
Wartezeiten auf Arzttermine: Eine methodische und empirische Kritik der Debatte

Verena Finkenstädt



Gustav-Heinemann-Ufer 74 c • 50968 Köln

Telefon +49 221 9987-1652 • Telefax +49 221 9987-1653

E-Mail: wip@wip-pkv.de • Internet: www.wip-pkv.de

Inhalt

1.	Einleitung.....	4
2.	Determinanten von Wartezeiten	5
2.1	Faktoren, die Wartezeiten auf der Angebotsseite beeinflussen	5
2.2	Faktoren, die Wartezeiten auf der Nachfrageseite beeinflussen	7
3.	Erhebung von Wartezeiten.....	9
3.1	Umfragen	9
3.1.1	Repräsentative Patientenumfragen	9
3.1.2	Testanrufe in Arztpraxen	11
3.2	Administrative Daten	13
4.	Wartezeiten im deutschen Gesundheitssystem	14
4.1	Ergebnisse der KBV-Versichertenbefragung 2017.....	14
4.2	Überblick zu weiteren Umfrageergebnissen	17
4.3	Hypothetische Wartezeiten ohne PKV-Versicherte.....	18
5.	Wartezeiten im internationalen Vergleich	20
6.	Fazit	25
7.	Literatur	28

1. Einleitung

In Deutschland sind Wartezeiten auf ambulante Arzttermine ein wiederkehrendes Thema in der gesundheitspolitischen Debatte sowie in den Medien: Zum einen seien sie zu lang, zum anderen hingen sie vom Krankenversicherungsstatus „gesetzlich oder privat“ ab. Allerdings bleiben dabei wesentliche Aspekte unberücksichtigt, die für eine umfassende Darstellung der Problematik unabdingbar sind.

Der folgende Beitrag füllt diese Lücke und nimmt eine sachliche Einordnung des Themas vor. Dazu wird im zweiten Kapitel zunächst erläutert, dass Wartezeiten ein unvermeidbarer Aspekt in der gesundheitlichen Versorgung sind und von komplexen, vielfältigen Faktoren abhängen. Das dritte Kapitel befasst sich mit der Erhebung von Wartezeiten, da die Datenbasis und das Erhebungsdesign einen großen Einfluss darauf haben, wie lang Wartezeiten im Ergebnis sind. In Kapitel 4 wird die Wartezeiten-Situation in Deutschland im ambulanten Bereich auf Basis aktueller Daten dargestellt. Zudem findet sich hier eine Übersicht der Ergebnisse aus Umfragen und Studien, die sich in den vergangenen Jahren mit der Wartezeit von GKV- und PKV-Versicherten befasst haben. Schließlich werden die abweichenden Wartezeiten je Versicherungsstatus aufgegriffen und es wird anhand einer Szenario-Rechnung gezeigt, dass sich Wartezeiten nicht merklich verringern würden, wären alle PKV-Versicherten in der GKV versichert. In Kapitel 5 werden die deutschen Wartezeiten schließlich in einen internationalen Kontext eingeordnet. Dies verdeutlicht, dass in Deutschland im Ländervergleich nur sehr kurz auf Arzttermine gewartet werden muss.

2. Determinanten von Wartezeiten

Ein zeitnaher Zugang zur Versorgung ist ein Qualitätsmerkmal eines funktionierenden Gesundheitssystems. Für Patienten können Wartezeiten auf eine medizinische Behandlung mit Schmerzen und Ängsten einhergehen sowie mit dem Risiko schlechterer Behandlungsergebnisse.¹ Sie sind für den Patienten ein fühlbarer Indikator für die Qualität der gesundheitlichen Versorgung. Das folgende Kapitel zeigt, dass sich Wartezeiten im Gesundheitswesen aus verschiedenen Gründen jedoch nie ganz vermeiden lassen. Sie sind allerdings nicht die Folge unterschiedlicher Versicherungssysteme, sondern vielmehr einer komplexen Wechselwirkung zwischen Angebot und Nachfrage im Gesundheitssystem.²

2.1 Faktoren, die Wartezeiten auf der Angebotsseite beeinflussen

Kapazitäten

Wartezeiten entstehen, wenn die Kapazitäten nicht ausreichen, um die aktuelle Nachfrage zu befriedigen. Je weniger Ärzte es gibt, desto mehr Patienten entfallen auf den einzelnen Arzt und desto länger ist die Wartezeit auf einen Termin. Da jedoch kein öffentlich finanziertes Gesundheitssystem die Kapazitäten vorhalten kann, um die (potentiell unbegrenzte) Nachfrage der Patienten nach Gesundheitsleistungen zu befriedigen, entstehen Wartezeiten. In anderen Worten: Anstatt Leistungen bzw. medizinische Güter denjenigen zu verkaufen, die am meisten bezahlen, erhalten diejenigen die Gesundheitsversorgung, die bereit sind am längsten dafür „anzustehen“.³

Deutschland weist sowohl in Bezug auf die Allgemein- als auch auf die Fachärzte eine hohe Ärztedichte auf, die über dem Durchschnitt jener OECD-Länder mit vergleichbarer Wirtschaftskraft liegt.⁴ In Bezug auf die Kapazitäten existieren im deutschen Gesundheitssystem somit gute Voraussetzungen für geringe Wartezeiten. Doch selbst bei hoher Ärztezahl und gleichmäßiger Verteilung wird es immer Leistungserbringer geben, die Warteschlangen als „Qualitätsmerkmal“ bewusst einsetzen, d. h. lange Wartezeiten auf einen Termin werden vom Patienten mit hoher Beliebtheit/bester Versorgung gleichgesetzt, was wiederum zu einem sehr hohen Zulauf und entsprechenden Wartezeiten führt.

Privater Gesundheitsmarkt

In öffentlichen Gesundheitssystemen ist zudem die Ausgestaltung des privaten Gesundheitsmarktes von Belang, denn Privatärzte stellen für Patienten eine Ausweichmöglichkeit dar, um den langen Wartezeiten auf einen Termin im öffentlichen System zu entgehen. Dieser Aspekt hat in anderen europäischen Ländern eine wesentliche

¹ Vgl. Siciliani/Borowitz/Moran (2013), S. 29.

² Vgl. OECD (2017), S. 96.

³ Vgl. Finkenstädt/Niehaus (2013).

⁴ Vgl. Arentz (2017).

Bedeutung.⁵ Im Unterschied dazu gibt es in Deutschland mit GKV und PKV zwar zwei Versicherungssysteme, aber nur ein Versorgungssystem, in dem alle Patienten gleichermaßen behandelt werden. Die Anzahl rein privat tätiger Leistungserbringer ist relativ gering. Der private Gesundheitsmarkt spielt bei der Verkürzung von Wartezeiten hierzulande daher nur eine untergeordnete Rolle.

Vergütung

Neben anderen Aspekten wirken sich auch finanzielle Anreize auf das ärztliche Verhalten aus (z. B. Einzelleistungsvergütung im Vergleich zu Pauschalvergütung).⁶ In Deutschland rechnen Ärzte Leistungen für GKV-Versicherte auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) ab und Leistungen für PKV-Versicherte auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die beiden Abrechnungssysteme unterscheiden sich deutlich sowohl in Bezug auf die Preise als auch in Bezug auf die Abgrenzung der Leistungen. Somit kann eine Behandlung zu einer unterschiedlichen Vergütung für den Arzt führen, je nach Art des Versicherungsschutzes des Patienten. Im Allgemeinen ist dabei von einer höheren Vergütung im PKV-System gegenüber dem GKV-System auszugehen. Daneben wird eine unterschiedliche Abrechnung ärztlicher Leistungen in GKV und PKV noch von diversen weiteren Faktoren beeinflusst (insbesondere Restriktionen in der GKV, wie Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder Regelleistungsvolumina).⁷ Dies zusammengenommen könnte für Arztpraxen ein Anreiz sein, Privatpatienten schneller einen Termin zu geben.

Hierbei sind jedoch folgende Punkte zu berücksichtigen: Zum einen erzielen die niedergelassenen Ärzte durch die Behandlung von Privatversicherten einen Mehrumsatz von 6,06 Milliarden Euro pro Jahr (ca. 50.200 Euro je Arzt).⁸ Diese finanziellen Mittel ermöglichen Investitionen in die medizinische Infrastruktur und die Einstellung von medizinischem Fachpersonal. De facto erhöht sich damit das Niveau auf der Angebotsseite. Zum anderen werden die Terminvergabe und die Wartezeit in der Praxis aufgrund des ärztlichen Berufsethos von der Art der Erkrankungen und der damit verbundenen Dringlichkeit bestimmt. Unterschiede in den Wartezeiten zwischen PKV- und GKV-Versicherten können damit nur bei Behandlungen auftreten, bei denen vom Arzt keine Dringlichkeit gesehen wird.

Praxisorganisation

Schließlich können Wartezeiten auf Fehler in der Praxisorganisation basieren (z. B. Terminvergabe ohne Pufferzeiten oder „Doppelbuchungen“). Ohne gutes Praxismanagement

⁵ Vgl. Finkenstädt (2017); Finkenstädt/Niehaus (2013).

⁶ Vgl. Zezza/Audet/Hall (2014).

⁷ Näher hierzu Niehaus (2009); Hagemeister/Wild (2017).

⁸ Vgl. Hagemeister/Wild (2017).

müssen Patienten unnötig lange warten – sei es auf einen Termin oder in der Praxis. Hier ist allerdings einschränkend zu bemerken, dass Gesundheitsleistungen Dienstleistungen sind und somit nicht auf Vorrat produziert werden können. Nachfrageschwankungen ziehen daher temporäre Unter- und Überauslastungen von Kapazitäten nach sich.⁹ So sind z. B. Akut- und Notfälle in einer Arztpraxis nicht planbar und führen zu Wartezeiten für Patienten mit festem Termin. So kann z. B. eine schwere Grippewelle mit einem unvorhersehbarem Patientenaufkommen und damit verbundenen Wartezeiten einhergehen.

2.2 Faktoren, die Wartezeiten auf der Nachfrageseite beeinflussen

Gesundheitszustand und Alter

Bei der Entstehung von Wartezeiten spielt der Anlass des Arzttermins eine wesentliche Rolle, d. h. der Gesundheitszustand des Patienten: So haben chronisch Kranke eher langfristig planbare Termine, während akute Fälle und Notfälle nicht planbar sind, sofortigen Behandlungsbedarf haben und ihre direkte Versorgung somit zu Wartezeiten für andere Patientengruppen führt. Das Patientenaufkommen bzw. die Nachfrage nach Arztterminen wird darüber hinaus auch durch den demographischen Wandel erhöht, da eine älter werdende Bevölkerung kränker ist und mehr Gesundheitsleistungen benötigt.¹⁰

Sozioökonomischer Status

In mehreren Studien wurde gezeigt, dass Patienten mit einem höheren sozioökonomischen Status (höherer Bildungsstand, höheres Einkommen) schneller einen Termin erhalten. Dieser Befund lässt sich nicht nur für Deutschland, sondern auch für die Gesundheitssysteme anderer Länder feststellen, in denen einheitliche Krankenversicherungsmärkte bestehen.¹¹ KBV-Vorstand Gassen konstatiert hierzu, dass bei der Terminvergabe *„ganz offensichtlich diejenigen die Nase vorn haben, die sich im Gesundheitssystem gut auskennen – und sich zum Beispiel vorab eine Überweisung besorgen – und gleichzeitig kommunikationsstark sind. Angesichts der mitunter recht resolut auftretenden Sprechstundenhilfen so mancher Praxis ganz sicher kein Nachteil. Diejenigen, die das nicht unbedingt seien, darunter vor allem chronisch Kranke oder Menschen mit geringem Bildungsgrad, hätten bei der Terminvergabe tatsächlich häufiger das Nachsehen“*.¹²

Patientenpräferenzen

Auch Patientenpräferenzen, die eng mit sozioökonomischen Merkmalen verbunden sind, spielen eine wichtige Rolle. Hier ist unter anderem von Belang, dass Patienten nicht irgendeinen Arzt, sondern einen bestimmten Arzt ihrer Wahl aufsuchen. D. h., dass es auch bei einer gleichmäßig hohen Ärztedichte in einem Gebiet zu Wartezeiten kommen kann, wenn

⁹ Vgl. Schulenburg/Greiner (2007).

¹⁰ Vgl. Niehaus (2006).

¹¹ Vgl. u. a. Monstad/Engesaetter/Espehaug (2014); Roll/Stargardt/Schreyögg (2011).

¹² Zitiert nach Ettl (2015).

ein Arzt überproportional von vielen Patienten aufgesucht wird. Zudem ist auch ein zunehmendes Anspruchsdenken von Patienten von Bedeutung: Es wird weniger abgewartet und/oder Hausmittel/Selbstmedikation angewendet, sondern der Arzt soll sofort und direkt helfen. Auch Patienten, die mit Bagatellerkrankungen die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufsuchen, sind ein zunehmendes Problem.¹³ Diese Faktoren steigern das Patientenaufkommen und führen zu Wartezeiten.

Es bleibt festzuhalten, dass Wartezeiten im Gesundheitssystem unvermeidbar sind und von einem komplexen Zusammenwirken unterschiedlicher Faktoren sowohl auf der Angebots- als auch auf der Nachfrageseite abhängen.

¹³ Vgl. Köster et al. (2016).

3. Erhebung von Wartezeiten

Um zu bestimmen, wie lange ein Patient auf einen Arzttermin wartet, können grundsätzlich die Ergebnisse von Umfragen oder administrative Daten genutzt werden. Beide Erhebungsmöglichkeiten haben Vor- und Nachteile, die im Folgenden dargestellt werden.

3.1 Umfragen

Es gibt zwei Wege, sich der Länge von Wartezeiten über Umfragen zu nähern: Entweder durch die repräsentative Befragung von Patienten oder Versicherten, um ihre subjektiven Erfahrungen in der Vergangenheit zu erheben, oder durch Anrufe in Arztpraxen, um die Wartezeit auf einen Termin in der Zukunft zu ermitteln. In Deutschland waren Umfragen zu Wartezeiten vor einigen Jahren sehr „en vogue“ und wurden – insbesondere in den Jahren 2006 bis 2011 – sowohl von wissenschaftlichen als auch von wissenschaftsfremden Institutionen durchgeführt oder in Auftrag gegeben.

3.1.1 Repräsentative Patientenumfragen

Bei Patientenumfragen werden Daten üblicherweise mit Hilfe von standardisierten Fragebögen erhoben. So wird eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse über alle Befragten hinweg ermöglicht. Standardisierte Befragungen können schriftlich (z. B. postalisch) als auch mündlich (z. B. computergestütztes Telefon-Interview) durchgeführt werden. In der folgenden Tabelle sind diejenigen repräsentativen Befragungen dargestellt, die in Deutschland durchgeführt wurden und explizit die Unterschiede der Wartezeiten von privat und gesetzlich krankenversicherten Patienten abgefragt haben. Zudem wird sowohl auf die Wartezeit auf einen Termin als auch auf die Wartezeit in der Arztpraxis abgestellt. In den meisten Fällen beinhalteten die Umfragen darüber hinaus noch viele weitere Aspekte in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung.

Tabelle 1: Repräsentative Umfragen in Deutschland, die das Thema Wartezeiten von GKV- und PKV-Versicherten beinhalten

Jahr / Zeitraum	Herausgeber	Titel	Datenbasis
2001 bis 2016	Bertelsmann Stiftung	Gesundheitsmonitor	schriftlich-postalische Bevölkerungsumfrage
2006 bis heute	Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)	Versichertenbefragung	computergestützte Telefon-Interviews
2007	Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)	Warten auf den Arzttermin - Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter GKV- und PKV-Versicherten	computergestützte Telefon-Interviews
2008	BKK Dachverband	Bevölkerungsumfrage BKK 2008 – Thema: Arztbesuche	computergestützte Telefon-Interviews
2011	BKK Dachverband	Bevölkerungsumfrage BKK 2011 – Thema: Arztbesuche	computergestützte Telefon-Interviews

Quellen: Bertelsmann Stiftung (verschiedene Jahre); BKK Dachverband (2008, 2011); Kassenärztliche Bundesvereinigung (verschiedene Jahre); Zok (2007).

Jährliche repräsentative Versichertenbefragungen, die auch das Thema Wartezeiten von GKV- und PKV-Versicherten umfassen, veröffentlicht aktuell nur die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Die KBV lässt die Umfrage bereits seit 2006 jährlich durch die Forschungsgruppe Wahlen durchführen.¹⁴ Bis Ende letzten Jahres führte auch die Bertelsmann Stiftung im Rahmen des Projektes „Gesundheitsmonitor“ Versichertenbefragungen durch, die ebenfalls den Aspekt Wartezeit beinhalteten. Die Ergebnisse wurden jedoch nicht direkt veröffentlicht, sondern stehen nur als „public use files“ online zur Verfügung. Das Projekt „Gesundheitsmonitor“ wurde zum Ende des Jahres 2016 eingestellt.¹⁵ Vereinzelt haben auch einzelne Krankenkassen oder deren Verbände Befragungen unter ihren jeweiligen Versicherten durchgeführt – erstmals im Jahr 2007 die AOK. Die letzte repräsentative GKV-Umfrage, die Wartezeiten ausführlich und differenziert nach Versichertenstatus erhebt, wurde im Jahr 2011 von KantarHealth (vormals EMNID) im Auftrag des BKK Bundesverbandes durchgeführt. Anschließend wurde dieses Projekt eingestellt.

Im internationalen Vergleich sind insbesondere die repräsentativen Umfragen des Commonwealth Fund relevant. Beim Commonwealth Fund handelt es sich um eine US-amerikanische gemeinnützige Stiftung, die jährlich in einer Telefonumfrage Personen ab 18 Jahren in verschiedenen Industrieländern zur Wahrnehmung des jeweiligen nationalen Gesundheitssystems befragt.¹⁶ Der verwendete einheitliche Fragenkatalog bietet die Möglichkeit einer Erhebung in den unterschiedlichen Ländern nach grundsätzlich gleichen Kriterien.

Zu berücksichtigen ist, dass es – auch bei professioneller Datenerhebung – Fehlerquellen gibt, welche die Datenqualität beeinträchtigen können. So gilt die Verzerrung durch „Antworttendenzen“ als ein typisches Methodenproblem bei Umfragen, z. B. Zustimmungstendenz oder die Tendenz zur Mitte. Bei der sozialen Erwünschtheit orientieren sich Befragte an sozialen Normen, um so zu antworten, wie sie annehmen, dass es den Erwartungen des Interviewers entspricht. Insbesondere bei Fragen zu Wartezeiten auf in der Vergangenheit liegende Arzttermine sind Erinnerungstäuschungen der Befragten nicht zu unterschätzen. Problematisch ist zudem eine gewisse Subjektivität, da sich die Ergebnisse auf die von den Teilnehmern selbst eingeschätzte Wartezeit beziehen. Die sogenannte „Wartezeitenpsychologie“ ist ein nicht zu unterschätzender Faktor: Neben der tatsächlichen Wartezeit, die objektiv und messbar ist, gibt es eine subjektive, nicht messbare Wartezeit. Verschiedene Studien haben belegt, dass die Länge der Wartezeit von Patienten häufig

¹⁴ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (verschiedene Jahre).

¹⁵ Vgl. Bertelsmann Stiftung (2016).

¹⁶ Vgl. Commonwealth Fund (2017).

überschätzt wird. Sie ist tatsächlich oft kürzer als sie subjektiv empfunden und angegeben wird.¹⁷

Bei der Interpretation von Wartezeit ist darüber hinaus zu beachten, dass es sich um einen Prozessindikator handelt. Prozessindikatoren geben Auskunft über die tatsächlich geleistete und in Anspruch genommene Versorgung.¹⁸ Sie geben jedoch nicht zwingend Aufschluss über die Dringlichkeit der Behandlung oder das Behandlungsergebnis. Insbesondere bei Patientenumfragen ist oftmals nicht ersichtlich, auf welche Versorgung/Behandlung gewartet wurde. Es ist jedoch ein großer Unterschied, ob ein Patient im fachärztlichen Bereich drei Wochen auf einen Sehtest oder auf die Abklärung einer Augeninfektion warten muss. Das heißt, nur die isolierte Wartezeit in Tagen oder Wochen gibt noch keinen Aufschluss darüber, ob die Wartezeit angemessen und medizinisch vertretbar war oder nicht. Zudem sind Wartezeiten sehr patienten- und auch praxisindividuell. In Umfragen kann das Zusammenwirken der unterschiedlichen Faktoren, die die Wartezeit beeinflussen, gar nicht umfassend abgebildet werden. Schließlich sind Umfrageergebnisse immer nur eine Momentaufnahme. Gerade im dynamischen Bereich der gesundheitlichen Versorgung können sich Wartezeiten oft schnell verändern (z. B. beim Auftreten einer Grippewelle).

3.1.2 Testanrufe in Arztpraxen

Ähnlich wie bei Patientenumfragen, handelt es sich bei Anrufen in Arztpraxen um die Erhebung von Primärdaten. Während bei Umfragen die Wartezeit auf einen Termin abgefragt wird, der in der Vergangenheit tatsächlich stattgefunden hat, lassen sich bei Testanrufen in Arztpraxen fiktive Patienten einen Termin in der Zukunft geben.

Die Primädatenerhebung über Testanrufe im Bereich der Gesundheitsversorgung wurde bereits im Jahr 2005 in einer US-amerikanischen Studie durchgeführt. Asplin et al. untersuchten mittels Testanrufen in Arztpraxen, wie Termine für ambulante Behandlungen je nach Versichertenstatus (private Versicherung, Medicaid, nicht versichert) vergeben wurden.¹⁹ Ein analoges Vorgehen wählten Lungen et al. in einer Studie des Jahres 2008, in der untersucht wurde, ob Privatversicherte bei der Terminvergabe für elektive diagnostische Maßnahmen (z. B. Knie-MRT) gegenüber GKV-Versicherten bevorzugt werden. Zu diesem Zweck wurden 189 Facharztpraxen in Köln, Bonn und Leverkusen angerufen.²⁰ Im Jahr 2017 hat das RWI eine Studie vorgelegt, die auf derselben Methodik basiert.²¹

¹⁷ Vgl. Fleischmann/Amler/Schöffski (2014).

¹⁸ Vgl. Kelley/Hurst (2006).

¹⁹ Vgl. Asplin et al. (2005).

²⁰ Vgl. Lungen et al. (2008).

²¹ Vgl. Heinrich/Wübker/Wuckel (2017).

Auch die AOK Rheinland/Hamburg führte in den Jahren 2007 und 2016 Telefonanrufe in Facharztpraxen durch. Ziel waren Augenärzte, Dermatologen, Kardiologen, Orthopäden und Radiologen im Rheinland. Allerdings hat die AOK Rheinland/Hamburg hierzu lediglich eine Pressemitteilung herausgegeben und die Ergebnisse exklusiv an die Presse vermarktet. Die detaillierte Vorgehensweise/Methodik und differenzierte Ergebnisse liegen bis heute nicht öffentlich vor.²²

Mitarbeiter der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen führen seit 2011 regelmäßig Testanrufe in Arztpraxen in verschiedenen Bundesländern durch. Bis auf die Erhebungszeiträume und -orte ist das Vorgehen immer dasselbe: Facharztpraxen bestimmter Fachrichtungen (meistens Auge, Haut, Inneres, Kardiologie, Orthopädie und Radiologie) in verschiedenen Städten oder Regionen des jeweiligen Bundeslandes werden per Zufallsprinzip aus den Gelben Seiten ausgewählt. Die Praxen werden zweimal kurz nacheinander angerufen, wobei sich die Testanrufer jeweils mit dem Satz meldeten „Ich bin privat/gesetzlich versichert und hätte gerne einen Termin“. Falls es Nachfragen seitens des Praxispersonals gab, wurden standardisierte Antworten gegeben, so dass beide Versicherungstypen mit dem gleichen Problem angerufen haben. Zum Beispiel soll die nachlassende Sehkraft untersucht werden oder Magenprobleme beim Internisten.

Das Durchführen von Testanrufen in Arztpraxen ist einerseits ein nachvollziehbares Vorgehen, da eine Terminanfrage beim Arzt die Lebenswirklichkeit von realen Patienten widerspiegelt. Andererseits sind die Ergebnisse fingierter Telefonaktionen nicht dazu geeignet, tatsächlich existierende Wartezeiten zu erfassen. So ist zu bedenken, dass die Testanrufer für die jeweilige Praxis ganz neue Patienten gewesen wären. Es ist fraglich, ob ein der Praxis bekannter, langjähriger Patient genauso lange auf einen Termin warten müsste. Zudem gaben die Testanrufer (in den meisten Fällen) keinen Hinweis auf die Dringlichkeit oder es wurde bewusst ein nicht dringlicher Terminwunsch genannt (z. B. Termin für Sehtest). Es handelte sich aus Sicht der Praxis also nicht um einen Notfall oder eine Schmerzbehandlung.

Fraglich ist schließlich generell die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Realität: Jeder Versicherte kann in Deutschland aufgrund der freien Arztwahl eine Praxis aufsuchen, die eine kürzere Wartezeit anbietet. Zudem hat die Bundesregierung die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes vom 16.07.2015 verpflichtet, sogenannte „Terminservicestellen“ einzurichten, die Versicherten innerhalb von vier Wochen einen Facharzttermin vermitteln sollen.²³ Die Terminservicestellen stoßen

²² Vgl. AOK Rheinland/Hamburg (2016).

²³ Terminservicestellen gibt es seit dem 25.01.2016. Eine Vermittlung eines Facharzttermins innerhalb von vier Wochen erfolgt allerdings nur bei Vorliegen einer Überweisung, mit Ausnahme von Terminen bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt. Seit dem 01.04.2017 haben GKV-Versicherte auch Anspruch auf die

jedoch auf wenig Resonanz bei den Patienten. Laut KBV wurden im ersten Jahr etwa 110.000 Termine bundesweit vermittelt – bei 580 Millionen ambulanten Behandlungsfällen.²⁴

3.2 Administrative Daten

Der Vorteil von administrativen Daten liegt darin, dass sie auf Verwaltungshandeln beruhen (und damit z. B. bei Bundes- oder Länderbehörden vorliegen) und meist große Fallzahlen und lange Zeitreihen verfügbar sind. Grundsätzlich ist von einer großen Genauigkeit der Daten auszugehen. Wenn das Ziel die konkrete Bestimmung der Länge der Wartezeiten ist - und nicht die Erhebung der Wahrnehmung oder Einstellungen der Befragten – sind administrative Daten zur Erhebung von Wartezeiten als validere Quelle zu betrachten. Die oben beschriebenen methodischen Probleme, die mit Umfragen einhergehen, spielen bei der Auswertung administrativer Daten keine Rolle.

Im Unterschied zu Deutschland liegen in vielen anderen europäischen Ländern administrative Daten zu Wartezeiten vor, da sie dort offiziell erfasst und veröffentlicht werden. Allerdings beschränkt sich die Datenerhebung zu Wartezeiten fast überall auf den stationären Sektor bzw. auf elektive Eingriffe.²⁵ Seit 2015 sind auch in der OECD-Gesundheitsstatistik erstmals für sieben elektive Eingriffe vergleichbare administrative Daten zu Wartezeiten verfügbar. Dass für den außerklinischen ambulanten Bereich international kaum administrative Daten vorliegen, kann unter anderem damit begründet werden, dass die ambulante fachärztliche Versorgung in vielen Ländern ebenfalls im Krankenhaus stattfindet.²⁶

Vermittlung eines Termins zur psychotherapeutischen Versorgung. Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt muss zumutbar sein. Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer innerhalb der Frist vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten. Letzteres gilt jedoch nicht bei verschiebbaren Routineuntersuchungen und in Fällen von Bagatellerkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen (§ 75 Abs. 1a SGB V).

²⁴ Vgl. Kötter (2017).

²⁵ Näher zum Umgang mit Wartezeiten im internationalen Vergleich: siehe Finkenstädt (2014).

²⁶ Vgl. Ettelt et al. (2006).

4. Wartezeiten im deutschen Gesundheitssystem

Da in Deutschland keine administrativen Daten zu Wartezeiten erhoben und veröffentlicht werden, müssen für die Einschätzung der Wartezeiten im deutschen Gesundheitssystem Umfrageergebnisse herangezogen werden. Derzeit führt nur die KBV repräsentative Umfragen zu Wartezeiten durch (siehe Kapitel 3). Die aktuellen Ergebnisse der KBV-Versichertenbefragung vom Mai/Juni 2017 werden im Folgenden dargestellt.²⁷ Zur Einordnung erfolgt anschließend ein Überblick über die weiteren Umfragen, die in der Vergangenheit Wartezeiten bei GKV- und PKV-Versicherten abgefragt haben.

4.1 Ergebnisse der KBV-Versichertenbefragung 2017

Die aktuellen Umfrageergebnisse der KBV zeigen, dass ein Großteil der befragten Personen in Deutschland sofort einen Termin beim Haus- oder Facharzt erhält. Bezogen auf alle Ärzte gaben 42 % der Befragten an, ohne Wartezeit einen Termin bekommen zu haben. Sie bekamen entweder sofort einen Termin, die Praxis machte keine Termine oder sie gingen ganz ohne Terminvereinbarung zum Arzt. 16 % bekamen einen Termin innerhalb von drei Tagen und 40 % mussten länger als drei Tage warten.²⁸

Werden die Ergebnisse getrennt nach Versichertenstatus betrachtet (Abbildung 1), konnten 43 % der gesetzlich versicherten Patienten sofort bzw. ohne Termin beim Arzt vorstellig werden, bei den privat krankenversicherten Patienten lag dieser Anteil bei 38 %. Der höhere Anteil der GKV-Patienten in dieser Kategorie lässt sich damit erklären, dass GKV-Patienten mit einem Anteil von 16 % deutlich häufiger ohne Termin einen Arzt aufsuchen als PKV-Patienten (nur 8 %). Wird nur die (immer noch kurze) Wartezeit bis zu einer Woche betrachtet, so erhielten 91 % der PKV- und 88 % der GKV-Versicherten innerhalb dieser Frist einen Termin bei einem Hausarzt, bei Fachärzten waren es 60 % (PKV) und 40 % (GKV).

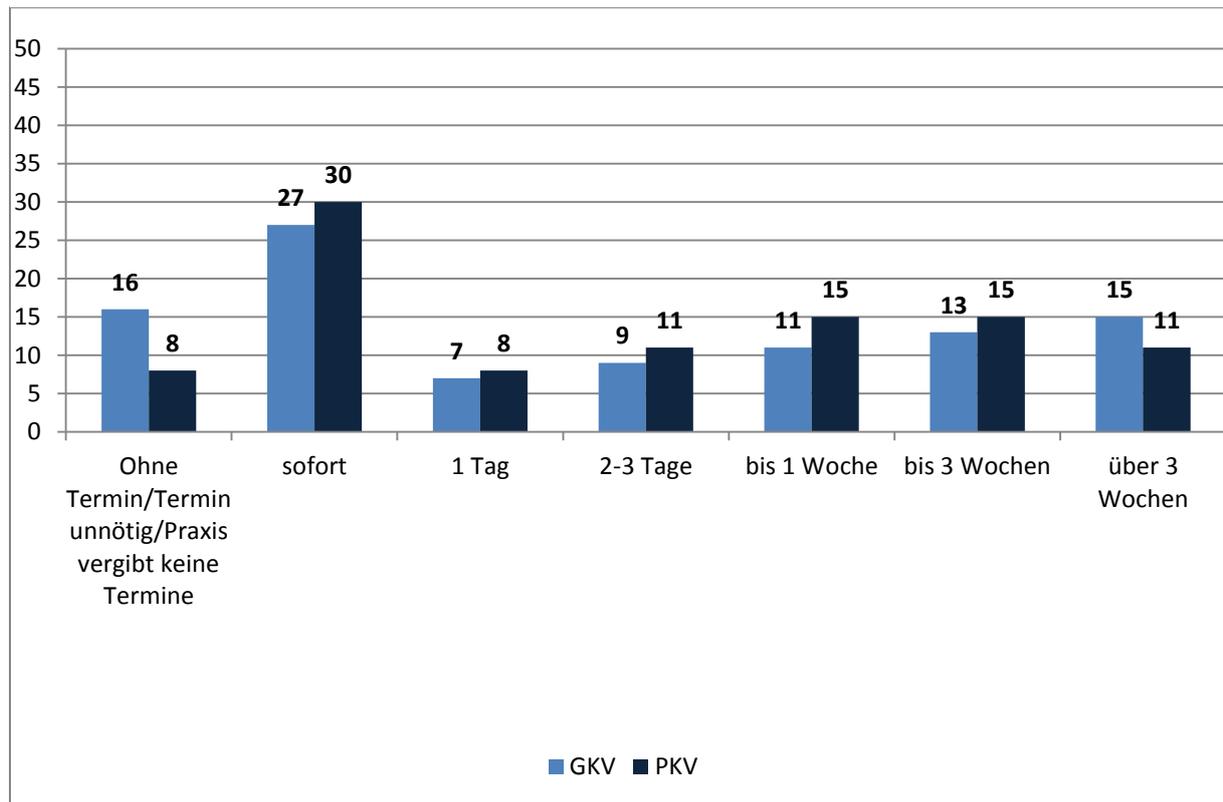
Der Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf offenbart, dass sich die Unterschiede bei den Wartezeiten von PKV- und GKV-Versicherten in den vergangenen Jahren angeglichen haben: So erhielten im Jahr 2008 60 % der Privatpatienten und 47 % der GKV-Patienten einen Arzttermin innerhalb von 3 Tagen.²⁹

²⁷ Die Ergebnisse beziehen sich auf die Personengruppe der 18- bis 79-Jährigen.

²⁸ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017).

²⁹ Vgl. KBV (2008).

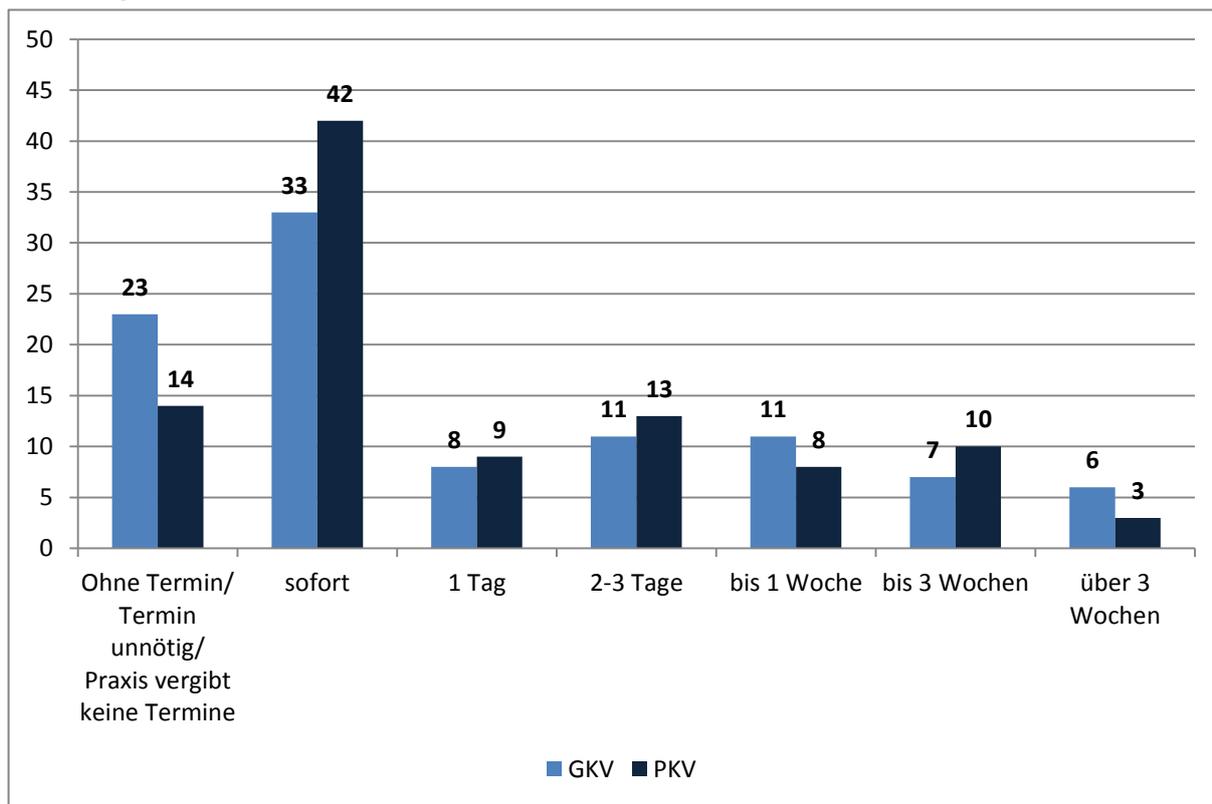
Abbildung 1: Wartezeit für Arzttermin nach Versichertenstatus im Jahr 2017 (Anteile in %)



Quelle: KBV (2017).

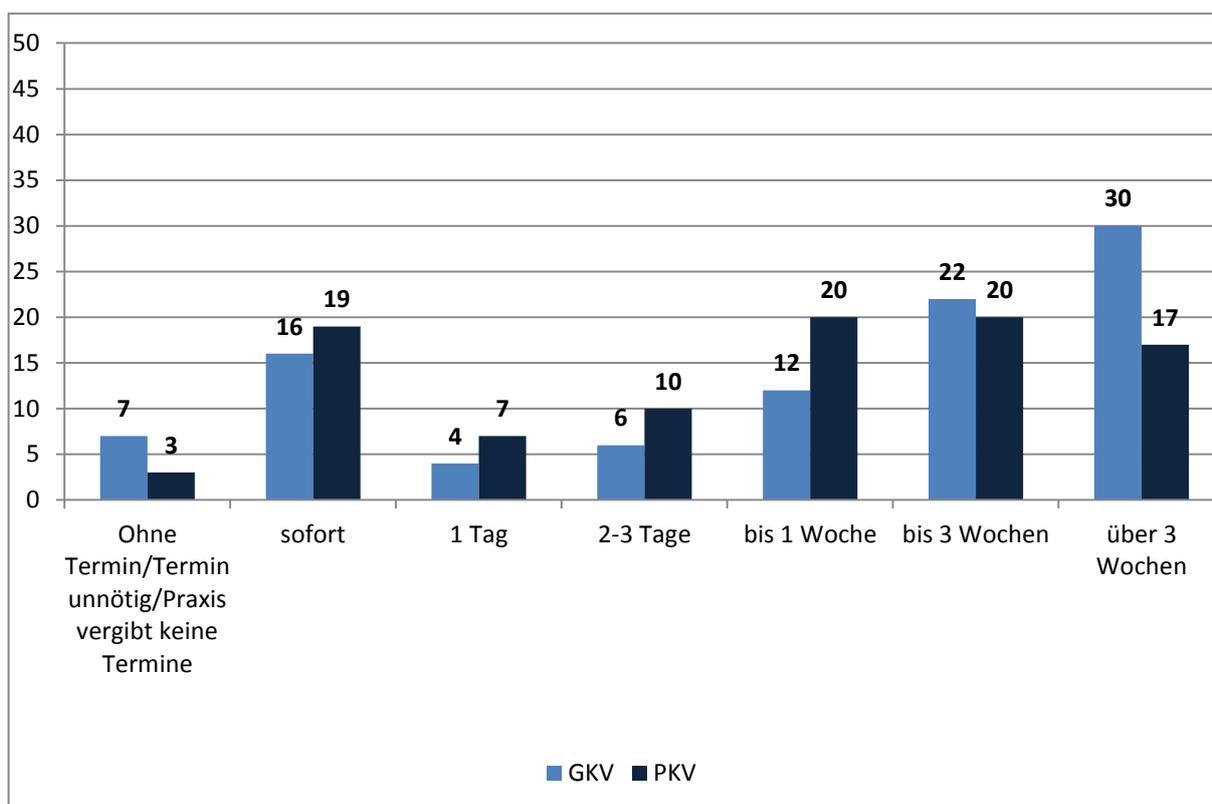
Eine weitere Differenzierung nach haus- und fachärztlicher Versorgung zeigt, dass 56 % der GKV- als auch der PKV-Versicherten sofort bzw. ohne Termin einen Hausarzttermin erhalten. Bei den Patienten mit konkreter Terminvergabe bekommen 52 % der GKV- und 64 % der PKV-Versicherten einen Termin innerhalb von 3 Tagen (Abbildung 2). Auch bei Fachärzten ist der Anteil der GKV- und PKV-Versicherten mit sofortigem bzw. ohne Termin mit 23 % zu 22 % nahezu identisch (Abbildung 3).

Abbildung 2: Wartezeit für Hausarzttermin nach Versichertenstatus im Jahr 2017 (Anteile in %)



Quelle: KBV (2017).

Abbildung 3: Wartezeit für Facharzttermin nach Versichertenstatus im Jahr 2017 (Anteile in %)



Quelle: KBV (2017).

4.2 Überblick zu weiteren Umfrageergebnissen

Neben der KBV hat auch die Bertelsmann Stiftung bis Ende 2016 Wartezeiten im ambulanten Bereich im Rahmen von repräsentativen Patientenumfragen erhoben. Allerdings befasst sich nur der Aufsatz von Schellhorn aus dem Jahr 2007 explizit mit Wartezeiten von GKV- und PKV-Versicherten.³⁰ Bei weiteren Beiträgen des Gesundheitsmonitors waren Wartezeiten nur noch ein Aspekt unter einem übergeordneten Thema. So publizierten Becklas/Mielck/Böcken im Jahr 2012 einen Beitrag, nach dem PKV- und GKV-Versicherte zu gleichen Anteilen (jeweils 28 %) weniger als einen Tag auf einen Termin beim Hausarzt gewartet haben. Der Anteil der Befragten, die bei ihrem letzten Hausarztbesuch weniger als 15 Minuten im Wartezimmer warten mussten, war mit 33 % bei Privatversicherten etwas höher als bei GKV-Versicherten (21 %).³¹ Im Jahr 2014 erfolgte noch eine weitere Publikation auf Basis der Bertelsmann-Umfrage von Böcken und Marstedt. Allerdings wurde hier gar nicht mehr nach Versichertenstatus differenziert und im Ergebnis konstatiert, dass die Wartezeiten beim Hausarzt in Deutschland insgesamt unproblematisch seien.³²

Im Jahr 2011 veröffentlichten Roll/Stargardt/Schreyögg von der Uni Hamburg eine eigene Studie zu Wartezeiten, die auf den Daten des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors basiert.³³ Deutlich wird einmal mehr, dass es bei der hausärztlichen Versorgung praktisch keine Unterschiede gab (GKV: 2,3 Tage, PKV: 1,4 Tage). Bei der fachärztlichen Versorgung warteten gesetzlich Versicherte im Durchschnitt 16 Tage und PKV-Versicherte 7 Tage auf einen Termin. Nicht nur bei der Wartezeit auf einen Termin in der Sprechstunde, sondern auch in der Arztpraxis selbst waren die vom Versicherungsstatus abhängigen Unterschiede bei der Wartezeit relativ gering: Die Ergebnisse zeigen, dass GKV-Versicherte sowohl bei Haus- als auch bei Fachärzten nur wenige Minuten länger warten als PKV-Versicherte (Hausarzt: 10 Minuten, Facharzt: 7 Minuten).³⁴

In der jüngeren Vergangenheit veröffentlichten zudem noch einzelne Krankenkassen Versichertenbefragungen, die den Aspekt Wartezeiten enthalten. Allerdings wurde hier nicht die Dauer, sondern nur die Zufriedenheit der Patienten mit der Wartezeit thematisiert. So hat das Forsa-Institut im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK) im Jahr 2016 über 1.000 Menschen in Deutschland befragt: Mit 61 % ist die Mehrheit mit der Zeitspanne zwischen Terminvereinbarung und Termin vollkommen oder sehr zufrieden.³⁵ Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch die IKK classic, die im Jahr 2015 eine repräsentative Umfrage in Auftrag gab: Knapp 60 % der Patienten erhielten einen Termin bei einem Facharzt innerhalb

³⁰ Vgl. Schellhorn (2007).

³¹ Vgl. Becklas/Mielck/Böcken (2012), S. 34f.

³² Vgl. Böcken/Marstedt (2014), S. 136f.

³³ Vgl. Roll/Stargardt/Schreyögg (2011).

³⁴ Wartezeiten in der Hausarztpraxis: GKV = 41 Minuten, PKV = 30,9 Minuten; Wartezeiten in der Facharztpraxis: GKV = 36 Minuten, PKV = 29,3 Minuten.

³⁵ Vgl. Techniker Krankenkasse (2016).

von zwei Wochen. Zudem entsprach der vergebene Termin für drei Viertel der Patienten ihrem Wunschtermin.³⁶ Die Ergebnisse der BKK Dachverbandes sind mittlerweile schon sechs Jahre alt und zeigen, dass GKV-Versicherte 2011 mit 20 Tagen 6 Tage länger auf einen Arzttermin warteten als PKV-Versicherte (14 Tage). In der Praxis warteten GKV-Versicherte mit 28 Minuten 7 Minuten länger im Wartezimmer als PKV-Versicherte (21 Minuten).³⁷

4.3 Hypothetische Wartezeiten ohne PKV-Versicherte

Im Folgenden wird die Annahme hinterfragt, dass die teils kürzeren Wartezeiten von PKV-Versicherten zu Lasten der GKV-Versicherten gingen. In anderen Worten: Würde sich die Wartezeit für GKV-Versicherte verkürzen, wenn es keine PKV-Versicherten gäbe? Dies lässt sich mit einfachen Szenario-Rechnungen beantworten.³⁸ In der PKV waren Ende 2016 8,77 Millionen³⁹ (Marktanteil: 10,9 %) und in der GKV 71,95 Millionen⁴⁰ Menschen (Marktanteil: 89,1 %) versichert. Wären alle PKV-Versicherten ebenfalls in der GKV versichert, gäbe es theoretisch für alle insgesamt 80,72 Millionen Versicherten zwar keine unterschiedlichen Wartezeiten nach Versichertenstatus mehr – aber die Wartezeiten würden sich im Vergleich zum Status quo nicht merklich verkürzen.

Szenario-Rechnung: Hypothetische Verkürzung der Wartezeit auf einen Termin

Die letzten verfügbaren repräsentativen Ergebnisse zur Wartezeit in Tagen stammen von Roll/Stargardt/Schreyögg von der Universität Hamburg (siehe Kapitel 4.2) und dienen als Basis für die folgenden Rechnungen.⁴¹ Unter der Annahme, dass die 10,9 % Privatversicherten und die 89,1 % GKV-Versicherten denselben Versichertenstatus hätten, würde sich die Wartezeit auf einen Termin beim Hausarzt rechnerisch nur um 0,1 Tag und beim Facharzt auf nur 0,98 Tage verkürzen:

Verkürzung der Wartezeit auf einen Termin beim Hausarzt

$$\begin{aligned} 2,3 \text{ Tage} - [(0,891 \times 2,3 \text{ Tage}) + (0,109 \times 1,4 \text{ Tage})] = \\ 2,3 \text{ Tage} - 2,2 \text{ Tage} = \mathbf{0,1 \text{ Tag}} \end{aligned}$$

Verkürzung der Wartezeit auf einen Termin beim Facharzt

$$\begin{aligned} 16,0 \text{ Tage} - [(0,891 \times 16,0 \text{ Tage}) + (0,109 \times 7,0 \text{ Tage})] = \\ 16,0 \text{ Tage} - 15,02 \text{ Tage} = \mathbf{0,98 \text{ Tage}} \end{aligned}$$

³⁶ Vgl. IKK classic (2015).

³⁷ Vgl. BKK Dachverband (2011).

³⁸ Die Methodik folgt Schulze Ehring/Weber (2009), S. 135ff.

³⁹ Vgl. PKV-Verband (2017).

⁴⁰ Vgl. BMG (2016).

⁴¹ Die KBV-Versichertenbefragung erhebt nur Wartezeit-Korridore (z. B. „Wartezeit bis 1 Woche“).

Szenario-Rechnung: Hypothetische Verkürzung der Wartezeiten in der Arztpraxis

Die Szenario-Rechnungen lassen sich auch auf die Wartezeiten in der Arztpraxis anwenden. Hier dienen ebenfalls die Ergebnisse von Roll/Stargardt/Schreyögg als Datengrundlage (siehe Kapitel 4.2). Würden alle Patienten genau gleich behandelt, würde sich die Wartezeit in der Hausarztpraxis rechnerisch um 1,1 Minute und beim Facharzt um 0,7 Minuten verkürzen:

Verkürzung der Wartezeit in der Hausarztpraxis

$$41 \text{ Minuten} - [(0,891 \times 41 \text{ Minuten}) + (0,109 \times 30,9 \text{ Minuten})] = \\ 41 \text{ Minuten} - 39,9 \text{ Minuten} = \mathbf{1,1 \text{ Minute}}$$

Verkürzung der Wartezeit in der Facharztpraxis

$$36 \text{ Minuten} - [(0,891 \times 36 \text{ Minuten}) + (0,109 \times 29,3 \text{ Minuten})] = \\ 36 \text{ Minuten} - 35,3 \text{ Minuten} = \mathbf{0,7 \text{ Minuten}}$$

Die Ergebnisse illustrieren, dass sich die Wartezeit auf einen Facharzttermin ohne die Existenz von Privatversicherten um nicht einmal einen vollen Tag verkürzen würde. Die Wartezeit auf einen Hausarzttermin würde sich sogar nur um 0,1 Tag verringern. In der Arztpraxis verkürzte sich die Wartezeit nur um 1,1 beim Hausarzt und weniger als 1 Minute beim Facharzt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Wartezeiten auf einen Termin als auch in der Arztpraxis nicht merkbar verändern würden, wenn es keine Privatversicherten gäbe. Dies liegt sachlogisch an der deutlich geringeren Anzahl der PKV- im Vergleich zu den GKV-Versicherten (s. o.) und der damit verbundenen Tatsache, dass von allen Patienten, die die deutschen Arztpraxen aufsuchen, im Durchschnitt nur rund 11 % privat krankenversichert sind.

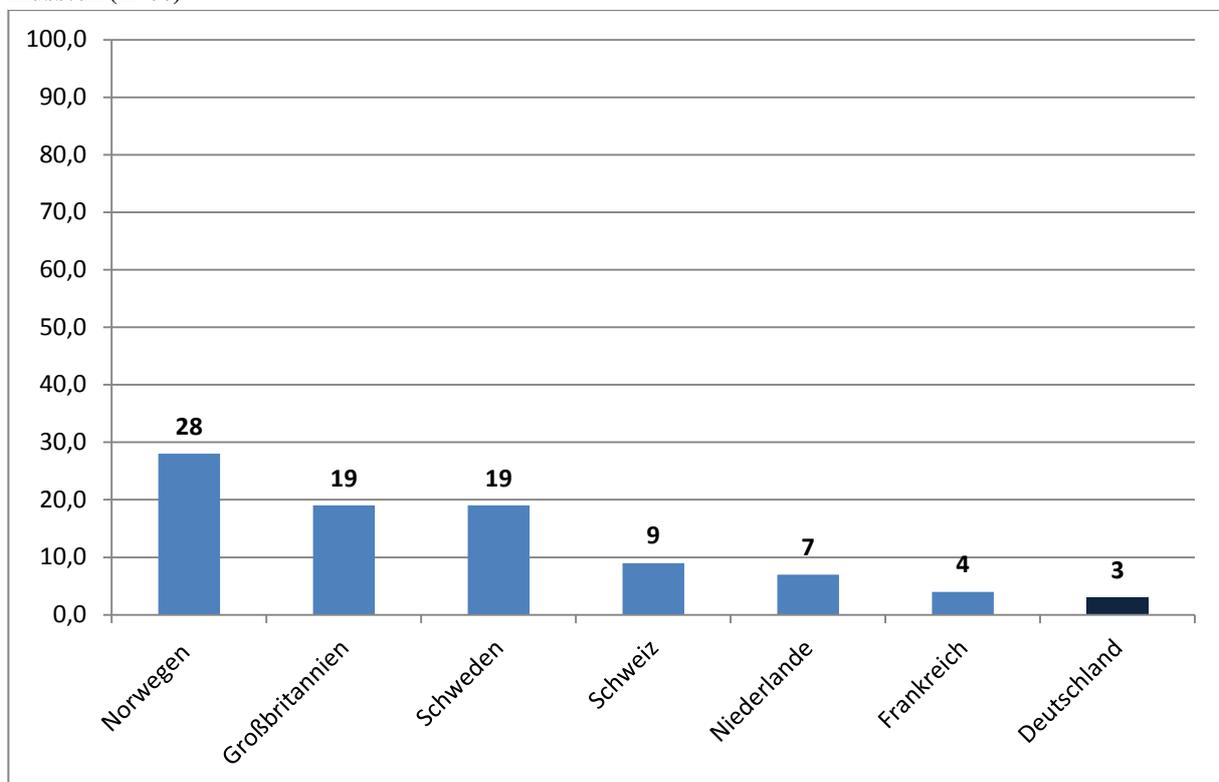
Zudem handelt es sich um rein theoretische Ergebnisse, die alle weiteren Konsequenzen für das Gesundheitssystem bei Abschaffung der Dualität aus GKV und PKV nicht berücksichtigen. Falls die niedergelassenen Ärzte in einem solchen „Bürgerversicherungsszenario“ nicht für den entgangenen PKV-Mehrumsatz kompensiert würden, ergeben sich negative Auswirkungen auf das ambulant-ärztliche Angebot (z. B. bezüglich medizinischer Infrastruktur und der Zahl des medizinischen Fachpersonals) die eher zu einem generellen Anstieg der Wartezeiten für alle Patienten führen werden. Eine Kompensation der PKV-Mehrumsätze in Höhe von derzeit 12,6 Milliarden Euro jährlich würde dagegen eine Beitragssatzerhöhung in der GKV um fast einen Beitragssatzpunkt mit sich bringen.⁴²

⁴² Vgl. Schaffer/Schulze Ehring (2017).

5. Wartezeiten im internationalen Vergleich

Um die Wartezeiten in Deutschland einzuordnen, ist ein Blick ins Ausland sinnvoll. Hierzu wird auf Umfrageergebnisse zurückgegriffen, da für den ambulanten Bereich weder für Deutschland noch für die meisten Vergleichsländer administrative Wartezeit-Daten vorliegen (siehe Kapitel 3). Die Ergebnisse einer aktuellen repräsentativen Patientenumfrage des Commonwealth Fund aus dem Jahr 2016 verdeutlichen, dass sich die Wartezeiten auf einen Facharzttermin im Ländervergleich stark unterschieden. So müssen in Deutschland nur 3 % der Befragten 2 Monate oder länger auf einen Termin beim Facharzt warten. In den Niederlanden sind es 7 %, in der Schweiz 9 % und am höchsten ist der Anteil in Norwegen mit 28 % (Abbildung 4).

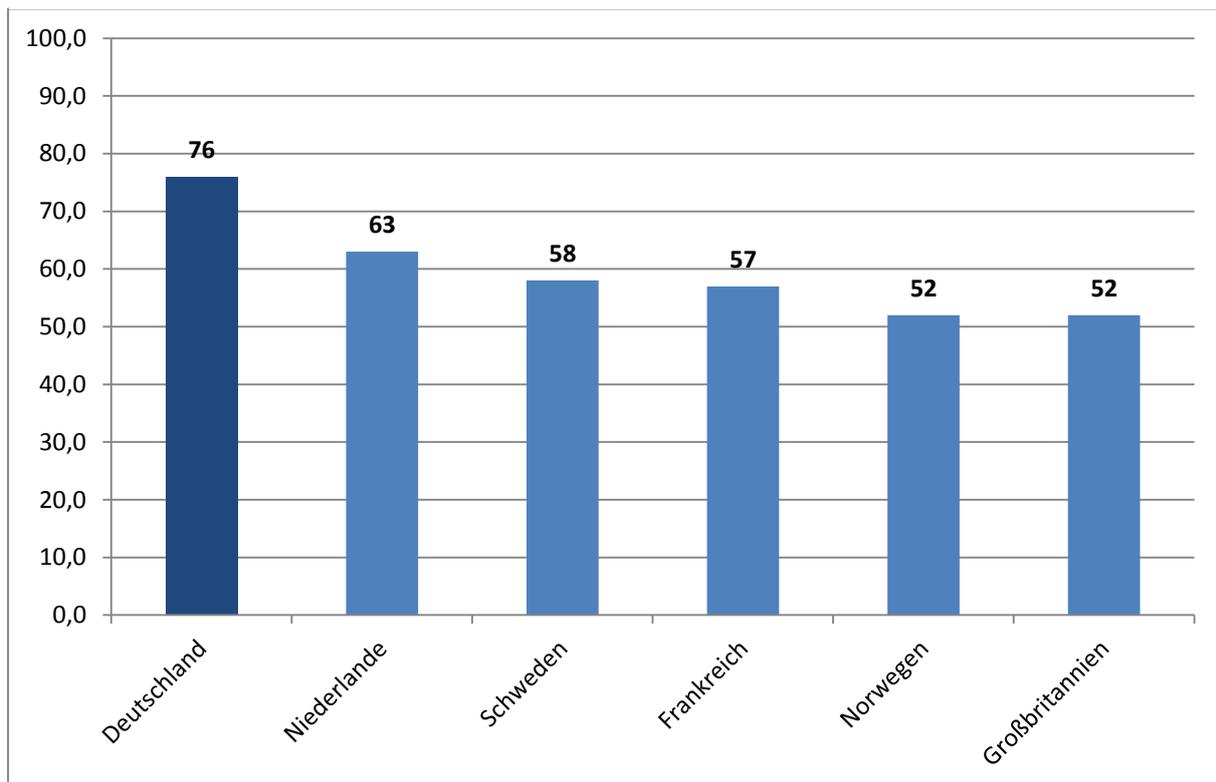
Abbildung 4: Anteil der Befragten, die 2 Monate oder länger auf einen Termin beim Facharzt warten mussten (in %)



Quelle: Commonwealth Fund (2016).

In Bezug auf die hausärztliche Versorgung stammen die aktuellsten Ergebnisse des Commonwealth Fund aus dem Jahr 2013.⁴³ 76 % der befragten Deutschen äußerten, dass sie am selben oder nächsten Tag einen Arzttermin erhielten, als sie das letzte Mal ärztliche Hilfe benötigten. Damit liegt Deutschland auf Platz eins aller befragten Länder und damit weit vor den Niederlanden (63 %) oder Schweden (58 %). Großbritannien bildet das Schlusslicht: Hier erhielten nur die Hälfte aller Befragten am selben oder nächsten Tag einen Termin (Abbildung 5).

Abbildung 5: Anteil der Befragten, die am selben oder nächsten Tag einen Arzttermin erhielten, als sie das letzte Mal ärztliche Hilfe benötigten (in %)

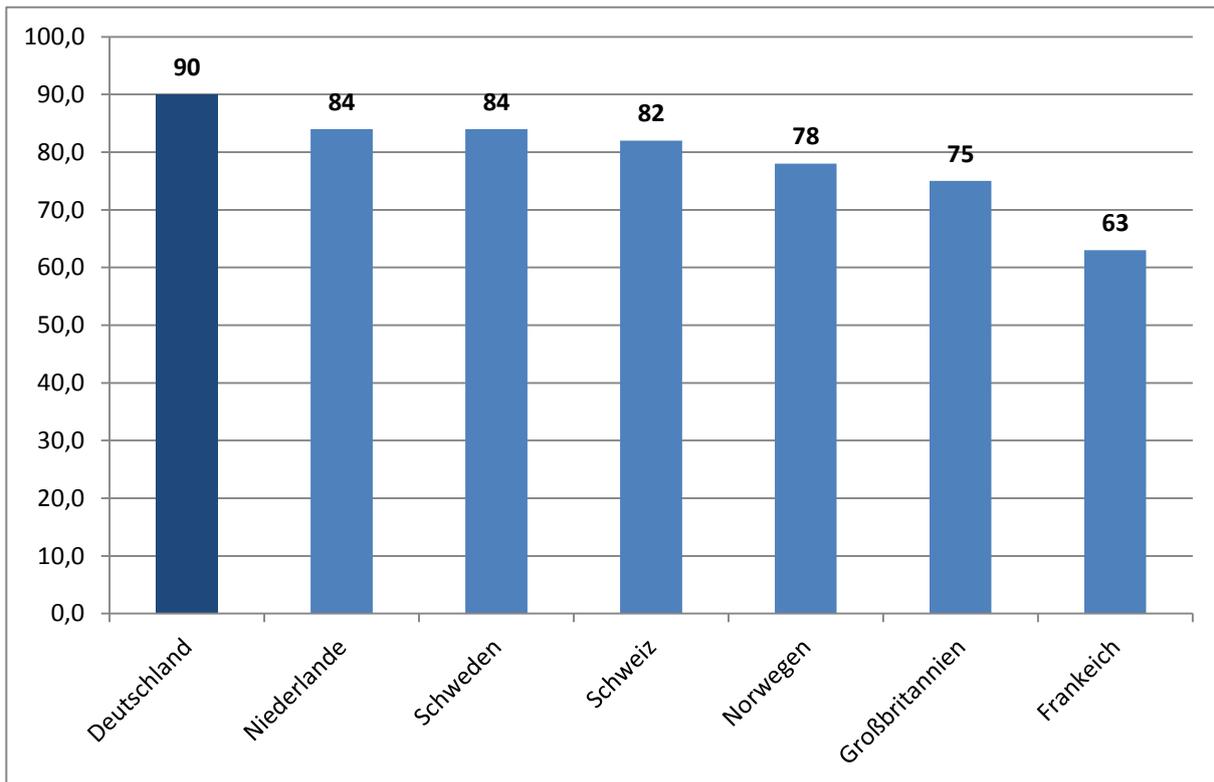


Quelle: Schoen et al. (2013).

⁴³ Vgl. Schoen et al. (2013).

Die Frage „Wenn Sie Ihre Arztpraxis mit einer Frage während der Sprechzeiten anrufen, wie oft erhielten Sie am selben Tag eine Rückmeldung?“ beantworteten 90 % der Deutschen mit „immer/oft“ und liegen auch hiermit wieder auf Platz 1 im Ländervergleich. Bei dieser Frage fällt Frankreich ab, wo nur 63 % der Befragten immer oder oft eine Rückmeldung am selben Tag erhalten (Abbildung 6).

Abbildung 6: Anteil der Befragten, die immer oder oft am selben Tag eine Rückmeldung bekommen, wenn sie ihre Arztpraxis mit einer Frage während der Sprechzeiten anrufen (in %)



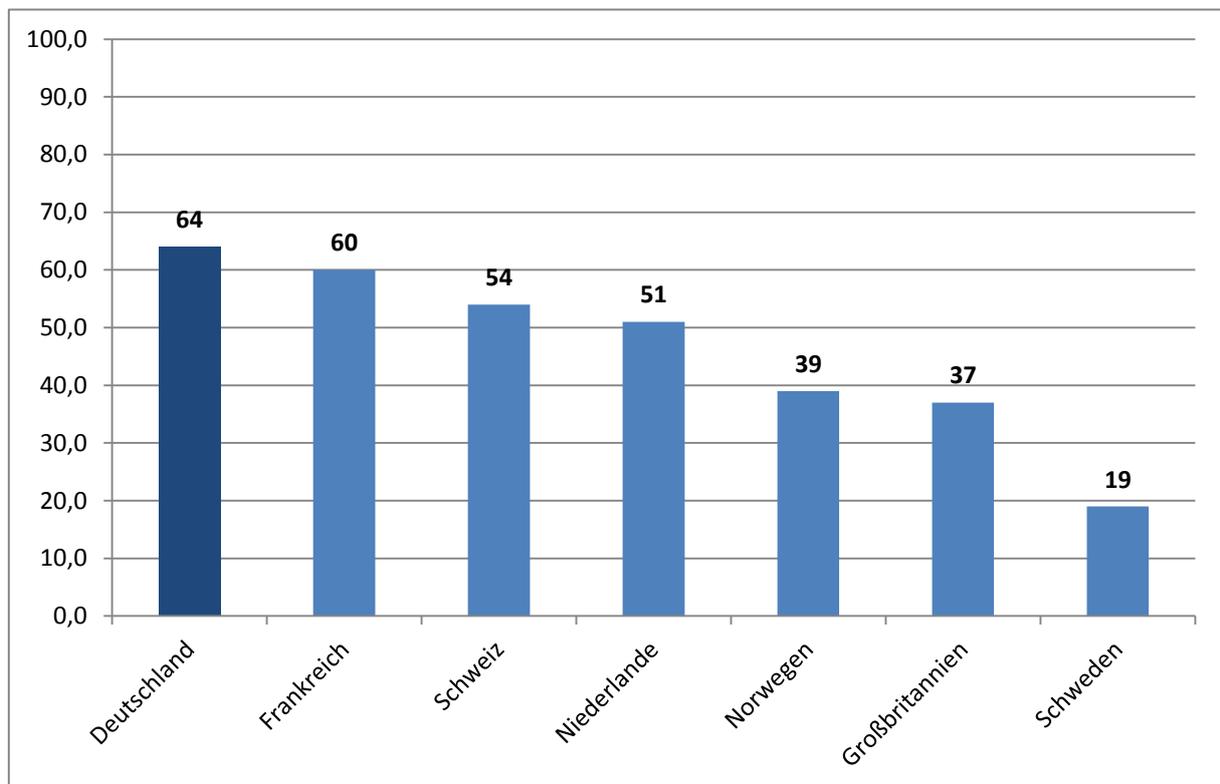
Quelle: Schoen et al. (2013).

Bei internationalen Befragungen ist zudem Folgendes zu bedenken: Während in Deutschland GKV- und PKV-Versicherte in einem gemeinsamen Versorgungssystem behandelt werden, existiert in anderen Ländern parallel zum öffentlichen Einheitssystem ein privater Gesundheitsmarkt. Auf diesen weichen Patienten aus, die sich dies finanziell leisten können, um den Warteschlangen im staatlichen System zu entgehen. Einheitssysteme weisen damit eine deutlich größere Ungleichheit in der Versorgung auf als das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland.⁴⁴

⁴⁴ Vgl. Finkenstädt (2017); Finkenstädt/Niehaus (2013).

Eine andere Befragung des Commonwealth Fund aus dem Jahr 2015 richtete sich an die Hausärzte aus 10 Ländern. Demnach können in Deutschland 64 % aller Patienten auf Anfrage einen Termin am selben oder nächsten Tag erhalten. Dies ist im Ländervergleich der höchste Wert und deckt sich mit den o. g. Ergebnissen der Bevölkerungsumfragen, die auf einen sehr guten Zugang zur ambulanten (haus)ärztlichen Versorgung in Deutschland schließen lassen. Weit abgeschlagen zeigt sich das schwedische Gesundheitssystem, wo nur 19 % der Patienten am selben oder nächsten Tag einen Termin beim Hausarzt erhalten.

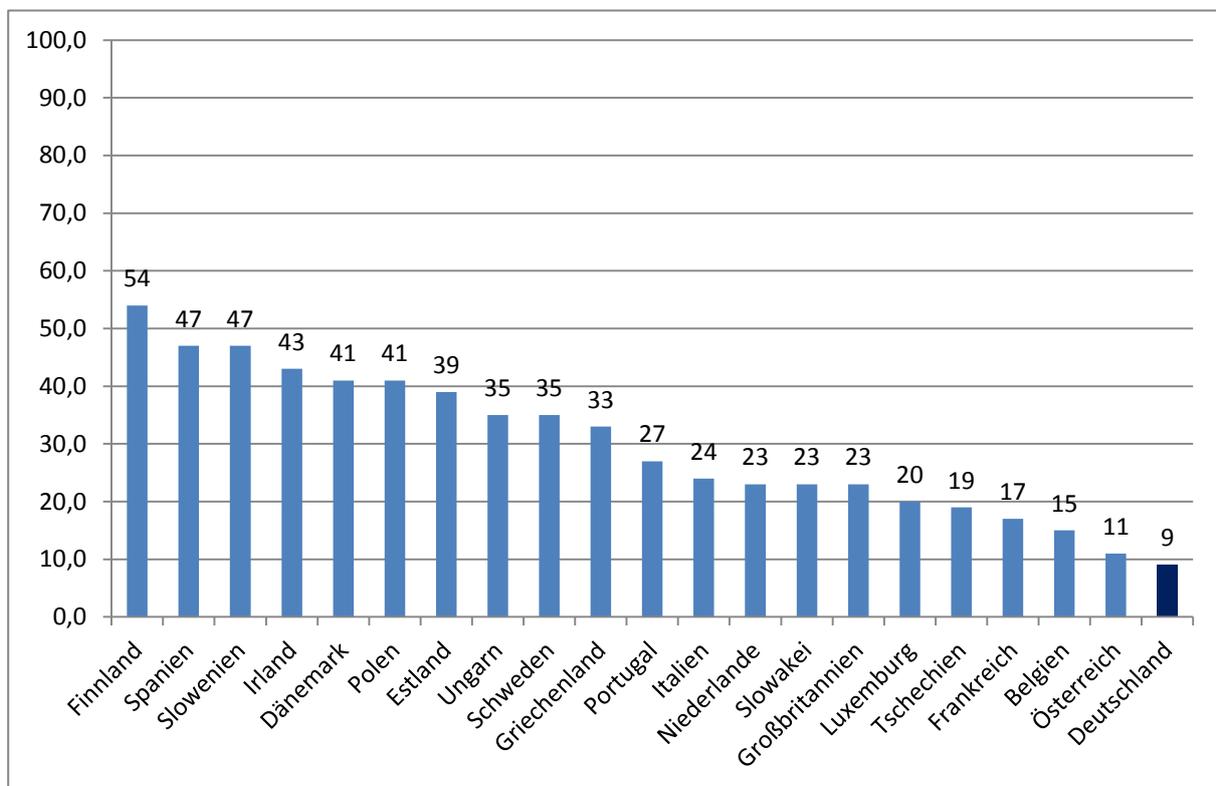
Abbildung 7: Anteil der Patienten, die am selben oder nächsten Tag einen Termin beim Hausarzt erhalten können (in %)



Quelle: Schoen et al. (2013).

Dass Wartezeiten in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern kein Problem darstellen, zeigt sich auch an den Umfrageergebnissen des „Eurobarometers 411“ aus dem Jahr 2014. Hier wurde den Europäern unter anderem die Frage gestellt, welche drei Kriterien die wichtigsten sind, wenn es um eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung im eigenen Land geht. Ein Kriterium war dabei „Keine Wartezeiten, bevor man untersucht und behandelt wird“. Dieses wurde von den Deutschen am wenigsten genannt (9 % der Befragten), woraus abzuleiten ist, dass Wartezeiten in Deutschland eine untergeordnete Rolle spielen. In den Niederlanden und Großbritannien sind dies rund ein Viertel aller Befragten, in Schweden sogar mehr als ein Drittel (Abbildung 8).

Abbildung 8: Anteil der EU-Bürger, für die „keine Wartezeit auf eine Behandlung“ ein wichtiges Kriterium für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung im eigenen Land ist (in %)



Quelle: Europäische Kommission (2014).

6. Fazit

Wartezeiten im Gesundheitswesen sind in Deutschland unabhängig vom Versichertenstatus im internationalen Vergleich kurz. In anderen Ländern müssen Patienten sehr viel länger auf medizinische Behandlung warten als hierzulande. Während die deutschen Umfragen Wartezeiten in Tagen erheben, werden andernorts Monate abgefragt. So belegen die Umfrageergebnisse des Commonwealth Fund, dass Deutschland in Bezug auf den zeitnahen Zugang sowohl zur hausärztlichen als auch zur fachärztlichen Versorgung auf einem Spitzenplatz liegt. Hierzulande müssen nur 3 % der Befragten 2 Monate oder länger auf einen Termin beim Facharzt warten. In den Niederlanden sind es 7 %, in der Schweiz 9 % und am höchsten ist der Anteil in Norwegen mit 28 %.

Während in Deutschland GKV- und PKV-Versicherte in einem gemeinsamen Versorgungssystem behandelt werden, existiert in anderen Ländern parallel zum öffentlichen Einheitssystem ein privater Gesundheitsmarkt. Dieser lebt von der Nachfrage einkommensstarker Patienten, die den Wartezeiten im öffentlichen Gesundheitssystem entgehen wollen. Einheitssysteme schützen daher nicht vor Versorgungsunterschieden, sondern befördern vielmehr eine deutlich größere Ungleichheit in der Versorgung.

Die vergleichsweise kurzen Wartezeiten in Deutschland wurden auch durch die KBV-Versichertenbefragung 2017 belegt. Der Großteil der befragten Personen (42 %) in Deutschland erhält danach sofort einen Termin beim Haus- oder Facharzt – das heißt ohne einen Tag Wartezeit. Dabei sind Wartezeiten zwischen GKV- und PKV-Versicherten nur etwas unterschiedlich. So erhielten 91 % der PKV- und 88 % der GKV-Versicherten innerhalb von einer Woche einen Termin bei einem Hausarzt, bei Fachärzten waren es 60 % (PKV) und 40 % (GKV). In den vergangenen Jahren haben sich die Unterschiede bei den Wartezeiten nach Versichertenstatus sogar leicht angeglichen.

Wartezeiten sind zudem praxisindividuell und unterscheiden sich in Abhängigkeit von der Fachrichtung, dem Praxismanagement und der Region. Die hohe Variabilität erschwert auch die Evaluation. Befragungsstudien benötigen zwingend eine ausreichend große Stichprobe. Die teilweise in den Medien und in der Öffentlichkeit diskutierte parteipolitisch motivierten Patientenbefragungen sind deshalb methodisch nicht haltbar und geben ein verzerrtes Bild wieder. Bei derartigen Patientenumfragen ist zudem immer auch die Übertragbarkeit der Ergebnisse zu hinterfragen: Oftmals wird nicht differenziert, auf welche Versorgung/Behandlung gewartet wurde. Es ist jedoch ein großer Unterschied, ob ein Patient ein dringliches Anliegen hat oder einen Termin für eine Vorsorgeuntersuchung benötigt, ob er ein „Stammpatient“ oder ein neuer Patient ist. Nur die isolierte Wartezeit in Tagen oder Wochen gibt noch keinen Aufschluss darüber, ob die Wartezeit angemessen und medizinisch

vertretbar war oder nicht. Es gibt keinen Anhaltspunkt dafür, dass es bei akutem Behandlungsbedarf überhaupt Wartezeit-Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten gibt. Schließlich darf nicht unberücksichtigt gelassen werden, dass in Deutschland die freie Arztwahl gilt. D. h. Patienten können jederzeit einen anderen Arzt kontaktieren, wenn ihnen die Wartezeit auf einen Termin zu lang erscheint.

Zudem sind die Versicherten hierzulande überwiegend zufrieden mit den Wartezeiten auf Arzttermine. So zeigt eine Umfrage der Techniker Krankenkasse, dass mit 61 % die Mehrheit der Versicherten mit der Zeitspanne zwischen Terminvereinbarung und Termin vollkommen oder sehr zufrieden ist. Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch eine Umfrage der IKK classic, wonach knapp 60 % der Patienten einen Termin bei einem Facharzt innerhalb von zwei Wochen erhielten. Der vergebene Termin entsprach für drei Viertel der Patienten ihrem Wunschtermin.

In Szenario-Rechnungen lässt sich veranschaulichen, dass sich die Wartezeiten nicht spürbar verkürzen würden, wenn es keine PKV-Versicherten gäbe. Werden die unterschiedlichen Wartezeiten von GKV- und PKV-Versicherten zugrunde gelegt, die von Roll/Stargardt/Schreyögg ermittelt wurden, würde die Wartezeiten eines GKV-Versicherten für einen Termin beim Hausarzt nur um 0,1 Tage sinken. Beim Facharzt wäre in einem Szenario ohne PKV lediglich eine theoretische Verkürzung der Wartezeiten auf einen Termin von unter einem Tag möglich (0,98 Tage). Diese Szenario-Rechnungen verdeutlichen, dass sich die Wartezeiten in Deutschland auch ohne PKV nicht merkbar verändern würden, weil die 8,77 Millionen Privatversicherten mit einem nur relativ kleinen Marktanteil von 10,9 % (im Vergleich zum Anteil der 89,1 % GKV-Versicherten) in die Berechnungen einfließen.

Unabhängig davon sind diese Ergebnisse rein theoretischer Natur, weil alle in einem Szenario ohne PKV zwangsläufig einhergehenden Veränderungen der Rahmen- und Honorarbedingungen nicht berücksichtigt sind. So fließen jährlich über 12 Milliarden Euro ins das deutsche Gesundheitssystem, die nur deshalb entstehen, weil für Privatpatienten die Kosten nach anderen Bedingungen erstattet werden als für gesetzlich Versicherte. In einem Szenario ohne PKV würden dieser Milliardenbetrag der medizinischen Infrastruktur auf Kosten der Leistungserbringer entzogen – mit unmittelbarer Folge für das Niveau und den Zugang zur Versorgung. In Bezug auf die Ergebnisse der Szenario-Rechnungen ist somit vielmehr davon auszugehen, dass sich Wartezeiten deutlich verlängern, wenn dem Gesundheitssystem durch den Wegfall der PKV Ressourcen entzogen würden und die Ärzte mit einem geringeren Arbeitsangebot reagieren. Eine „Nachfinanzierung“ der PKV-Mehrumsätze würde dagegen eine Beitragssatzerhöhung in der GKV um fast einen Beitragssatzpunkt mit sich bringen.

In der Zusammenschau wird offensichtlich, dass Wartezeitenunterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten in der öffentlichen Debatte immer wieder unverhältnismäßig thematisiert werden. Auf Basis repräsentativer nationaler und internationaler Erhebungen lässt sich vielmehr feststellen, dass Wartezeiten in Deutschland eine untergeordnete Rolle spielen. Das sieht auch die OECD so: Deutschland führe im internationalen Vergleich eine Phantomdebatte über die Wartezeiten.⁴⁵

⁴⁵ Vgl. Fricke (2015).

7. Literatur

AOK Rheinland/Hamburg (2016): AOK-Testumfrage im Rheinland offenbart: Patienten warten immer noch bis zu einem halben Jahr auf einen Facharzttermin, online unter: <https://rh.aok.de/inhalt/aok-testumfrage-im-rheinland-offenbart-patienten-warten-immer-noch-bis-zu-einem-halben-jahr-auf-ein/>

Arentz, Christine (2017): Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern, WIP-Diskussionspapier 2/2017, Köln.

Asplin, B.R. (2005): Insurance Status and Access to Urgent Ambulatory Care Follow-up Appointments, in: JAMA, Vol. 294, S. 1.248-1.254.

Bertelsmann Stiftung (verschiedene Jahre): Gesundheitsmonitor, online unter: <http://gesundheitsmonitor.de/studien>

Bertelsmann Stiftung (2016): 15 Jahre Gesundheitsmonitor – eine abschließende Bilanz, online unter: <http://gesundheitsmonitor.de/aktuelles/news-detail/artikel/15-jahre-gesundheitsmonitor-eine-abschliessende-bilanz/>

BKK Dachverband (2011): Bevölkerungsumfrage BKK 2011 – Thema: Arztbesuche, online unter: http://www.bkk-bayern.de/uploads/media/BKK_Arztbesuchumfrage_Gesamtband_190411_01.pdf

BKK Dachverband (2008): Bevölkerungsumfrage BKK 2011 – Thema: Arztbesuche, online unter: http://www.bkk-bayern.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Faktenspiegel/wartezeiten_arztzimmer.pdf

Becklas, Emanuel/Mielck, Andreas/Böcken, Jan (2012): Das Arzt-Patienten-Verhältnis in der ambulanten Versorgung - Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten, in: Böcken, Jan/Braun, Berard/Repschläger, Uwe (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2012 – Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER/GEK.

BMG (2017): Terminservicestellen im Überblick, online unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/terminservicestellen.html>

BMG (2016): Gesetzliche Krankenversicherung - Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Monatswerte Januar-Dezember 2016. Ergebnisse der GKV-Statistik KM1, Stand: 29. Dezember 2016, online unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html>

Böcken, Jan/Marstedt, Gerd (2014): Wie gut ist die hausärztliche Versorgung? Patientenurteil und Einflussfaktoren, in: Böcken, Jan/Braun, Bernard, Meierjürgen, Rüdiger (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2014 - Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER/GEK.

Commonwealth Fund (2017): International Health Policy Surveys, online unter: <http://www.commonwealthfund.org/topics/current-issues/international-surveys>

Commonwealth Fund (2016): Access, Affordability, and Insurance Complexity Are Often Worse in the United States Compared to 10 Other Countries, online unter: <http://www.commonwealthfund.org/publications/in-the-literature/2013/nov/access-affordability-and-insurance>

Ettel (2015): Die seltsame Zufriedenheit deutscher Patienten, in: WELT Online vom 28.08.2015, online unter: <https://www.welt.de/wirtschaft/article145761038/Die-seltsame-Zufriedenheit-deutscher-Patienten.html>

Ettelt, Stefanie et al. (2006): Health care outside hospital – Accessing generalist and specialist care in eight countries. Policy brief, European Observatory on Health Systems and Policies, Brüssel.

Europäische Kommission (2014): Special Eurobarometer 411 – Patient Safety and Quality of Care.

Finkenstädt, Verena (2017): Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung – Ein europäischer Überblick, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

Finkenstädt, Verena (2014): Der Umgang mit Wartezeiten in Gesundheitssystemen: Ein international vergleichender Überblick, in: Das Gesundheitswesen Jg. 77, 2015, Nr. 10, S. 768-773.

Finkenstädt, Verena/Niehaus, Frank (2013): Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen – Ein internationaler Überblick, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

Fleischmann, Thomas/Amler, Nadja/Schöffski, Oliver (2014): Notaufnahme: Ökonomie und Psychologie des Wartens, in: Dtsch Arztebl 2014; 111(39): A-1642 / B-1420 / C-1352.

Fricke, Arno (2015): OECD-Bericht: Diskussion über Wartezeiten ist eine "Phantomdebatte". In: ÄrzteZeitung online vom 04.11.2015, online unter: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/article/898223/oecd-bericht-diskussion-wartezeiten-phantomdebatte.html

Heinrich, Nils/Wübker, Ansgar/Wuckel, Christiane (2017): Waiting times for outpatient treatment in Germany: New experimental evidence from primary data, RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e.V., Essen.

IKK classic (2015): Bevölkerungsbefragung Arztsuche und Arztauswahl 2015, online unter: <https://www.ikk-classic.de/oc/de/presse/pressemitteilungen/bundesweit/studien/Haus-und-Facharztwahl>

Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV (2017): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2017 - Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage, Mai/Juni 2017, online unter: http://www.kbv.de/media/sp/Berichtband_KBV_Versichertenbefragung_2017.pdf

Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV (2008): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2008 - Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage, Mai/Juni 2008, online unter: http://www.kbv.de/media/sp/080820_befragung_berichtband.pdf

Kassenärztliche Bundesvereinigung (verschiedene Jahre): Versichertenbefragung, online unter: <http://www.kbv.de/html/versichertenbefragung.php>

Kelley, Edward/Hurst, Jeremy (2006): Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper, OECD Health Working Papers, Nr. 23.

Köster, Christina et al. (2016): Ambulante Notfallversorgung. Analyse und Handlungsempfehlungen. AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen.

Kötter, Jana (2017): Terminservice - Viele Patienten erscheinen nie in der Praxis. In: ÄrzteZeitung online vom 25.01.2017, online unter: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/928193/terminservice-viele-patienten-erscheinen-nie-praxis.html

Lüngen, Markus et al. (2008): Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany, Uni Köln.

Monstad, Karin/Engesaetter, Lars Birger/Espehaug, Birgitte (2014): Waiting time and socioeconomic status – an individual-level analysis, in: Health Economics 23: 446-461.

Niehaus, Frank (2009): Der Vergleich der ärztlichen Vergütung nach GOÄ und EBM, WIP-Diskussionspapier 7/2009, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

Niehaus, Frank (2006): Alter und steigende Lebenserwartung - Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben. Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

OECD (2017): Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

PKV-Verband (2017): Zahlen und Fakten, online unter: <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/>

Roll, Kathrin/Stargardt, Tom/Schreyögg, Jonas (2011): Effect of type of insurance on waiting time for outpatient care, Hamburg Centre for Health Economics, Research Paper 2011/03, Hamburg.

Schaffer, Daniel/Schulze Ehring (2017): Transaktionskosten der Bürgerversicherung: WER bezahlt WAS für die Bürgerversicherung? In: RPG - Recht und Politik im Gesundheitswesen, Band 23, Heft 3, S. 89-96.

Schellhorn, Martin (2007): Vergleich der Wartezeit von gesetzlich und privat Versicherten in der ambulanten ärztlichen Versorgung, in: an Böcken, Jan/Braun, Bernard/Amhof, Robert (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2007 - Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Schoen, Cathy et al. (2013): Access, Affordability, And Insurance Complexity Are Often Worse In The United States Compared To Ten Other Countries. In: Health Affairs 32, No. 12 (2013): 2205–2215.

Schulze Ehring, Frank/Weber, Christian (2009): "Zwei-Klassen-Medizin": Zur Diskussion von Leistungs- und Qualitätsunterschieden im deutschen Gesundheitswesen. In: Bandelow, Nils C./Eckert, Florian/Rüsener, Robin (Hrsg.): Gesundheit 2030: Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft, Wiesbaden.

Siciliani, Luigi/Borowitz, Michael/Moran, Valerie (2013): Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works? OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.

Techniker Krankenkasse (2016): Wartezeiten sind für die Mehrheit der Patienten in Ordnung – die KV-Terminservicestellen haben daran nichts geändert, Pressemitteilung vom 06.05.2016, online unter: <https://www.tk.de/tk/pressemitteilungen/bundesweite-pressemitteilungen/836992>

Zeza, M. A./ Audet, A.-M. J./Hall, D. (2014): Incentives 2.0: A Synergistic Approach to Provider Incentives, The Commonwealth Fund Blog, online unter: <http://www.commonwealthfund.org/publications/blog/2014/jul/synergistic-approach-provider-incentives>

Zok, Klaus (2007): Warten auf den Arzttermin - Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter GKV- und PKV-Versicherten, Wissenschaftliches Institut der AOK, WIdO-monitor 2007;4(1):1–7.

WIP-Veröffentlichungen seit 2012

Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern, WIP-Diskussionspapier 2/2017 (Oktober), Christine Arentz

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2017 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Christian O. Jacke, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-1-3 (August 2017)

Die Bedeutung der Privatversicherten für Apotheken, WIP-Kurzanalyse 1/2017 (Juni 2017), Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV – Jahresbericht 2017, WIP-Diskussionspapier 1/2017 (Mai 2017), Sonja Hagemeister, Frank Wild,

Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung – Ein europäischer Überblick, Verena Finkenstädt, ISBN 978-3-9818269-0-6, (März 2017)

Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV - Eine Analyse auf Basis der Daten von 2006-2014, WIP-Diskussionspapier 1/2016 (Dezember), Frank Wild

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung, WIP-Kurzanalyse 3/2016 (November 2016), Frank Wild, Christine Arentz

Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV, WIP-Kurzanalyse 2/2016 (November 2016), Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild

Die Heilmittelversorgung der Privatversicherten im Jahr 2014 - Mehrumsatz und Unterschiede zur GKV, WIP-Kurzanalyse 1/2016 (April 2016), Verena Finkenstädt

Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, WIP-Diskussionspapier 4/2015 (November 2015), Verena Finkenstädt

Prävalenz und Krankheitskosten der HIV-Infektion in der PKV, WIP-Kurzanalyse 3/2015 (November 2015), Dr. David Bowles, Verena Finkenstädt, Dr. Frank Wild

Verlagerung staatlicher Finanzierungsaufgaben auf die Beitragszahler - Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der PKV, WIP-Kurzanalyse 2/2015 (November 2015), Dr. Frank Wild

Ausgaben der Privatversicherten für ambulante Hebammenleistungen, WIP-Diskussionspapier 3/2015 (September 2015), Dr. Frank Wild

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung – Aktualisierte Werte des Beitrags zum Nettosparvolumen Deutschlands, WIP-Kurzanalyse 1/2015 (Juli 2015), Dr. Frank Wild

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013, WIP-Diskussionspapier 2/2015 (April 2015), Dr. Frank Niehaus

Pflege: Notwendigkeit der Kapitaldeckung bleibt – Eine Analyse der neusten Entwicklung, WIP-Diskussionspapier 1/2015 (März 2015), Dr. Frank Niehaus

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2013 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-8-4 (März 2015)

Die Aussagekraft von Länderrankings im Gesundheitsbereich – Eine Analyse des Einflusses der Altersstruktur auf die OECD-Daten, Verena Finkenstädt, Dr. Frank Niehaus, ISBN 978-3-9813569-7-7 (Februar 2015)

Die Heilmittelversorgung der PKV und GKV-Versicherten im Vergleich, WIP-Diskussionspapier 02/2014 (Dezember 2014), Verena Finkenstädt

Die Arzneimittelversorgung bei Multipler Sklerose in der PKV, WIP-Diskussionspapier 1/2014 (Juli 2014), Dr. Frank Wild

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2012 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-6-0

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung – Ein Beitrag zur aktuellen Reformdiskussion, Prof. Dr. Bruno Schönfelder, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-5-3

Das Gesundheitssystem in Singapur, WIP-Diskussionspapier 3/2013 (Juli 2013), Verena Finkenstädt

HIV-Infektion in der PKV – Prävalenz, Inzidenz und Arzneimittelversorgung, WIP-Diskussionspapier 2/2013 (Mai 2013), Verena Finkenstädt, Dr. Frank Wild

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten – Die Entwicklung von 2006 bis 2011, WIP-Diskussionspapier 1/2013 (März 2013), Dr. Frank Niehaus

Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen – Ein internationaler Überblick, Verena Finkenstädt, Dr. Frank Niehaus, ISBN 978-3-9813569-4-6

Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln als Folge von Innovationen, Eine Analyse der Verordnungen von monoklonalen Antikörpern in der PKV, WIP-Diskussionspapier 4/2012

Die sozioökonomische Struktur der PKV-Versicherten – Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008, WIP-Diskussionspapier 3/2012, Verena Finkenstädt, Dr. Torsten Keßler

Geburten- und Kinderzahl im PKV-GKV-Vergleich - Eine Analyse der Entwicklung von 2000 bis 2010, WIP-Diskussionspapier 2/2012, Dr. Frank Niehaus

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2010 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-1-5

Vom Originalpräparat zum Generikum – Wann erfolgt eine Umstellung der Medikation bei Privatversicherten, WIP-Diskussionspapier 1/2012, Dr. Frank Wild