetzlichen Versorgungsauftrag. Sie können deshalb nicht nach Belieben entscheiden, medizinisch notwendige Kassenleistungen nur noch gegen private Bezahlung anzubieten.

Dieser Unterschied ist wesentlich. Er ändert aber nichts daran, dass eine dauerhaft wirtschaftlich unzureichende Vergütung die Bereitschaft zur Niederlassung, zur Ausweitung von Sprechzeiten oder zur Beschäftigung zusätzlichen Personals beeinträchtigen kann.

Die Frage ist deshalb nicht, ob Ärzte Geld verdienen dürfen. Sie müssen es sogar, wenn eine wohnortnahe ambulante Versorgung erhalten bleiben soll.

Die Frage lautet, wie ihre Vergütung gestaltet sein muss, damit wirtschaftlicher Erfolg und medizinische Versorgung nicht gegeneinander arbeiten.

Die Krankenkassen zahlen mehr – aber wofür?

Der AOK-Bundesverband widerspricht der Darstellung, dass der ambulanten Versorgung insgesamt weniger Geld zur Verfügung stehen werde.

Nach Angaben von Vorstandsvorsitzender Carola Reimann steigen die Mittel für die vertragsärztliche Versorgung 2027 allein durch die Anhebung des Orientierungswertes um rund 1,1 Milliarden Euro.

Gleichzeitig sollen zusätzliche Vergütungen für bestimmte Arzttermine entfallen, die 2019 eingeführt wurden. Nach Darstellung der AOK haben diese Zuschläge nahezu drei Milliarden Euro gekostet, ohne die Versorgung nachweislich zu verbessern.

Auch die Einnahmen der Praxen führt Reimann an. Zwischen 2023 und 2024 seien die durchschnittlichen GKV-Einnahmen je Praxis von 538.000 auf 589.000 Euro gestiegen, ein Plus von 9,5 Prozent.

Allerdings sind Praxiseinnahmen keine Arztgehälter. Ohne Angaben zu Personal-, Sach- und Investitionskosten lässt sich daraus nicht ableiten, wie sich die wirtschaftliche Situation der einzelnen Praxen entwickelt hat.

Ebenso wenig lassen sich steigende Gesamtausgaben ohne Weiteres mit den Einnahmeverlusten bestimmter Fachgruppen verrechnen.

Damit liegt der zentrale Konflikt offen: Die Krankenkassen argumentieren mit steigenden Ausgaben und fehlender Wirksamkeit bisheriger Zuschläge. Die Ärzteschaft verweist auf wirtschaftliche Belastungen und drohende Einschränkungen des Leistungsangebots.

Beide Seiten betrachten unterschiedliche Teile desselben Systems.

Ein bezahlter Termin ist noch kein zusätzlicher Termin

Besonders deutlich wird der Widerspruch bei der Frage, woher die Termine für Selbstzahler eigentlich kommen sollen.

Wenn eine Praxis einem gesetzlich Versicherten erst in acht Wochen einen Termin anbieten kann, dieselbe Behandlung

gegen private Bezahlung aber wesentlich früher möglich ist, stellt sich zwangsläufig die Frage nach der Verteilung der vorhandenen Kapazitäten.

Eine privat finanzierte Behandlung kann zusätzliche Sprechstunden wirtschaftlich ermöglichen. Sie kann aber ebenso dazu führen, dass bereits vorhandene Behandlungskapazitäten anders verteilt werden.

Zwischen beiden Vorgängen besteht ein erheblicher Unterschied.

Im ersten Fall entsteht zusätzliche Versorgung. Im zweiten Fall verändert sich lediglich der Zugang zu einer begrenzten Leistung.

Genau hier müsste die gesundheitspolitische Debatte ansetzen. Es genügt nicht, zusätzliche Vergütungen zu zahlen, wenn unklar bleibt, ob dadurch tatsächlich mehr Patienten behandelt werden. Ebenso wenig genügt es, diese Vergütungen zu streichen, ohne mögliche Auswirkungen auf die verfügbaren Behandlungskapazitäten zu untersuchen.

Die entscheidende Größe ist nicht allein das Honorar, sondern die tatsächlich erbrachte Versorgung.

Der gesetzliche Leistungsanspruch braucht auch einen verfügbaren Arzt

Der Verband der Ersatzkassen (vdek) hat Gassens Aussagen am 16. November scharf kritisiert. Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner erinnert daran, dass Vertragsärzte zur Mitwirkung an der ambulanten Versorgung verpflichtet sind. Das Vorenthalten freier Termine zugunsten einer Privatsprechstunde könne gegen vertragsärztliche Pflichten verstoßen.

Auch der GKV-Spitzenverband wirft der KBV vor, mit ihren Warnungen Ängste bei Versicherten zu schüren.

Die rechtliche Position ist nachvollziehbar. Wer Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zahlt, hat Anspruch auf die im Leistungskatalog vorgesehenen medizinisch notwendigen Behandlungen. Dieser Anspruch darf nicht durch die Forderung nach einer zusätzlichen privaten Zahlung ausgehöhlt werden.

Allerdings löst die rechtliche Verpflichtung allein noch kein Kapazitätsproblem.

Ein Anspruch auf Behandlung schafft weder zusätzliches medizinisches Personal noch weitere Sprechstunden. Er sorgt auch nicht automatisch dafür, dass vorhandene Kapazitäten regional und fachlich dort zur Verfügung stehen, wo sie benötigt werden.

Genau diese Unterscheidung fehlt häufig in der Diskussion.

Die Politik kann einen Leistungsanspruch gesetzlich festschreiben. Seine praktische Erfüllung hängt aber davon ab, ob ausreichend Ärzte bereitstehen, wie ihre Arbeit organisiert wird und ob die Finanzierung die erforderlichen Leistungen ermöglicht.

Mehr Geld oder bessere Steuerung?

Der vdek erwartet für 2027 Ausgaben von rund 56 Milliarden Euro für die ambulante Versorgung. Die Summe zeigt, welche finanziellen Dimensionen das System inzwischen erreicht hat.

Dass trotz erheblicher Ausgaben weiterhin über Wartezeiten und Terminengpässe gestritten wird, verweist auf Probleme, die sich nicht allein durch zusätzliche Mittel lösen lassen.

Die Krankenkassen setzen deshalb auf eine stärkere Steuerung der Patienten. Vorgesehen sind unter anderem ein Primärversorgungssystem, eine verbesserte Terminvermittlung und eine medizinische Ersteinschätzung, die Behandlungen stärker nach Dringlichkeit organisieren soll.

Solche Verfahren können helfen, unnötige Facharztkontakte zu vermeiden und vorhandene Kapazitäten gezielter einzusetzen. Sie schaffen allerdings nicht automatisch zusätzliche Ärzte oder Behandlungsstunden.

Auch die wirtschaftlichen Anreize müssen stimmen. Wenn die Behandlung eines zusätzlichen Patienten für eine Praxis kaum vergütet wird, während dieselbe Leistung privat höhere Einnahmen ermöglicht, entsteht ein Konflikt zwischen betriebswirtschaftlicher Rationalität und solidarischem Versorgungsanspruch.

Diesen Konflikt allein den Ärzten anzulasten, greift zu kurz. Ihn ausschließlich mit dem Hinweis auf begrenzte Kassenmittel zu erklären, ebenso.

Die eigentliche Reformfrage

Der Streit um Gassens Aussagen hat inzwischen eine bemerkenswerte Eigendynamik entwickelt. Die Ärzteschaft warnt vor wirtschaftlichen Konsequenzen, die Krankenkassen verteidigen ihre Einsparungen, und die Politik erinnert an den gesetzlichen Versorgungsauftrag.

Jede Seite hat dafür nachvollziehbare Argumente.

Nur beantwortet keine dieser Positionen für sich genommen die Frage, wie Patienten tatsächlich schneller zu einer medizinisch notwendigen Behandlung kommen.

Dafür braucht es eine Vergütung, die wirtschaftlich tragfähige Praxen ermöglicht, eine Terminsteuerung, die sich am medizinischen Bedarf orientiert, und Transparenz darüber, welche Ausgaben tatsächlich zusätzliche Versorgung schaffen.

Auch für die private Krankenversicherung ist diese Entwicklung relevant. Wenn gesetzlich Versicherte häufiger bereit sind, für einen schnelleren Zugang selbst zu bezahlen, kann die Nachfrage nach ergänzendem Versicherungsschutz wachsen. Das wäre allerdings zunächst eine Reaktion auf bestehende Versorgungslücken und kein Beleg für ein leistungsfähigeres Gesamtsystem.

Am Ende geht es um eine recht einfache Erwartung: Ärzte sollen mit ihrer Arbeit ordentlich Geld verdienen können. Und Patienten sollen einen Arzttermin bekommen, wenn sie ihn brauchen.

Dass beides in einem der teuersten Gesundheitssysteme Europas noch immer als Gegensatz verhandelt wird, ist das eigentliche Problem. Nicht Gassens Warnung hat die Zweiklassenmedizin geschaffen. Sie hat lediglich wieder sichtbar gemacht, was längst existiert.

Quellen: AOK-Bundesverband (16.11.2026), vdek (16.11.2026), AOK/Forsa-Befragung (Mai 2025), Tagesschau (14.–16.11.2026).

Versicherungs- und Finanznachrichten

expertenReport

https://www.experten.de/id/4953121/Arzttermine-gegen-Geld-Die-Zweiklassenmedizin-ist-laengst-Realitaet/