

---

# Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz

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](mailto:wip@wip-pkv.de) • Internet: [www.wip-pkv.de](http://www.wip-pkv.de)

# Inhalt

<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	4
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	4
<b>1. Einleitung</b> .....	5
<b>2. Rahmenbedingungen der ärztlichen Versorgung</b> .....	6
2.1 Politiksystem, Demographie und wirtschaftliche Lage .....	6
2.2 Die Krankenversicherungssysteme im Ländervergleich .....	9
<b>3. Die ambulante ärztliche Versorgung im Überblick</b> .....	14
3.1 Zulassung als Arzt und Beziehung zu den Kostenträgern .....	14
3.2 Grundversorgung und Spezialisierung .....	19
3.3 Einbeziehung nicht-ärztlicher Mitarbeiter .....	23
<b>4. Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung</b> .....	30
4.1 Ärztedichte und regionale Verteilung .....	30
4.2 Gatekeeping, Hausarztmodelle und freie Arztwahl .....	36
4.3 Wartezeiten .....	39
4.4 Zuzahlungen .....	40
<b>5. Ausgaben für die ambulante ärztlichen Versorgung und Inanspruchnahme</b> .....	43
<b>6. Fazit</b> .....	47
<b>7. Literatur</b> .....	50

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Politische, demographische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen .....	8
Tabelle 2: Merkmale der Krankenversicherungssysteme .....	13
Tabelle 3: Merkmale der ambulanten ärztlichen Versorgung .....	29
Tabelle 4: Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung .....	42
Tabelle 5: Ausgaben und Inanspruchnahme .....	46

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil der Haus- und Fachärzte, die für delegierte Aufgaben speziell weitergebildete Angestellte (VERAH, AGNES o. ä.) einsetzen in % .....	25
Abbildung 2: Hausärzte pro 100.000 Einwohner im Jahr 2014 .....	31
Abbildung 3: Hausärzte (GKV-Vertragsärzte) je 100.000 Einwohner am 31.12.2013 .....	33
Abbildung 4: Anzahl der Hausärzte (Vollzeitäquivalent) pro 100.000 Einwohner nach Provinzen am 01.01.2014 .....	34
Abbildung 5: Anzahl der Allgemeinmediziner pro 100.000 Einwohner nach Großregion im Jahr 2014 .....	35
Abbildung 6: Laufende Ausgaben (öffentlich und privat) für die ambulante Versorgung in Arztpraxen und ambulanten Zentren pro Einwohner in Euro (Kaufkraftstandard) im Jahr 2012 .....	43
Abbildung 7: Konsultation eines Mediziners in freier Praxis oder Krankenhausambulanz pro Einwohner im Jahr 2012 .....	45

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Studie durchgängig die grammatikalisch männliche Form benutzt. Sie bezieht sich gleichermaßen auf beide Geschlechter.

# 1. Einleitung

Im Krankheitsfall ist der niedergelassene Arzt für Patienten meistens der erste Ansprechpartner. Er diagnostiziert und behandelt gesundheitliche Probleme und fungiert darüber hinaus als wichtigster Veranlasser von Leistungen, die er nicht selbst erbringen kann oder darf. So verordnet der Arzt Medikamente oder Physiotherapie, überweist den Patienten im Bedarfsfall an Ärzte anderer Fachrichtungen und veranlasst die Einweisung in ein Krankenhaus. Die ambulante ärztliche Versorgung hat eine wichtige Schlüsselfunktion inne, da von hier aus der weitere Weg eines Patienten durch das Versorgungssystem bestimmt wird.

In allen Ländern der Europäischen Union (EU) ist die ambulante ärztliche Versorgung eine Leistung der öffentlichen Gesundheits- bzw. Krankenversicherungssysteme. Das heißt, grundsätzlich haben alle Versicherten Zugang zu ärztlichen Leistungen und einen Anspruch auf Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung oder den öffentlichen Gesundheitsdienst. Doch auch wenn eine Grundabsicherung im Krankheitsfall existiert, sagt dies noch nichts über die tatsächliche Versorgungssituation der Bevölkerung aus. Die ärztliche Behandlung ist immer von den Rahmenbedingungen abhängig, die das jeweilige Gesundheitssystem vorgibt. So kann der Zugang zu ambulanten ärztlichen Leistungen durch Hürden wie Wartezeiten, Gatekeeping oder hohe Zuzahlungen eingeschränkt sein. Zudem wirkt sich auch die Organisation und Honorierung ärztlicher Leistungen auf die Versorgung aus.

Während die ärztliche Versorgung in Deutschland regelmäßig Gegenstand der gesundheitspolitischen Diskussion ist, ist über die Situation in anderen europäischen Ländern hierzulande eher wenig bekannt. Die vorliegende Studie hat das Ziel, die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz umfassend darzustellen und zu vergleichen. Die beiden deutschen Nachbarländer sind besonders interessant, da deren Gesundheitssysteme oft als Vergleichsmaßstab für das deutsche System herangezogen werden.

Es werden folgende Fragen beantwortet: Innerhalb welcher Rahmenbedingungen findet die ambulante ärztliche Versorgung statt? Wie hoch sind die Ausgaben für diesen Leistungsbereich und wie oft werden ärztliche Leistungen in Anspruch genommen? Was charakterisiert die ambulante ärztliche Versorgung im Ländervergleich hinsichtlich der Beziehung von Ärzten und Kostenträgern, der Gewichtung von Grundversorgung und Spezialisierung sowie der Einbeziehung von nicht-ärztlichem Personal? Wie ist es schließlich um den Zugang der Patienten zu ambulanten ärztlichen Leistungen bestellt? Gibt es Zugangshürden durch Ärztemangel, „Gatekeeping“, Wartezeiten oder Zuzahlungen? Die Beantwortung dieser Fragen dient der Einordnung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland im Vergleich zu den Niederlanden und der Schweiz. Die Ergebnisse des sektorspezifischen Ländervergleichs können die gesundheitspolitische Diskussion um Art und Ausgestaltung des ambulanten ärztlichen Versorgungsgeschehens bereichern.

## 2. Rahmenbedingungen der ärztlichen Versorgung

In Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz ist die ärztliche Versorgung ein integraler Bestandteil der nationalen Gesundheitssysteme. Diese sind wiederum eingebettet in die jeweiligen politischen Systeme. Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über die politischen, demographischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sowie die Krankenversicherungssysteme in den drei Vergleichsländern.

### 2.1 Politiksystem, Demographie und wirtschaftliche Lage

Deutschland, die Niederlande und die Schweiz lassen sich – wie alle westeuropäischen Staaten – dem Strukturtyp rechtsstaatlich-pluralistischer Demokratien zuordnen.<sup>1</sup> Unterschiede zeigen sich vor allem in den politischen Strukturen: Während Deutschland und die Schweiz föderal organisierte Staaten sind, handelt es sich bei den Niederlanden um einen dezentralen Einheitsstaat. Den 12 niederländischen Provinzen obliegen nur Verwaltungs- und Durchführungsaufgaben. Sie haben weder autonome gesetzgeberische Kompetenzen noch wirken sie an der gesamtstaatlichen Gesetzgebung mit.<sup>2</sup> Im Unterschied dazu verfügen die 16 deutschen Bundesländer über eigene Verfassungen, Regierungen und Gesetzgebungskompetenzen.<sup>3</sup> Dies trifft ebenso auf die 26 Schweizer Kantone zu. Das föderale Prinzip der Schweiz ist jedoch deutlich ausgeprägter als in Deutschland – so besitzen die Kantone im Gegensatz zu den deutschen Ländern sogar weitgehende Steuerautonomie. Die Kantone verfügen – selbst im weltweiten Vergleich – über ein Höchstmaß an Kompetenzen.<sup>4</sup>

Eine Besonderheit des Schweizer Politiksystems ist die große Bedeutung der direkten Demokratie. Schweizer Bürger können mit der Lancierung einer Volksinitiative oder eines Referendums direkt in die Politik eingreifen.<sup>5</sup> In Deutschland und den Niederlanden spielen direktdemokratische Verfahren so gut wie keine Rolle.<sup>6</sup>

In Bezug auf die europäische Ebene ist zudem darauf hinzuweisen, dass Deutschland und die Niederlande zu den sechs Gründungsmitgliedern der EU gehören, während die Schweiz der EU bis heute nicht beigetreten ist.

Mit einem nominalen Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 64.600 Euro pro Kopf im Jahr 2014 gehört die Schweiz zu den drei wirtschaftsstärksten Ländern Europas (hinter Luxemburg und

---

<sup>1</sup> Vgl. Ismayr (2009a), S. 9.

<sup>2</sup> Vgl. Lepszy/Wild (2009), S. 440.

<sup>3</sup> Vgl. Ismayr (2009b), S. 552.

<sup>4</sup> Vgl. Schweizerischer Bundesrat (2015a).

<sup>5</sup> Im Rahmen einer Volksinitiative können 100.000 Stimmberechtigte eine Verfassungsänderung auf Bundesebene fordern, auf Kantonsebene gelten entsprechend geringere Quoten (vgl. Schweizerischer Bundesrat (2015b)).

<sup>6</sup> Vgl. Kost (2013), S. 79ff.

Norwegen). Die Niederlande liegen auf Platz sieben mit 39.300 Euro pro Kopf, Deutschland auf Platz 12 mit 35.400 Euro pro Kopf.<sup>7,8</sup>

Die Niederlande und die Schweiz sind relativ kleine Länder, deren Gesamtfläche jeweils nur knapp 12 % des deutschen Staatsgebietes umfasst.<sup>9</sup> Allerdings leben in den Niederlanden mehr als doppelt so viele Menschen wie in der Schweiz.<sup>10</sup> Die Niederlande sind mit fast 500 Einwohnern pro km<sup>2</sup> das am dichtesten besiedelte Land der EU (nach Malta).<sup>11</sup>

Die drei Vergleichsländer unterscheiden sich nicht nur in der Bevölkerungszahl, ihrer geographischen Größe und ihrer Wirtschaftskraft, sondern auch im Altersaufbau der Bevölkerung. Die deutsche Bevölkerung ist deutlich älter als die Bevölkerung der Niederlande und der Schweiz. Dies verdeutlicht unter anderem das Medianalter.<sup>12</sup> Dies liegt in Deutschland bei 45,6 Jahren, in den Niederlanden und der Schweiz nur bei rund 42 Jahren.<sup>13</sup> Auch der Anteil der über 65-jährigen Bevölkerung ist mit fast 21 % in Deutschland deutlich höher als in den Niederlanden (17,3 %) und der Schweiz (17,6 %).<sup>14</sup>

---

<sup>7</sup> Vgl. Eurostat (2015a).

<sup>8</sup> Wird das BIP in Kaufkraftstandards (KKS) ausgewiesen, um die Kaufkraftunterschiede zwischen den Ländern auszugleichen, so liegt das schweizerische BIP pro Kopf bei 43.200 Euro (KKS), das niederländische bei 36.000 Euro (KKS) und das deutsche bei 34.000 Euro (KKS) (vgl. Eurostat (2015b)). Ein KKS entspricht der durchschnittlichen Kaufkraft eines Euro in der Europäischen Union.

<sup>9</sup> Vgl. Eurostat (2015c).

<sup>10</sup> Vgl. Eurostat (2015d).

<sup>11</sup> Vgl. Eurostat (2015e).

<sup>12</sup> Das Medianalter teilt die Bevölkerung in zwei gleichgroße Hälften, von denen die eine jünger und die andere älter ist als das Medianalter.

<sup>13</sup> Vgl. Eurostat (2015f).

<sup>14</sup> Vgl. Eurostat (2015g).

**Tabelle 1: Politische, demographische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen**

	<b>Deutschland</b>	<b>Niederlande</b>	<b>Schweiz</b>
<b>Offizieller Ländername</b>	Bundesrepublik Deutschland	Königreich der Niederlande	Schweizerische Eidgenossenschaft
<b>Staats-/Regierungsform</b>	Demokratischer parlamentarischer Bundesstaat	Parlamentarische Monarchie	Demokratischer republikanischer Bundesstaat
<b>Politisches Ordnungsprinzip</b>	Föderalismus (16 Länder)	Dezentraler Einheitsstaat	Föderalismus (26 Kantone)
<b>Fläche</b>	357.340 km <sup>2</sup>	41.540 km <sup>2</sup>	41.285 km <sup>2</sup>
<b>Mitgliedsstaat der EU</b>	Ja	Ja	Nein
<b>Währung</b>	Euro	Euro	Schweizer Franken
<b>BIP zu Marktpreisen (nominal) pro Kopf (2014)</b>	35.400 Euro	39.300 Euro	64.600 Euro
<b>Bevölkerung (2014)</b>	80,8 Mio.	16,8 Mio.	8,1 Mio.
<b>Bevölkerungsdichte (2013)</b>	230 Personen/km <sup>2</sup>	498 Personen/km <sup>2</sup>	202 Personen/km <sup>2</sup>
<b>Medianalter der Bevölkerung (2014)</b>	45,6 Jahre	42,0 Jahre	42,1 Jahre
<b>Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre (2014)</b>	20,8 %	17,3 %	17,6 %



## 2.2 Die Krankenversicherungssysteme im Ländervergleich

In den Niederlanden, der Schweiz und Deutschland hat die gesamte Bevölkerung Zugang zu einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung unabhängig von Einkommen und Gesundheitszustand. Der Abschluss einer Krankenversicherung ist in allen Ländern obligatorisch, d. h. es besteht eine gesetzliche Versicherungspflicht. Träger der öffentlichen Krankenversicherung sind verschiedene Krankenkassen, die frei gewählt werden können und miteinander im Wettbewerb stehen.<sup>15</sup> Auch wenn der Leistungsumfang im niederländischen, schweizerischen und deutschen System variiert, bieten alle Länder eine Basisabsicherung medizinischer Leistungen, wie z. B. ärztliche Versorgung oder Krankenhausbehandlung. Die deutsche und die niederländische gesetzliche Krankenversicherung werden über ein öffentliches Sozialversicherungssystem finanziert, d. h. durch einkommensabhängige Beiträge der Versicherten und ihrer Arbeitgeber. In der Schweiz existiert eine einkommensunabhängige Kopfpauschale, die vom Versicherten allein entrichtet wird.<sup>16</sup>

Eine Besonderheit findet sich in Deutschland, denn hier gibt es ein duales System mit Privater (PKV) und Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV). Im Jahr 2014 lag der PKV-Versichertenanteil an der Gesamtbevölkerung bei rund 11 %. Deutschland ist das einzige Land, in dem parallel zwei Systeme zur Absicherung gegen Krankheit für relevante Teile der Bevölkerung existieren. Die Gesundheitssysteme der Niederlande und der Schweiz sind dagegen – wie auch die Systeme der übrigen EU-Länder – nach uniformen Finanzierungsregeln für die gesamte Bevölkerung kollektiv konzipiert. Private Krankenversicherungen werden dort nur als supplementäre Versicherungen angeboten, mit denen Leistungsbegrenzungen im öffentlichen Gesundheitssystem abgesichert werden können (z. B. Zahnbehandlung).<sup>17</sup>

### Deutschland

In Deutschland sind Organisationsstruktur, Leistungsrahmen und Finanzierung der GKV im 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) kodifiziert. Die Zuständigkeit für die GKV liegt überwiegend beim Bund bzw. beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Die Kompetenz der Bundesländer erstreckt sich auf die Bereiche stationäre Versorgung und öffentlicher Gesundheitsdienst.<sup>18</sup> Der Gesetzgeber gibt die Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung der medizinischen Versorgung vor. Die Einzelheiten werden von der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen festgelegt. Die Selbstverwaltung ist eines der tragenden Prinzipien des deutschen Gesundheitssystems. Wichtigstes Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Hauptaufgabe des G-BA ist es, in Richtlinien die

---

<sup>15</sup> Während es sich bei den deutschen Krankenkassen um rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung handelt, sind die niederländischen und schweizerischen Krankenkassen privatrechtlich organisiert.

<sup>16</sup> Näher zur Finanzierung: Schulze Ehring/Köster (2010).

<sup>17</sup> Vgl. Finkenstädt/Niehaus (2013), S. 11, 89f.

<sup>18</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2015a).

Inhalte der Versorgung näher zu bestimmen und zu entscheiden, welche Leistungen von der GKV finanziert werden.<sup>19</sup>

§ 2 Abs. 2 SGB V legt das Sachleistungsprinzip der GKV fest. Das heißt, die Versicherten erhalten medizinische Leistungen, ohne selbst finanziell in Vorleistung treten zu müssen. Die Leistungserbringer rechnen direkt mit den Krankenkassen beziehungsweise den Kassenärztlichen Vereinigungen ab. Abweichend hiervon haben GKV-Versicherte die Möglichkeit, bei ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Kostenerstattung zu stellen (§ 13 Abs. 2 SGB V).<sup>20</sup>

Die maßgeblichen Rechtsgrundlagen der deutschen PKV sind das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Daneben gelten die allgemeinen Geschäftsbedingungen und die allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherungsunternehmen. Im individuellen Vertrag zwischen Versicherungsnehmer und Versicherungsgesellschaft werden alle Rechte, Pflichten und Vertragspunkte vereinbart. In der PKV gilt im Unterschied zur GKV das Kostenerstattungsprinzip. Das bedeutet, dass der Versicherte die Rechnungen der Leistungserbringer selbst bezahlt. Erst nach der Bezahlung beantragt er bei seinem privaten Versicherungsunternehmen die Kostenerstattung.

## Niederlande

In den Niederlanden gilt für die Krankenversicherung das Gesetz zur Regelung einer Sozialversicherung für die medizinische Versorgung der Gesamtbevölkerung, kurz: Krankenversicherungsgesetz (*Zorgverzekeringswet – Zvw*).<sup>21</sup> Zusätzliche und außergewöhnliche Risiken werden nicht im Rahmen des Zvw, sondern des Allgemeinen Gesetzes über besondere Krankheitskosten (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten – AWBZ*) abgesichert.<sup>22</sup> Ähnlich wie in Deutschland setzt auch in den Niederlanden der Staat den grundlegenden Rahmen für die Krankenversicherung, wie z. B. über Struktur und Organisation. Zuständig ist das Ministerium für Volksgesundheit, Wohlfahrt und Sport (*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – VWS*). Allerdings legt in den Niederlanden der Staat auch den Umfang des Leistungskataloges fest, was in Deutschland der gemeinsamen Selbstverwaltung überlassen ist.

---

<sup>19</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2015b).

<sup>20</sup> Diese freiwillige Entscheidung gilt für mindestens ein Quartal und kann vom Versicherten auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen (Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel) beschränkt werden. Dabei erhalten die Versicherten eine private Rechnung nach Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ), die sie dann bei der Krankenkasse einreichen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte (d. h. gemäß EBM). Einige Krankenkassen bieten einen speziellen Kostenerstattungstarif an, bei denen höhere Vergütungen vereinbart werden können als sie normalerweise von der GKV übernommen werden (Wahltarif). Hierfür erhebt die Krankenkasse dann eine zusätzliche Prämie.

<sup>21</sup> Im Folgenden wird die niederländische *zorgverzekering* oder *basisverzekering* als „Krankenversicherung“ bezeichnet. Da es sich um ein staatliches Einheitssystem handelt, gibt es in den Niederlanden keine Notwendigkeit, zwischen GKV und PKV zu unterscheiden. Private Zusatzversicherungen heißen in den Niederlanden *aanvullende verzekering* (vgl. Rijksoverheid (2015a)).

<sup>22</sup> Vgl. Schäfer et al. (2010), S. 53f.

Das „Zorginstituut Nederland“ berät den Gesundheitsminister über den Inhalt und den Umfang des Basispakets. Der Minister trifft jedoch die endgültige Entscheidung.<sup>23</sup>

In den Niederlanden bieten die Krankenversicherungen den Versicherten als Abrechnungsmodalitäten sowohl die Sachleistungspolice (*naturapolis*) als auch die Kostenerstattungspolice (*restitutiepolis*) an. Auch eine Kombination aus beiden ist möglich (*combinatiepolis*).<sup>24</sup> Beim Sachleistungsprinzip können die Versicherten nur diejenigen Leistungserbringer aufsuchen, mit denen ihre Krankenversicherung einen Vertrag geschlossen hat. Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen Arzt und Kasse. Dies entspricht dem Sachleistungsprinzip in der deutschen GKV. Im Fall der Kostenerstattung kann der Versicherte den Leistungserbringer frei wählen. Er erhält eine Rechnung und reicht sie zur Erstattung bei seinem Krankenversicherer ein.

## Schweiz

Rechtsgrundlage für die Funktionsweise der schweizerischen Krankenversicherung ist das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG).<sup>25</sup> Der starke föderale Charakter der Schweiz spiegelt sich auch im Gesundheitswesen wider, da die Kantonsregierungen eine Schlüsselrolle bei der Bereitstellung und Bezahlung von Gesundheitsleistungen haben. Bei politischen oder regulativen Prozessen und der Kontrolle des Gesundheitswesens teilen sie sich die Verantwortung mit dem Bund. Entscheidungen auf kantonaler Ebene haben im Laufe der Zeit zu leicht unterschiedlichen Gesundheitssystemen in den 26 Kantonen geführt.<sup>26</sup> Das Leistungspaket der Krankenversicherung wird jedoch – wie auch in Deutschland und den Niederlanden – auf nationaler Ebene für alle Versicherten festgelegt.<sup>27</sup> Zuständig für die Krankenversicherung ist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) als Teil des Eidgenössischen Departements des Innern. Im Unterschied zu Deutschland und den Niederlanden können die Schweizer Bürger im Rahmen der direkten Demokratie auch direkt auf die Gesundheitspolitik Einfluss nehmen (siehe Abschnitt 2.1).<sup>28</sup>

Grundsätzlich wird in der Schweiz nach dem System der Kostenerstattung (*tiers garant*) abgerechnet, das im KVG als vorherrschendes System genannt wird (Art. 42 Abs. 1 KVG). Gemäß KVG ist der Patient Honorarschuldner einer medizinischen Leistung (wie auch in der deutschen PKV). Deshalb schickt ein Arzt die Rechnung nach der Behandlung an den Patien-

---

<sup>23</sup> Vgl. Rijksoverheid (2015b).

<sup>24</sup> Vgl. Rijksoverheid (2015c).

<sup>25</sup> In der Schweiz heißt die gesetzliche Krankenversicherung „Obligatorische Krankenpflegeversicherung – OKP“. Darüber hinausgehende Leistungen können durch Zusatzversicherungen abgedeckt werden.

<sup>26</sup> Vgl. OECD (2011), S. 35.

<sup>27</sup> Vgl. OECD (2011), S. 70.

<sup>28</sup> Beispielsweise führte im Jahr 2009 eine Volksabstimmung zur Aufnahme eines neuen Artikels in die Bundesverfassung. Dieser verpflichtet Bund und Kantone, im Rahmen ihrer Zuständigkeiten dafür zu sorgen, dass die Komplementärmedizin im Gesundheitssystem berücksichtigt und integriert wird (vgl. Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit (2015a)).

ten persönlich, der diese dann bei seiner Krankenversicherung zur Erstattung einreichen kann. Sofern die Krankenversicherung mit einem Leistungserbringer jedoch vertraglich eine Direktzahlung vereinbart hat, schickt dieser die Rechnung direkt an die Versicherung und diese überweist den ausstehenden Betrag (*tiers payant*) (Art. 42 Abs.2 KVG). Im Gegensatz zu Deutschland und den Niederlanden hat der Versicherte hier keine Wahl hinsichtlich der Abrechnungsmodalität, da grundsätzlich das Kostenerstattungsprinzip gilt und die Entscheidung für das Sachleistungsprinzip nur zwischen Leistungserbringer und Versicherung getroffen wird.

### ***Exkurs Pflege***

Die Grenze zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit wird in den drei Ländern unterschiedlich gezogen und somit werden auch die jeweiligen Kosten unterschiedlich abgesichert. Während in Deutschland und den Niederlanden zur Absicherung der Pflegekosten ein beitragsbasiertes soziales Versicherungssystem besteht, gibt es in der Schweiz keine Pflegeversicherung als eigenständigen Zweig der Sozialversicherung. Die Kosten der Pflege übernehmen die Krankenkassen, die Versicherten in Eigenleistung sowie in Teilen die öffentliche Hand.<sup>29</sup> Das niederländische Pflegesystem geht über den Versorgungsumfang der deutschen Pflegeversicherung hinaus. Abgesichert sind nicht nur die Langzeitpflege, sondern auch besonders schwere gesundheitliche Risiken – wie zum Beispiel dauerhafte Behinderungen oder psychiatrische Erkrankungen.

---

<sup>29</sup> Vgl. Jäggi/Künzi (2015).

**Tabelle 2: Merkmale der Krankenversicherungssysteme**

	<b>Deutschland</b>	<b>Niederlande</b>	<b>Schweiz</b>
<b>Gesetzliche Krankenversicherungspflicht</b>	Ja	Ja	Ja
<b>Offizielle Bezeichnung des öffentlichen Krankenversicherungssystems</b>	Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	Zorgverzekering	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)
<b>Substitutive Private Krankenversicherung</b>	Ja, für rund 11 % der Bevölkerung	Nein	Nein
<b>Bevölkerungsanteil mit Absicherung im Krankheitsfall (2012)</b>	99,8 %	99,8 %	100,0 %
<b>Maßgebliche Rechtsgrundlage</b>	5. Sozialgesetzbuch (SGB V)	Zorgverzekeringswet (Zvw)	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
<b>Zuständige Behörde</b>	Bundesministerium für Gesundheit	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)	Bundesamt für Gesundheit
<b>Träger der öffentlichen Krankenversicherung</b>	123 Krankenkassen	47 Krankenkassen	59 Krankenkassen
<b>Überwiegende Finanzierung der öffentlichen Krankenversicherung</b>	einkommensabhängige Beiträge	einkommensabhängige Beiträge	einkommensunabhängige Kopfpauschale
<b>Kostenübernahmeprinzip</b>	Grundsätzlich Sachleistung; Kostenerstattung kann von Versicherten freiwillig gewählt werden	Versicherte können zwischen Sachleistung und Kostenerstattung wählen	Grundsätzlich Kostenerstattung; Sachleistung kann zwischen Versicherung und Arzt vereinbart werden
<b>Freie Krankenkassenwahl</b>	Ja, sofern Krankenkasse am Beschäftigungs- oder Wohnort tätig ist*	Ja	Ja, sofern Krankenkasse im Wohnkanton tätig ist
<b>Festlegung der öffentlichen Krankenversicherungsleistungen</b>	Auf nationaler Ebene für alle Versicherten	Auf nationaler Ebene für alle Versicherten	Auf nationaler Ebene für alle Versicherten
<b>Eigenständige Pflegeversicherung</b>	Ja (SGB XI)	Ja (AWBZ)	Nein (Bestandteil des KVG)

\* In Deutschland gibt es 31 betriebsbezogene Betriebskrankenkassen (BKK), die ausschließlich Mitarbeiter der Trägerunternehmen und deren Familienangehörige versichern (Stand: Oktober 2015) (vgl. GKV-Spitzenverband 2015).

### **3. Die ambulante ärztliche Versorgung im Überblick**

Die ärztliche Versorgung ist in allen drei Vergleichsländern das Kernstück des Gesundheitssystems. Hinsichtlich der Organisation ärztlicher Leistungen und deren Einbettung in das Gesundheitssystem bestehen jedoch Unterschiede, die im folgenden Kapitel dargestellt werden.

#### **3.1 Zulassung als Arzt und Beziehung zu den Kostenträgern**

##### **Deutschland**

Für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit ist eine Approbation (staatliche Zulassung) Voraussetzung, die auf Antrag von der zuständigen Landesbehörde erteilt wird. Die Approbation setzt ein abgeschlossenes Medizinstudium voraus.

Um die ambulante Versorgung von gesetzlich krankenversicherten Patienten mit der GKV abrechnen zu können, ist eine Zulassung als Vertragsarzt erforderlich. Diese setzt wiederum eine bestandene Facharztprüfung voraus. Mit der Zulassung wird der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet (§ 95 SGB V). In Deutschland sind die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 SGB V verpflichtet, die ambulante ärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten zu garantieren (Sicherstellungsauftrag).<sup>30</sup> Wie viele freie Arztsitze es in einer Region (bzw. einem Planungsbereich) gibt, d. h., wo sich ein Vertragsarzt niederlassen kann, regelt die Bedarfsplanung nach § 99 SGB V.<sup>31,32</sup> Hiermit soll bundesweit eine flächendeckende, möglichst wohnortnahe und bedarfsgerechte medizinische Versorgung gewährleistet werden.<sup>33</sup>

Die KVen bzw. deren Bundesvereinigung schließt mit der GKV Verträge zur Gestaltung der kassenärztlichen Versorgung. In diesen Verträgen werden die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben im Einzelnen festgelegt. Grundlage für die zu Lasten der GKV abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen ist der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) (§ 87 Abs. 1 SGB V). Diese Gebührenordnung für vertragsärztliche Leistungen ist bundesweit gültig und definiert den Inhalt der abrechnungsfähigen vertragsärztlichen Leistungen, gegliedert in hausärztliche, fachärztliche und gemeinsam abrechnungs-

---

<sup>30</sup> Der Sicherstellungsauftrag geht auf die Krankenkassen über, wenn mehr als 50 % aller in einem Zulassungsbezirk niedergelassenen Vertragsärzte auf ihre Zulassung verzichtet oder die vertragsärztliche Versorgung verweigert haben und die Aufsichtsbehörde festgestellt hat, dass dadurch die vertragsärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt ist (§ 72a SGB V).

<sup>31</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015a).

<sup>32</sup> Es wird zwischen einer hausärztlichen, einer allgemeinen fachärztlichen und einer spezialisierten fachärztlichen Versorgung unterschieden. Zusätzlich werden sogenannte „gesonderte Arztgruppen“ in die Planung aufgenommen (Pathologen, Transfusionsmediziner, Humangenetiker etc.), die bisher kein Bestandteil der Bedarfsplanung waren (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2015)).

<sup>33</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2015c).

fähige Leistungen (§ 87 Abs. 2a SGB V). Der EBM wird durch den Bewertungsausschuss vereinbart, der gemeinsam von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband gebildet wird (§ 87 Abs. 1 SGB V).

Ein Arzt kann sich auch als reiner Privatarzt niederlassen. Im Unterschied zum Vertragsarzt ist ein Privatarzt von den Krankenkassen vertraglich unabhängig, darf aber nur privat krankenversicherte Patienten behandeln oder Kassenpatienten, die als Selbstzahler auftreten. Da rund 90 % der Bevölkerung in Deutschland GKV-versichert sind, ist der Anteil reiner Privatpraxen relativ gering: Von den im Jahr 2011 rund 124.100 in eigener Praxis ambulant tätigen Ärzten waren 98 % als Vertragsarzt und nur 2 % ausschließlich als Privatarzt tätig.<sup>34</sup> In Deutschland besteht allerdings die Besonderheit, dass es mit GKV und PKV zwar zwei Versicherungssysteme gibt, jedoch nur ein Versorgungssystem (siehe Abschnitt 2.2). Das heißt, Ärzte mit einer Zulassung als GKV-Vertragsarzt behandeln in ihrer Praxis gleichermaßen gesetzlich und privat krankenversicherte Patienten.

Bei privatversicherten Patienten kommt die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zur Anwendung, in der die abrechnungsfähigen Gebühren für privatärztliche Leistungen verzeichnet sind. Die GOÄ wird mit Zustimmung des Bundesrates als Rechtsverordnung der Bundesregierung erlassen. Approbierte Ärzte dürfen in Deutschland ihre Honorare nicht frei kalkulieren, sondern sind nach dem ärztlichen Berufsrecht, konkretisiert durch die bundesverfassungsgerichtliche Rechtsprechung, an die GOÄ gebunden. Ein wesentlicher Unterschied zwischen privatärztlicher und vertragsärztlicher Abrechnung ist der im Durchschnitt höhere Preis der nach GOÄ erbrachten Leistungen.<sup>35</sup> Die Ärzte profitieren in hohem Maße von der Behandlung der rund 11 % Privatversicherten in Deutschland: Im Jahr 2013 entstand im ambulanten ärztlichen Bereich durch die Behandlung dieser Patientengruppe ein Mehrumsatz von über 5 Milliarden Euro. Diese Summe würde den niedergelassenen Ärzten nicht zur Verfügung stehen, wenn die Privatversicherten gesetzlich krankenversichert wären.<sup>36</sup>

## **Niederlande**

Um in den Niederlanden ärztlich tätig zu sein, sind eine Zulassung des jeweiligen Berufsverbandes und eine Registrierung gemäß Gesundheitsberufegesetz (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg – BIG) erforderlich. Jeder Facharztverband hat sein eigenes Genehmigungsverfahren.<sup>37</sup>

---

<sup>34</sup> Vgl. Bundesärztekammer (2011), S. 1.

<sup>35</sup> Zudem existieren im PKV-System keine Budgetierungen oder Rahmenvereinbarungen, die den Arzt beschränken (vgl. Niehaus (2009)).

<sup>36</sup> Vgl. Niehaus (2015), S. 11.

<sup>37</sup> Vgl. Miani et al. (2015), S. 121f.; Schäfer et al. (2010), S. 139ff.

Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung liegt in den Niederlanden bei den Krankenversicherern.<sup>38</sup> Um zu Lasten der Krankenversicherung abrechnen zu können, schließen die Ärzte mit den Krankenversicherern Verträge. Im ambulanten Bereich betrifft dies in erster Linie die Hausärzte, da Fachärzte nur in Krankenhäusern tätig sind (siehe Abschnitt 3.2). Im Unterschied zum deutschen GKV-System gibt es in den Niederlanden keine Preisverhandlungen auf Verbandsebene, da das niederländische Gesundheitswesen dem Kartellgesetz untersteht.<sup>39</sup> Eine der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vergleichbare Institution existiert nicht. Fast alle Hausärzte sind im niederländischen Hausärzterverband (Landelijke Huisartsen Vereniging – LHV) zusammengeschlossen. Aus o. g. wettbewerbsrechtlichen Gründen hat der LHV jedoch keine Vertragskompetenz.<sup>40</sup>

Die Krankenversicherer verhandeln mit regionalen Hausarztvereinigungen (*huisartsenkringen*), Vertretern des LHV oder Arbeitsgemeinschaften aus Vertretern der vorgenannten Institutionen Standard- oder Rahmenverträge. Aus Gründen der Vereinfachung verhandeln die jeweiligen Hausarztvereinigungen nur mit dem regional dominanten Krankenversicherer. Die anderen Versicherer schließen sich diesem Vertrag an.<sup>41</sup> Die maximal abrechenbaren Gebühren für Hausärzte sind das Ergebnis von Verhandlungen zwischen dem LHV, dem Verband der Krankenversicherer (Zorgverzekerars Nederland) und dem Gesundheitsministerium.<sup>42</sup> Nach erfolgreichem Abschluss der Verhandlungen werden die Gebührenhöchstsätze durch die niederländische Gesundheitsbehörde (Nederlandse Zorgautoriteit – NZa) festgesetzt.<sup>43</sup> Die einzelnen Hausärzte müssen den vorgelegten Verträgen dann einzeln beitreten. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit von Selektivverträgen zwischen einzelnen Hausärzten und Krankenversicherern.<sup>44</sup>

Wenn ein Arzt dem Vertrag des Krankenversicherers nicht beitrifft, dann darf er zwar weiterhin Patienten behandeln, muss diesen jedoch eine Rechnung stellen. Ärzte ohne Vertrag können Patienten, die Kostenerstattung gewählt haben (siehe Abschnitt 2.2), höhere Honorare berechnen. Dem Versicherten wird jedoch von der Krankenkasse nicht mehr als der „angemessene Marktpreis“ erstattet.<sup>45</sup> Bestimmte hausärztliche Behandlungen sind zudem ohne Vertrag mit der Krankenkasse gar nicht möglich (z. B. kleinere chirurgische Eingriffe oder Kompressionstherapie bei Unterschenkelgeschwüren).<sup>46</sup> Patienten suchen vorrangig Ärzte mit Versorgungsvertrag auf – insbesondere, da sie bei Wahl des Sachleistungsprinzips nur Ver-

---

<sup>38</sup> Vgl. Hamilton (2012), S. 223.

<sup>39</sup> Vgl. Ahrens (2013).

<sup>40</sup> Vgl. Landelijke Huisartsen Vereniging (2015).

<sup>41</sup> Vgl. Schäfer et al. (2010), S. 85.

<sup>42</sup> Vgl. Nederlandse Zorgautoriteit (2007).

<sup>43</sup> Vgl. Schäfer et al. (2010), S. 92.

<sup>44</sup> Vgl. Schäfer et al. (2010), S. 85.

<sup>45</sup> Vgl. Nederlandse Zorgautoriteit (2015a).

<sup>46</sup> Vgl. Nederlandse Zorgautoriteit (2015b).



tragsärzte in Anspruch nehmen können (siehe Abschnitt 2.2).<sup>47</sup> Ohne Vertrag büßt der Hausarzt bis zu 20 % seines Umsatzes ein.<sup>48</sup> Im niederländischen Einheitssystem besteht für einen Arzt somit kein finanzieller Anreiz, einen Patienten privat zu behandeln.

## Schweiz

Ärzte, die ihre Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung ausüben, benötigen eine Berufsausübungsbewilligung. In Bezug auf die Zulassung zur Berufsausübung definiert das Medizinalberufegesetz (MedBG) die Grundsätze und Regeln, die einzuhalten sind. Für die Erteilung der Berufszulassung als Arzt sind in der Schweiz die Kantone zuständig. Voraussetzungen für die Erteilung sind ein eidgenössisches Arztdiplom sowie ein eidgenössischer Weiterbildungstitel (Art. 36 MedBG).

Das KVG kennt kein formelles Zulassungsverfahren zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.<sup>49</sup> D. h. die Niederlassungsfreiheit ist gleichbedeutend mit der Kassenzulassung. Die schweizerischen Ärzte sind jedoch seit über zehn Jahren von einem Zulassungsstopp betroffen. Ein solcher wurde 2002 für neue Arztpraxen verhängt. Ursache war die Angst vor einer Kostenexplosion und weil mit der Unterzeichnung der bilateralen Abkommen zwischen der Schweiz und der EU eine Ärzteschwemme aus dem EU-Raum befürchtet wurde. Zuständig für die Umsetzung sind die Kantone. Ärzte, die keine Zulassung für eine eigene Praxis erhalten, können sich einer bestehenden Praxis anschließen, außerhalb des KVG-Bereiches praktizieren oder im Spital arbeiten. Die ursprünglich für drei Jahre geplante Maßnahme wurde bis Ende 2011 mehrmals verlängert.<sup>50</sup> Das Parlament hat ab Juli 2013 einen erneuten dreijährigen Zulassungsstopp beschlossen. Vor diesem Hintergrund benötigen Ärzte für die Tätigkeit zu Lasten der Sozialversicherungen neben der Berufsausübungsbewilligung auch eine kantonale Zulassungsbewilligung.<sup>51,52</sup>

---

<sup>47</sup> In den Niederlanden entscheiden sich die Versicherten vorrangig für das Sachleistungsprinzip (48 % im Jahr 2014). 23 % wählen die reine Kostenerstattung (vgl. Vektis (2015), S. 14.). Dass die Kostenerstattung in den Niederlanden nicht so beliebt ist, kann daran liegen, dass sie zum einen nicht von allen Krankenversicherungen angeboten wird (vgl. Vektis (2015), S. 7f.) und dass oftmals nur ein Teil der Kosten erstattet wird, wenn der Leistungserbringer eine Rechnung über dem „marktüblichen Preis“ stellt (vgl. Niederlandse Zorgautoriteit (2015a)) (siehe Abschnitt 3.1).

<sup>48</sup> Vgl. Croonen (2014).

<sup>49</sup> Vgl. Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit (2013a), S. 2.

<sup>50</sup> Vgl. OECD (2011), S. 107.

<sup>51</sup> Vgl. Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (2014), S. 4.

<sup>52</sup> Die Umsetzungsverordnung lässt den Kantonen bei der Anwendung der Zulassungsbeschränkung jedoch einen großen Handlungsspielraum (vgl. Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit 2013b)). Einige Kantone verzichten ganz auf einen Zulassungsstopp (vgl. SASIS Zahlstellenregister (2014)). In letzterem Fall wird zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine formelle kantonale Zulassung benötigt. Sämtliche Ärzte mit Berufsausübungsbewilligung gelten von Gesetzes wegen zur Tätigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung als zugelassen (siehe z. B. Kanton Aargau (2015)). Liegt ein Zulassungsstopp vor, ist eine Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung nur mit kantonaler Ausnahmezulassung (z. B. bei Unterversorgung im Spezialgebiet) möglich (siehe z. B. Kanton Luzern (2015)).

Die Arzthonorare in der Schweiz basieren auf einem einheitlichen Tarifsystem (TARMED), das wiederum auf Taxpunktwerten fußt. Die Punktwerte für ärztliche Leistungen werden zwischen den kantonalen Versicherungsverbänden und den Leistungserbringern verhandelt, weshalb es zu Preisunterschieden zwischen den Kantonen kommen kann.<sup>53</sup> Ärzte, die ambulante Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen wollen, müssen dem TARMED (zur Abrechnung gemäß KVG) beitreten. Den Beitritt kann der Arzt gleichzeitig mit einem etwaigen Antrag zur Mitgliedschaft bei der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) erklären.<sup>54</sup> Der Beitritt erfolgt über eine der kantonal organisierten Basisorganisationen der FMH.<sup>55</sup>

Möchte ein Arzt nicht nach den Regularien des KVG abrechnen, kann er bei den zuständigen Behörden den sogenannten „Ausstand“ erklären (Art. 44 KVG). In diesem Fall ist er nicht mehr an die vertraglichen Tarife gebunden und kann sein Honorar frei gestalten.<sup>56</sup> Die Kosten der Behandlung durch einen „Ausstandsarzt“ dürfen die Krankenkassen nicht übernehmen.<sup>57</sup> Ein solcher Ausstand bedeutet, dass der Arzt generell nicht bereit und somit auch nicht berechtigt ist, Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringen. Wenn ein Arzt mit seiner Praxis in den Ausstand getreten ist, kann er nur noch auf privatrechtlicher Grundlage abrechnen.<sup>58</sup> Im Unterschied zu den Niederlanden hat sich in der Schweiz jedoch ein Markt für private Zusatzversicherungen gebildet, welche die – üblicherweise teurere – Behandlung bei „Ausstandsärzten“ absichern.<sup>59</sup>

Für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung sind die Kantone zuständig. Ist wegen des Ausstandes von Leistungserbringern die Behandlung der Versicherten im Rahmen dieses Gesetzes nicht gewährleistet, so sorgt die Kantonsregierung für deren Sicherstellung (Art. 45 KVG).

**Um Versicherte des öffentlichen Krankenversicherungssystems behandeln und diese Leistungen abrechnen zu können, müssen in jedem Land entsprechende Verträge mit den Kostenträgern geschlossen werden. Eine Behandlung von Patienten außerhalb des öffentlichen Krankenversicherungssystems ist überall möglich. Einen finanziellen Anreiz hierzu gibt es jedoch hauptsächlich in Deutschland aufgrund des dualen Systems mit GKV und PKV.**

<sup>53</sup> Vgl. OECD (2011), S. 58.

<sup>54</sup> Vgl. Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (2014), S. 5.

<sup>55</sup> Vgl. Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (2015a).

<sup>56</sup> Im Gegensatz zu Deutschland existiert in der Schweiz für Nichtvertragsärzte keine gesetzliche Gebührenordnung, d. h. sie sind in der Preisgestaltung völlig frei.

<sup>57</sup> Vgl. Helsana AG (2015).

<sup>58</sup> Möglich bleibt in diesem Fall weiterhin die ambulante Tätigkeit an einem Spital, denn diese Leistungen werden gemäß KVG dem Spital zugerechnet. Über die Anzahl der Ausstandsärzte liegen der Autorin keine Informationen vor.

<sup>59</sup> Siehe z. B. „Privatpatienten-Versicherung“ der Helsana oder der KPT/CPT.

## 3.2 Grundversorgung und Spezialisierung

### Deutschland

In Deutschland erfolgt die ambulante ärztliche Versorgung fast ausschließlich durch niedergelassene Haus- und Fachärzte. Sie sind in der Regel die erste Anlaufstelle für Patienten bei gesundheitlichen Problemen, führen den überwiegenden Teil diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen durch, verordnen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel und überweisen Patienten im Bedarfsfall in ein Krankenhaus.<sup>60</sup> Ärzte dürfen gemäß Arzneimittelgesetz (AMG) grundsätzlich keine Arzneimittel an Patienten abgeben, da dies den Apotheken vorbehalten ist. Eine Ausnahme besteht bei Impfstoffen (§ 47 Abs. 1 Nr. 3 AMG).

Die hausärztliche Versorgung übernehmen insbesondere Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin. Von den 147.948 Ärzten, die 2014 im ambulanten Sektor tätig waren, waren 25 % (37.258) Allgemeinmediziner.<sup>61</sup>

Der Umfang der hausärztlichen Versorgung bei einem niedergelassenen Arzt ist in § 73 SGB V festgeschrieben:

- die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes;
- die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen sowie
- die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
- die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie
- die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.

Die ambulante Behandlung in einer fachärztlichen Praxis ähnelt der Arbeitsweise im Krankenhaus: Ausgehend von einer bereits vorgeklärten Diagnose oder Verdachtsdiagnose kommen weitergehende spezialisierte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zum Einsatz. Die fachärztliche Tätigkeit ist somit deutlich stärker fokussiert auf ein Organsystem oder eine definierte Krankheit.<sup>62</sup> In Deutschland existieren 33 Facharztgebiete wie z. B. Chirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde oder Neurologie.<sup>63</sup> Die fachärztliche Versorgung in Deutschland findet als ambulante wohnortnahe fachärztliche Grundversorgung sowie als stationäre Versorgung im Krankenhaus statt. Hieraus resultiert die "doppelte Facharztschiene" als cha-

---

<sup>60</sup> Vgl. Simon (2010), S. 181.

<sup>61</sup> Vgl. Bundesärztekammer (2014), S. 12.

<sup>62</sup> Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (2014).

<sup>63</sup> Vgl. Bundesärztekammer (2013).

rakteristisches Merkmal des deutschen Gesundheitssystems. Eine Folge der klaren Trennung zwischen stationärem und ambulantem Sektor ist die stark ausdifferenzierte fachärztliche Versorgung im ambulanten Bereich.<sup>64</sup>

Die ambulante ärztliche Versorgung wird in Deutschland nicht nur in Arztpraxen erbracht, sondern auch in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). MVZ sind fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen, die über die strukturierte Zusammenarbeit mindestens zweier Ärzte mit unterschiedlichen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen eine interdisziplinäre Versorgung aus einer Hand gewährleisten sollen (§ 95 SGB V). MVZ nehmen, genau wie niedergelassene Vertragsärzte, regelhaft an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der GKV teil und sind (mit wenigen Abweichungen) denselben Regeln der Leistungserbringung unterworfen. Patienten sollen im Idealfall von der räumlichen Integration der unterschiedlichen Fachbereiche, den flexibleren Öffnungszeiten, geringeren Wartezeiten, besserer Ausstattung sowie darüber hinausgehenden Kooperationen mit nichtärztlichen Heilberufen und/oder Krankenhäusern profitieren. Aktuell sind mit rund 85 % die meisten Ärzte angestellt in MVZ tätig. Pro MVZ sind durchschnittlich vier bis fünf Ärzte beschäftigt, wobei Hausärzte, Internisten und Chirurgen die am häufigsten in MVZ vertretenen Facharztgruppen darstellen.<sup>65</sup> Ende 2014 waren in Deutschland 2.073 MVZ mit 13.465 tätigen Ärzten zugelassen.<sup>66</sup>

Es gibt in Deutschland zudem ein etabliertes Belegarztsystem: Belegärzte sind niedergelassene Vertragsärzte, die berechtigt sind, Patienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln (§ 121 SGB V). Allerdings darf die stationäre Tätigkeit des Vertragsarztes nicht das Schwergewicht der Gesamttätigkeit des Vertragsarztes bilden (§ 39 Abs. 3 BMV-Ä). Es gab im Jahr 2014 rund 5.324 Belegärzte.<sup>67</sup>

## Niederlande

Im ambulanten Bereich werden Patienten in erster Linie von den niedergelassenen Hausärzten (*huisarts*) versorgt. In den Niederlanden ist Hausarztmedizin (*huisartsgeneeskunde*) eine eigenständige Weiterbildung im Anschluss an das Medizinstudium. Im Unterschied zu Deutschland dürfen Arzneimittel in den Niederlanden gemäß Arzneimittelgesetz auch von entsprechend ermächtigten Hausärzten abgegeben werden (Art. 61 Geneesmiddelenwet). Das hausärztliche Leistungsspektrum ist in den Niederlanden breiter angelegt als in Deutschland: von der allgemeinen Beratung, über die Schwangerschaftsbetreuung bis hin zu kleineren operati-

---

<sup>64</sup> Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (2014).

<sup>65</sup> Vgl. Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung (2015).

<sup>66</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014a), S. 3. Dies entspricht 3,7 % aller berufstätigen Ärzte (vgl. Bundesärztekammer (2014)).

<sup>67</sup> Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015). Dies entspricht 4,4 % aller niedergelassenen Ärzte (vgl. Bundesärztekammer (2014)).

ven Eingriffen. Es ist durchaus üblich, dass sich Hausärzte (meist telefonisch) in Bezug auf die Patientenbehandlung von Fachärzten beraten lassen.<sup>68</sup> In den Niederlanden waren im Januar 2014 8.812 Hausärzte tätig.<sup>69</sup>

Fachärzte (*medisch specialist*) arbeiten fast ausschließlich in Krankenhäusern (mehrheitlich freiberuflich) und behandeln sowohl ambulante als auch stationäre Patienten.<sup>70</sup> Sie haben einen Nutzungsvertrag mit dem Krankenhaus und können für die Behandlung des Patienten die Einrichtungen des Krankenhauses in Anspruch nehmen. Die Mehrzahl der Patienten behandeln sie jedoch in der angegliederten Poliklinik.<sup>71</sup> In den Niederlanden gibt es 28 Facharzt-richtungen<sup>72</sup> und 22.585 registrierte Fachärzte.<sup>73</sup>

Zusätzlich zur fachärztlichen Versorgung an den Krankenhäusern gibt es in den Niederlanden selbständige Facharztzentren (*zelfstandig behandelcentrum – ZBC*). Ein ZBC ist eine Partnerschaft zwischen zwei oder mehr Fachärzten. Leistungen, die in einem dieser Zentren erbracht werden, werden nur unter bestimmten Voraussetzungen von den Versicherern übernommen (medizinische Notwendigkeit).<sup>74</sup> In einem ZBC werden in der Regel planbare (nicht akute), nicht-komplexe Behandlungen durchgeführt, für die der Patient nicht stationär aufgenommen werden muss (v.a. in den Bereichen Orthopädie, Augenheilkunde und Dermatologie). Im Jahr 2012 waren in den Niederlanden bereits über 300 ZBC registriert.<sup>75</sup> Die niederländischen ZBC sind von ihrer Funktion her mit den deutschen MVZ vergleichbar, mit dem Unterschied, dass in deutschen MVZ auch Hausärzte tätig sein können. Es ist davon auszugehen, dass sich die Wartezeitenproblematik in den Niederlanden<sup>76</sup> durch die Verbreitung der ZBC entspannt hat. So war laut einer Umfrage eine kurze Wartezeit ein Hauptgrund, warum sich niederländische Patienten für eine Behandlung in einem ZBC entschieden haben.<sup>77</sup>

## Schweiz

Die Unterscheidung von haus- und fachärztlicher Versorgung ist in der Schweiz und Deutschland ähnlich: Hausärztlich tätig sind in der Schweiz in erster Linie Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Kinderärzte.<sup>78</sup> Von den 17.804 Ärzten, die im Jahr 2014 im

---

<sup>68</sup> Vgl. Kringos/van Riet Paap/Boerma (2015), S. 188.

<sup>69</sup> Vgl. van Hassel/Kasteleijn/Kenens (2015), S. 5.

<sup>70</sup> Vgl. Schäfer et al. (2010), S. 18. Aus diesem Grund kann kein Verhältnis von Hausärzten zu den ambulant tätigen Fachärzten berechnet werden.

<sup>71</sup> Vgl. van den Bussche et al. (1995), S. 148

<sup>72</sup> Vgl. Schäfer et al. (2010), S. 136.

<sup>73</sup> Vgl. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2015).

<sup>74</sup> Vgl. Rijksoverheid (2015d).

<sup>75</sup> Vgl. Nederlandse Zorgautoriteit (2012), S. 7f.

<sup>76</sup> Vgl. Finkenstädt/Niehaus (2013).

<sup>77</sup> Vgl. Nederlandse Zorgautoriteit (2014a), S. 48.

<sup>78</sup> Vgl. Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit/Schweizerisches Rotes Kreuz (2011), S. 20f. Im Gegensatz zur deutschen und niederländischen Gesetzgebung werden die Begriffe „Hausarzt“ und „Facharzt“ im Gesetzestext nicht unterschieden, sondern im KVG ist nur von „Arzt/Ärztin“ die Rede. Die Bezeichnung "Hausarzt"

ambulanten Sektor tätig waren, waren 33 % (5.945) Allgemeinmediziner.<sup>79</sup> Ebenso wie in Deutschland sind Fachärzte nicht nur in Krankenhäusern tätig, sondern gleichermaßen in eigener Praxis niedergelassen. In der Schweiz existieren 44 Facharztstitel.<sup>80</sup>

Ähnlich wie die MVZ in Deutschland, haben in der Schweiz Gesundheitszentren die Funktion, verschiedene ärztliche Einrichtungen miteinander zu vernetzen. Gesundheitszentren sind ärztliche Gruppenpraxen, in denen Hausärzte, Fachärzte und oftmals auch weitere Gesundheitsberufe tätig sind. Zudem werden Dienstleistungen wie Röntgen, EKG, Ultraschall und Laboruntersuchungen angeboten.<sup>81</sup>

Ebenso wie im niederländischen Gesundheitssystem ist der schweizerische Arzt (je nach Kanton) berechtigt, Medikamente an seine Patienten direkt abzugeben und zu verrechnen („Selbstdispensation“ gemäß Art. 37 Abs. 3 KVG).<sup>82</sup> Im Jahr 2013 gab es über 5.900 praktizierende Ärzte mit Patientenapotheke. Dies entspricht einem Anteil von rund 40 % aller praktizierenden Ärzte.<sup>83</sup>

**In Deutschland und der Schweiz erfolgt die ambulante ärztliche Behandlung in erster Linie durch niedergelassene Haus- und Fachärzte. Fachärzte haben in beiden Ländern eine wichtige Position in der ambulanten ärztlichen Versorgung. In den Niederlanden sind Fachärzte fast ausschließlich an Krankenhäusern tätig. Außer in Notfällen ist immer der Hausarzt die erste Anlaufstelle für Patienten.**

---

existiert in der Schweiz vor allem im allgemeinen Sprachgebrauch (vgl. Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit (2015b)).

<sup>79</sup> Vgl. Schweizerisches Bundesamt für Statistik (2015a).

<sup>80</sup> Vgl. Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (2015).

<sup>81</sup> Vgl. comparis.ch (2015).

<sup>82</sup> In 14 Schweizer Kantonen dürfen Ärzte selbstdispensieren, in allen Westschweizer Kantonen und im Tessin nicht (vgl. Schweizerische Eidgenossenschaft (2015)). In Europa ist der Arzneimittelvertrieb durch niedergelassene Ärzte unter bestimmten Voraussetzungen – außer in der Schweiz und den Niederlanden – nur noch in Österreich und Großbritannien erlaubt. In Deutschland und den meisten romanischen und skandinavischen Ländern ist die Abgabe von Arzneimitteln durch Ärzte dagegen gesetzlich verboten (vgl. Feldmann (2007), S. 292).

<sup>83</sup> Vgl. Interpharma – Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz (2015).

### 3.3 Einbeziehung nicht-ärztlicher Mitarbeiter

Zwischen Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz bestehen Unterschiede darin, auf wen der Patient tatsächlich trifft, wenn er im Krankheitsfall ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen möchte. Diese werden im Folgenden dargestellt.

#### Deutschland

In Deutschland gilt der sogenannte „Arztvorbehalt“, d. h. Patienten behandeln und diese Leistungen abrechnen darf nur, wer eine ärztliche Berufserlaubnis und die nötigen Fachkenntnisse hat. Maßstab ist hierbei das Niveau eines Facharztes. Patienten haben also Anspruch auf eine Behandlung nach „Facharztstandard“. Der Arzt darf Leistungen, die er aufgrund der erforderlichen besonderen Fachkenntnisse nur persönlich erbringen kann, nicht delegieren. Dazu gehören insbesondere Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Diagnosestellung, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidungen über die Therapie und Durchführung invasiver Therapien und operativer Eingriffe.<sup>84</sup> Unter bestimmten Bedingungen kann ein Arzt ärztliche Aufgaben an nichtärztliche Mitarbeiter delegieren, die seiner Aufsicht und fachlichen Weisung unterstehen. Bei der Delegation bleibt die Endverantwortung beim Arzt. Bei delegierbaren Tätigkeiten ist zu unterscheiden, ob eine direkte und unmittelbare Arztpräsenz zusätzlich erforderlich ist oder nicht.<sup>85</sup>

In Deutschland haben KBV und GKV-Spitzenverband die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung vertraglich geregelt. Die Vereinbarung regelt die Anforderungen für die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und führt beispielhaft auf, bei welchen Tätigkeiten nichtärztliche Mitarbeiter ärztliche Leistungen erbringen können und welche spezifischen Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Die Mindestqualifikation eines nichtärztlichen Mitarbeiters, der ärztliche Tätigkeiten übernimmt, ist grundsätzlich die einer medizinischen Fachangestellten (MFA) – ggf. mit entsprechender Fortbildung.<sup>86</sup> MFA (vormals als Arzthelferin oder Sprechstundenhilfe bekannt) sind in deutschen Arztpraxen erster Anlaufpunkt für den Patienten. MFA assistieren dem Arzt bei Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffen, sie betreuen Patienten vor, während und nach der Behandlung (z. B. Vorbereiten des Behandlungsraums, Erläuterung ärztlicher Verschreibungen), sie führen diagnostische Maßnahmen und Laborarbeiten durch (z. B. Blut abnehmen, Elektrokardiogramme schreiben, Lungenfunktion prüfen), sie organisieren Praxisabläufe und überwachen Terminplanungen, sie führen Verwaltungsarbeiten durch, dokumentieren Be-

---

<sup>84</sup> Vgl. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008), S. 3.

<sup>85</sup> Vgl. Erdmann/Ehlers (2015).

<sup>86</sup> Vgl. Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), Stand: 1. Januar 2015.

handlungsabläufe, erfassen erbrachte Leistungen und rechnen diese ab und ermitteln den Bedarf an Material, beschaffen und verwalten es.<sup>87</sup>

Eine MFA kann sich zur „nicht-ärztlichen Praxisassistentin“ fortbilden und ihr Aufgabengebiet und ihren Handlungsspielraum erheblich erweitern.<sup>88</sup> Praxisassistentinnen sollen vor allem in Hausarztpraxen zum Einsatz kommen, die viele Patienten betreuen und Unterstützung benötigen. Der Einsatz von nichtärztlichen Praxisassistenten in Hausarztpraxen wird ab Januar 2015 bundesweit finanziell gefördert.<sup>89</sup> Nach der sogenannten Delegationsvereinbarung ist die Tätigkeit von nicht-ärztlichen Praxisassistenten auf die Versorgung von Patienten in deren häuslichem Umfeld und Alten- oder Pflegeheimen ausgerichtet. In Abstimmung mit dem Arzt versorgen sie zum Beispiel Wunden, kontrollieren Blutdruck- und Blutzuckerwerte und übernehmen die Sturzprophylaxe. Sie beurteilen das häusliche Umfeld und koordinieren die Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege oder anderen Leistungserbringern.<sup>90</sup>

Neben der „nicht-ärztlichen Praxisassistentin“ ist auch die „Versorgungsassistentin in der Praxis (VERAH)“ in hausärztlichen Praxen tätig. Der Unterschied besteht darin, dass „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“ ein Curriculum der Bundesärztekammer ist und VERAH eine Fortbildung vom Deutschen Hausärzteverband.<sup>91</sup> Während die vorgenannten Fortbildungen bundesweit gültig sind, existieren noch weitere Fortbildungskonzepte für MFA auf Länderebene.<sup>92</sup>

Der Einsatz von nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen (z. B. VERAH) ist allerdings nicht weit verbreitet. Von den Hausärzten, die Wund- und Medikamentenmanagement und/oder Hausbesuche delegieren, setzt nur ein Viertel entsprechend fortgebildetes Personal ein, bei den Fachärzten sind es sogar nur 12 % (Abbildung 1).

---

<sup>87</sup> Vgl. Verband medizinischer Fachberufe (2014), S. 3.

<sup>88</sup> In Nordrhein-Westfalen wird die Fortbildung unter dem Namen EVA (Entlastende Versorgungsassistentin) angeboten.

<sup>89</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014b).

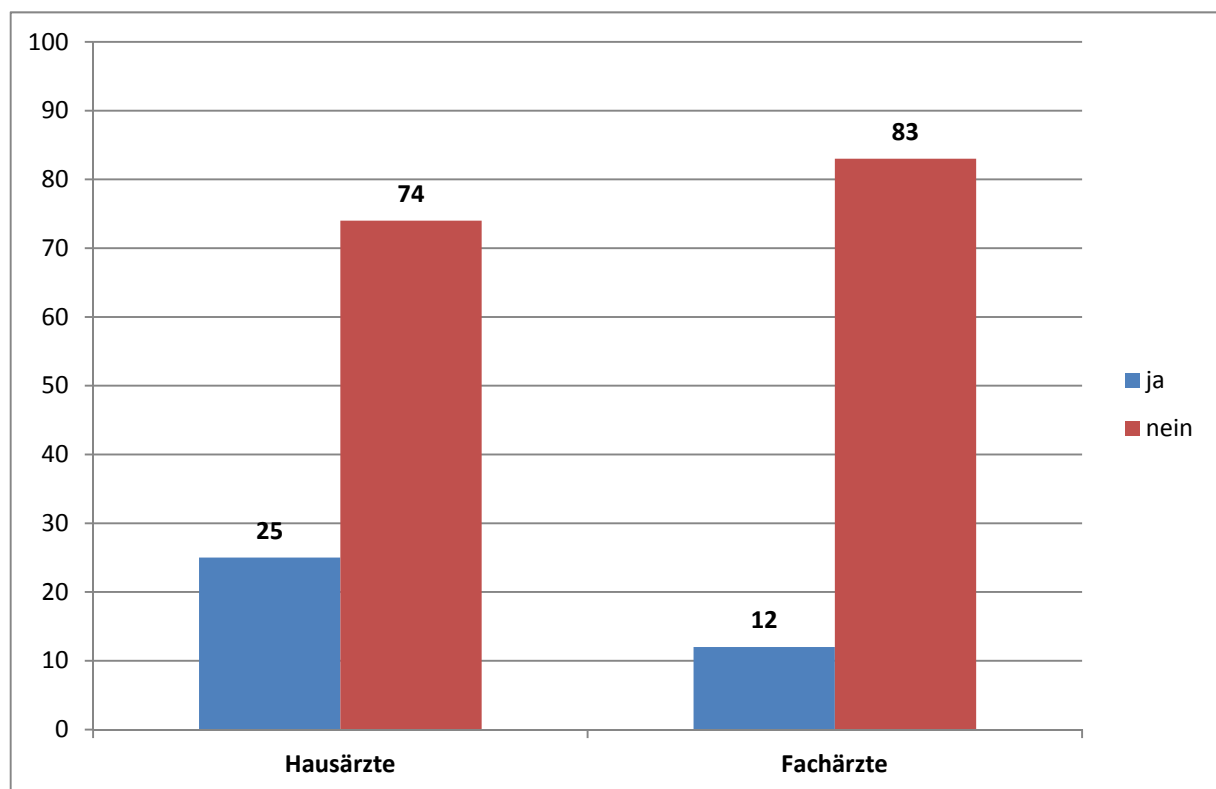
<sup>90</sup> Vgl. Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), Stand: 1. Januar 2015.

<sup>91</sup> Vgl. Ärztekammer Westfalen-Lippe (2015).

<sup>92</sup> z. B. AGnES (Mecklenburg Vorpommern) oder HELVER (Schleswig-Holstein). Alle Delegationsmodelle bilden einen wichtigen Schritt zur Professionalisierung der MFA. Das Delegationsmodell der VERAH ist am weitesten verbreitet (vgl. Mergenthal et al. 2015).



**Abbildung 1: Anteil der Haus- und Fachärzte, die für delegierte Aufgaben speziell weitergebildete Angestellte (VERAH, AGNES o. ä.) einsetzen in %**



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung/Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (2014), S. 15.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass ein Patient in Deutschland im akuten Krankheitsfall immer einen Arzt sieht, da nur dieser eine Anamnese vornehmen und die Indikation stellen darf. Bestimmte ärztliche Leistungen können nach dem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt an entsprechend qualifiziertes Personal delegiert werden. Erbringen nicht-ärztliche Mitarbeiter delegierte Leistungen, empfiehlt die Bundesärztekammer, dass sich der Arzt dennoch in Rufweite aufzuhalten hat.<sup>93</sup>

### Niederlande

In den Niederlanden spielen Pflegekräfte eine wesentliche Rolle in der ambulanten ärztlichen Versorgung. In hausärztlichen Praxen sind vor allem Arztassistentinnen (*doktorassistente* oder *praktijkassistente*) und praxisunterstützende Hausarztpraktizierende (*praktijkondersteuner huisartsenpraktijk – POH*) angestellt, die auf einem unterschiedlichen Niveau die hausärztliche Tätigkeit unterstützen.

Arztassistentinnen sind in niederländischen Hausarztpraxen immer die erste Ansprechpartnerin für den Patienten, sei es am Empfang oder am Telefon.<sup>94</sup> Sie fragt nach den Beschwerden

<sup>93</sup> Vgl. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008).

<sup>94</sup> In den rund 5.000 niederländischen Hausarztpraxen sind ca. 12.000 Arztassistentinnen tätig (vgl. van Hasel/Kasteleijn/Kenens (2015), S. 5).

und entscheidet, wie schnell der Patient eine Behandlung benötigt und von wem. In Absprache mit dem Arzt kann die Praxisassistentin den Patienten auch selbst beraten und Untersuchungen oder medizinische Behandlungen durchführen. Oftmals hat sie eine eigene Sprechstunde, um z. B. Injektionen zu geben, Ohrspülungen oder Blutzuckerkontrollen vorzunehmen oder Zervixabstriche durchzuführen. Sie übernimmt zudem die jährliche Gripeschutzimpfung. Schließlich ist die Praxisassistentin auch für administrative Aufgaben zuständig. So prüft sie u. a., ob bei Dauerverordnungen die Arzneimittel nach Absprache eingenommen wurden, erledigt die Patientenbriefe und führt die Patientenkartei. Im fachärztlichen Bereich an Krankenhäusern oder Polikliniken können Praxisassistentinnen nach ärztlicher Absprache im Rahmen ihrer Sprechstunde Augen und Ohren untersuchen oder auch Herz- und Lungenfunktionstests durchführen.<sup>95</sup> Arztassistentinnen sind grundsätzlich vergleichbar den deutschen MFA, übernehmen jedoch deutlich mehr medizinische Aufgaben, die in Deutschland unter den Arztvorbehalt fallen (z. B. Injektionen oder Zervixabstrich). Ein wesentlicher Unterschied zu deutschen Arztpraxen besteht darin, dass in den Niederlanden die Praxisassistentin entscheidet, ob ein Patient behandlungsbedürftig ist, und wenn ja, ob er vom Arzt oder von der Pflegeexpertin behandelt wird.<sup>96</sup>

Eine POH ist eine auf Bachelorniveau ausgebildete Pflegekraft, die selbstständig und selbstverantwortlich in Pflege und Behandlung arbeitet. Sie ist verantwortlich für Koordination, Kontinuität und Qualität der Versorgung. Sie schult, berät und begleitet den Patienten und seine Angehörigen und implementiert evidenzbasierte Interventionen. Darüber hinaus übernimmt sie auch eigenverantwortlich medizinische Aufgaben, führt körperliche Untersuchungen durch und verschreibt Medikamente innerhalb ihres Fachbereiches. Sie hält Sprechstunden ab und fährt ggf. auch zu Hausbesuchen.<sup>97</sup> Die POH unterstützt den Hausarzt, wird aber erst tätig, nachdem der Patient den Arzt konsultiert hat, d. h. sie übernimmt ärztliche Tätigkeiten nicht eigenständig, sondern immer in Absprache mit dem Arzt.<sup>98</sup>

Darüber hinaus gibt es noch auf Masterniveau ausgebildete Pflegeexperten (*verpleegkundig specialist*, auch im niederländischen Sprachgebrauch als *practice nurse* bezeichnet). Diese können im Unterschied zu den o. g. POH ein selbstständiges Behandlungsverhältnis mit dem Patienten eingehen. Sie ist in ihrem jeweiligen Fachgebiet eigenverantwortlich tätig und beginnt und beendet die Behandlung der Patienten eigenverantwortlich (von Anamnese, Untersuchung, Diagnostik und Diagnose bis zur Einleitung der notwendigen medizinischen Maßnahmen).<sup>99</sup> Auch die Pflegeexpertinnen halten eigene Sprechstunden in Hausarztpraxen ab. Hauptsächlich behandeln sie Erkrankungen der Haut, des Bewegungsapparates und der

---

<sup>95</sup> Vgl. Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (2014), S. 16.

<sup>96</sup> Vgl. van der Burgt et al. (2015).

<sup>97</sup> Vgl. Kalitzkus/Schluckebier/Wilm (2009).

<sup>98</sup> Vgl. van der Burgt et al. (2015).

<sup>99</sup> Vgl. Beroepsvereniging voor Verpleegkundig Specialisten (2015).

Atemwege. Von den rund 2.000 Pflegeexpertinnen, die Mitte 2013 in den Niederlanden registriert waren, waren nur rund 6 % in hausärztlichen Praxen tätig.<sup>100</sup> Aufgrund ihres hohen Qualifikationsniveaus kommen sie hauptsächlich im fachärztlichen Bereich an Krankenhäusern und Polikliniken zum Einsatz.

## **Schweiz**

Ähnlich wie in Deutschland muss auch in der Schweiz der Arzt die ärztliche Handlung persönlich ausführen. Dem steht die Beschäftigung von nicht-ärztlichen Mitarbeitern in der Praxis nicht entgegen. Der Arzt trägt jedoch die Verantwortung dafür, dass diese richtig angeleitet, gemäß seinen Fähigkeiten eingesetzt und ärztlich beaufsichtigt werden.<sup>101</sup>

Die erste Anlaufstelle in der ärztlichen Praxis ist die Medizinische Praxisassistentin (MPA). Das Tätigkeitsprofil einer schweizerischen MPA gleicht dem der deutschen MFA: Sie assistiert bei ärztlichen Verrichtungen, legt Verbände an, verabreicht Injektionen, bedient Apparate, pflegt und sterilisiert Instrumente, macht Röntgenaufnahmen und führt im Labor Blut-, Urin- und Stuhluntersuchungen durch. Dazu organisiert sie den Verlauf der Sprechstunde, bedient das Telefon und erledigt einen großen Teil der administrativen Arbeiten.<sup>102</sup> Wie in Deutschland ist MPA ein dreijähriger Ausbildungsberuf, der direkt nach Abschluss des 9. Schuljahres begonnen werden kann.<sup>103</sup>

In der Schweiz steht die weitergehende Delegation ärztlicher Tätigkeiten noch am Anfang. In Planung befindet sich die Ausbildung zur Medizinischen Praxiskoordinatorin (entweder in klinischer oder praxisleitender Richtung).<sup>104</sup> Medizinische Praxiskoordinatorinnen klinischer Richtung sollen unter der Verantwortung eines Arztes chronisch kranke Patienten betreuen. Dabei erfassen sie die aktuelle Lage des Patienten, planen gestützt auf evidenzbasierte Vorgaben die weitere Betreuung, fördern seine Selbsthilfekompetenz und die Pflegekompetenz der Angehörigen, koordinieren Leistungserbringer und erleichtern den Zugang zu den kommunalen Ressourcen.<sup>105</sup> Damit wird der Einsatz der Praxiskoordinatorin klinischer Richtung vor allem bei Hausärzten interessant. Medizinische Praxiskoordinatorinnen müssen die berufliche Grundbildung der MPA sowie eine mindestens dreijährige Berufserfahrung vorweisen.<sup>106</sup> Da die entsprechende Prüfungsordnung erst Anfang 2015 in Kraft getreten ist, gibt es aktuell noch keine medizinischen Praxiskoordinatorinnen in schweizerischen Arztpraxen.<sup>107</sup>

---

<sup>100</sup> Vgl. van der Burgt et al. (2015), S. 17.

<sup>101</sup> Vgl. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften/Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (2013), S. 35.

<sup>102</sup> Vgl. Schweizerischer Verband Medizinischer PraxisAssistentinnen (2015a).

<sup>103</sup> Vgl. Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (2015b).

<sup>104</sup> Vgl. Schweizerischer Verband Medizinischer PraxisAssistentinnen (2015b).

<sup>105</sup> Vgl. Organisation der Arbeitswelt Berufsbildung Medizinische Praxisassistentin (2015a).

<sup>106</sup> Vgl. Organisation der Arbeitswelt Berufsbildung Medizinische Praxisassistentin (2015b).

<sup>107</sup> Vgl. Organisation der Arbeitswelt Berufsbildung Medizinische Praxisassistentin (2015c).

In der Schweiz besteht zudem die Möglichkeit, auf Masterstufe zum „Advanced Nursing Practitioner (ANP)“ ausgebildet zu werden. Diese werden bisher vor allem in Universitätskliniken angestellt und sind auf die Versorgung chronisch kranker Personen geschult. Der Fokus wird auf die Krankheitsbewältigung gesetzt und wird als Ergänzung zum traditionellen medizinischen Fokus von Diagnose und Therapie betrachtet. Hochqualifizierte Pflegekräfte spielen in ambulanten ärztlichen Praxen jedoch kaum eine Rolle.<sup>108</sup>

**Während in Deutschland und der Schweiz der Arzt bei jedem Patienten über die Behandlungsnotwendigkeit entscheidet, ist dies bei niederländischen Patienten nicht immer der Fall. Hier übernehmen nicht-ärztliche Mitarbeiter oftmals die erste Beratung und Behandlung, so dass Patienten in diesen Fällen gar keinen Arztkontakt haben.**

---

<sup>108</sup> Vgl. Künzi/Detzel (2007), S. 33.

**Tabelle 3: Merkmale der ambulanten ärztlichen Versorgung**

	Deutschland	Niederlande	Schweiz
<b>Staatliche Zulassung Voraussetzung für ärztliche Tätigkeit</b>	Ja	Ja	Ja
<b>Vertragsbindung des Arztes als Voraussetzung für Abrechnung mit ges. KV</b>	Ja	Ja	Ja
<b>Verantwortung für Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung</b>	Kassenärztliche Vereinigungen	Krankenversicherer	Kantone
<b>Abrechnungsgrundlage bei gesetzlich Versicherten</b>	EBM (bundesweit)	Verschiedene Verträge (nicht landesweit)	TARMED (landesweit, aber Vergütung kantonal)
<b>Tätigkeit außerhalb des öffentlichen KV-Systems möglich?</b>	Ja	Ja	Ja
<b>Abrechnungsgrundlage außerhalb des öffentlichen KV-Systems</b>	Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Beihilfeordnungen des Bundes und der Länder	Keine, frei gestaltbar	Keine, frei gestaltbar
<b>Versicherungssystem für ärztliche Leistungen außerhalb des KV-Systems</b>	PKV (substitutive Vollversicherung und Zusatzversicherung)	Nein	Vereinzelt Zusatzversicherungen
<b>Gliederung in haus- und fachärztliche Versorgung</b>	Ja	Ja	Ja
<b>Ort der ambulanten fachärztlichen Tätigkeit</b>	Eigene Praxis	Krankenhaus oder Facharztzentren (ZBC)	Eigene Praxis
<b>Hauptform der Berufsausübung im ambulanten Bereich</b>	Haus- und Fachärzte: selbstständig	Hausärzte: selbstständig Fachärzte: Sowohl selbstständig als auch angestellt	Haus- und Fachärzte: selbstständig
<b>Anteil der Hausärzte/Allg.mediziner an den ambulant tätigen Ärzten</b>	25 %	nahezu 100 %	33 %
<b>Medikamentenabgabe durch Arzt</b>	Nein, Apothekenmonopol	Ja, durch ermächtigte Hausärzte	Ja, nach kantonaler Bewilligung
<b>Einbeziehung nicht-ärztlicher Mitarbeiter, v.a. bei chronisch kranken Patienten</b>	Eher gering	Verbreitet	Kaum vorhanden

## 4. Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung

Wie in allen OECD-Ländern ist auch in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel, Patienten Zugang zu grundlegenden Gesundheitsleistungen zu ermöglichen. Der Zugang kann durch verschiedene Aspekte beeinträchtigt werden, wie z. B. geografische Gegebenheiten, Gatekeeping, Wartezeiten oder finanzielle Hürden. Folgend wird anhand ausgewählter Indikatoren der Zugang zur ärztlichen Versorgung in den drei Vergleichsländern dargestellt.

### 4.1 Ärztedichte und regionale Verteilung

Ein wichtiges Kriterium für den Zugang zu ärztlichen Leistungen in einem Land ist die Erreichbarkeit, d. h. eine angemessene Zahl von Ärzten und deren bedarfsgerechte Verteilung.<sup>109</sup> Folgend wird die Ärztedichte im ambulanten Bereich dargestellt. Dabei wird auf die Gruppe der Hausärzte abgestellt.

Die Zahl der Hausärzte pro Einwohner in Deutschland und deren Verteilung nach Bundesland kann dem „Versorgungsatlas“ des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) entnommen werden.<sup>110</sup> Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass es sich nur um die Vertragsärzte der GKV handelt und die Anzahl der reinen Privatärzte nicht enthalten ist. Die Verteilung der niederländischen Hausärzte stammt aus den statistischen Erhebungen des „Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg – NIVEL“ an der Universität Utrecht.<sup>111</sup> Für die Schweiz wird die Hausärztedichte auf Basis der Zahl der Allgemeinmediziner und der Bevölkerung pro Kanton selbst berechnet.

Abbildung 2 zeigt die Anzahl der Hausärzte pro 100.000 Einwohner in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz.

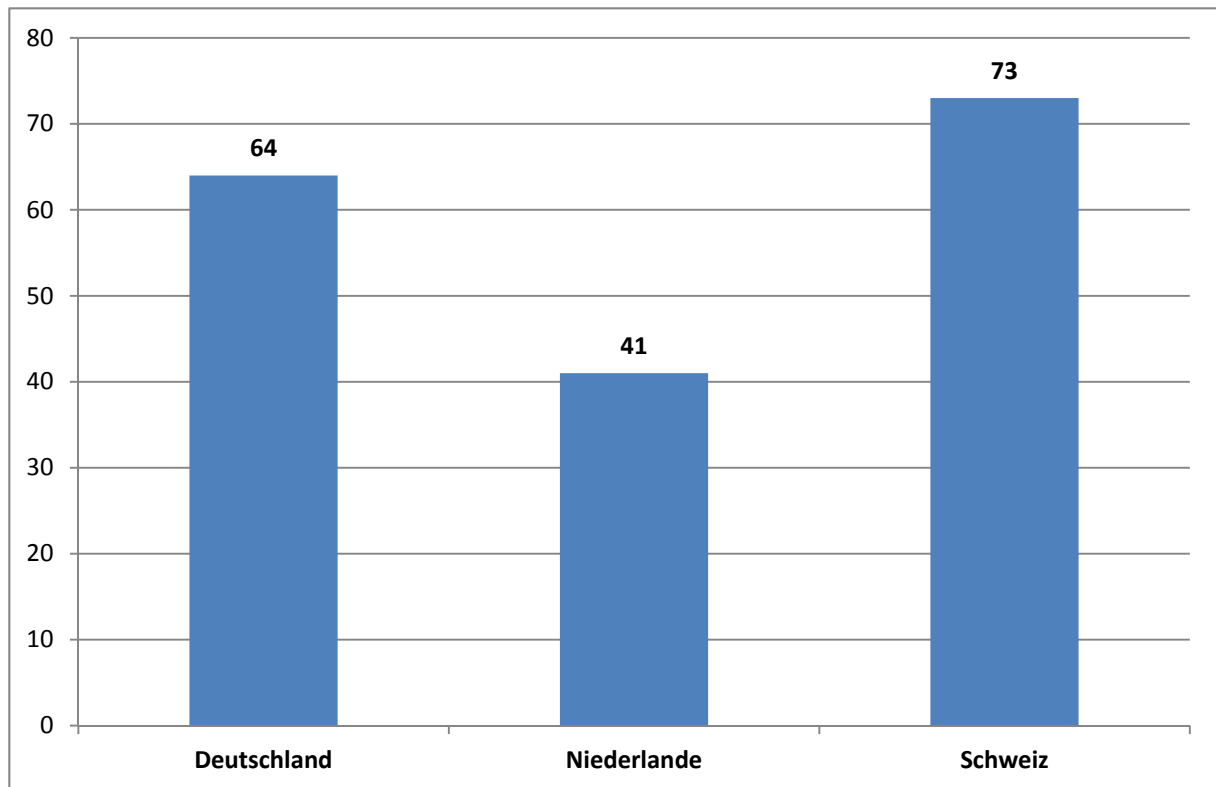
---

<sup>109</sup> Vgl. OECD (2014), S. 112.

<sup>110</sup> Vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2013).

<sup>111</sup> Vgl. van Hassel/Kasteleijn/Kenens (2015).

**Abbildung 2: Hausärzte pro 100.000 Einwohner im Jahr 2014**



Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2013); van Hassel/Kasteleijn/Kenens (2015), S. 23; eigene Berechnung auf Basis des Schweizerischen Bundesamtes für Statistik (2015a; 2015b).

Anmerkung: Deutschland = Zahl der Hausärzte mit GKV-Vertrag (Vollzeitäquivalent) (Jahr 2013); Niederlande = alle Hausärzte (Vollzeitäquivalent); Schweiz = Allgemeinmediziner.

Die Schweiz verfügt mit 73 Allgemeinmedizinern pro 100.000 Einwohner über die höchste Ärztedichte, gefolgt von Deutschland mit 64 GKV-Hausärzten pro 100.000 Einwohner. In den Niederlanden ist die Hausärztedichte deutlich geringer (41 pro 1.000 Einwohner). Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass in den Niederlanden nicht-ärztliches Gesundheitspersonal einen deutlich größeren Anteil an der hausärztlichen Versorgung der Patienten hat, als dies in Deutschland und der Schweiz der Fall ist (siehe Abschnitt 3.3).

Da die Länderwerte aus unterschiedlichen Quellen stammen, muss bei einem Vergleich Folgendes beachtet werden:

- In Deutschland werden als Hausärzte Ärzte der Fachrichtung Allgemeinmedizin/Praktischer Arzt sowie hausärztlich tätige Internisten gezählt,<sup>112</sup> in der Schweiz nur Allgemeinmediziner.
- Bei den Werten aus Deutschland und den Niederlanden handelt es sich um Vollzeitäquivalente, bei der Schweiz werden alle Ärzte gezählt.

<sup>112</sup> Vgl. Mangiapane/von Stillfried (2012).

Allerdings ist nicht nur die Ärztedichte pro Einwohner im nationalen Durchschnitt von Bedeutung, sondern auch die Verfügbarkeit hausärztlicher Leistungen am jeweiligen Wohnort des Patienten. Besteht in einem geografischen Raum Ärztemangel, so kann dies längere Anfahrten für die Patienten und höhere Patientenzahlen für den einzelnen Arzt zur Folge haben, wodurch sich die Wartezeiten bis zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erhöhen könnten.<sup>113</sup>

In allen OECD-Staaten ist die Anzahl der Ärzte pro Einwohner nicht gleichmäßig über ein Land verteilt. Insbesondere in urbanen Gebieten ist die Ärztedichte höher als auf dem Land.<sup>114</sup> Das Ausmaß der Ungleichverteilung unterscheidet sich jedoch zwischen den einzelnen Ländern. Für die vergleichende Darstellung der Verteilung wird auf die regionale Einteilung gemäß "Nomenclature des Unités territoriales statistiques – NUTS" laut Eurostat zurückgegriffen. Diese Klassifikation der Gebietseinheiten für die Statistik ist eine geografische Systematik, die einen grenzüberschreitenden statistischen Vergleich von EU-Regionen ermöglicht.<sup>115,116</sup> Zur Anzahl der ambulant tätigen Ärzte auf regionaler Ebene existieren keine Daten aus internationalen Statistiken wie z. B. Eurostat. Es wird daher folgend auf nationale Statistiken zurückgegriffen.

## **Deutschland**

Abbildung 3 zeigt die Anzahl der Hausärzte pro 100.000 Einwohner je Bundesland. Die Verteilung ist relativ gleichmäßig, wobei in Bayern mit fast 70 Hausärzten pro 100.000 Einwohner die Hausärztdichte am höchsten ist und in Nordrhein-Westfalen mit rund 60 Hausärzten pro 100.000 Einwohner am niedrigsten. Der Bundesdurchschnitt liegt bei 63,9 Hausärzten pro 100.000 Einwohner.<sup>117</sup>

---

<sup>113</sup> Vgl. OECD (2014), S. 112.

<sup>114</sup> Vgl. Ono/Schoenstein/Buchan (2014), S. 12.

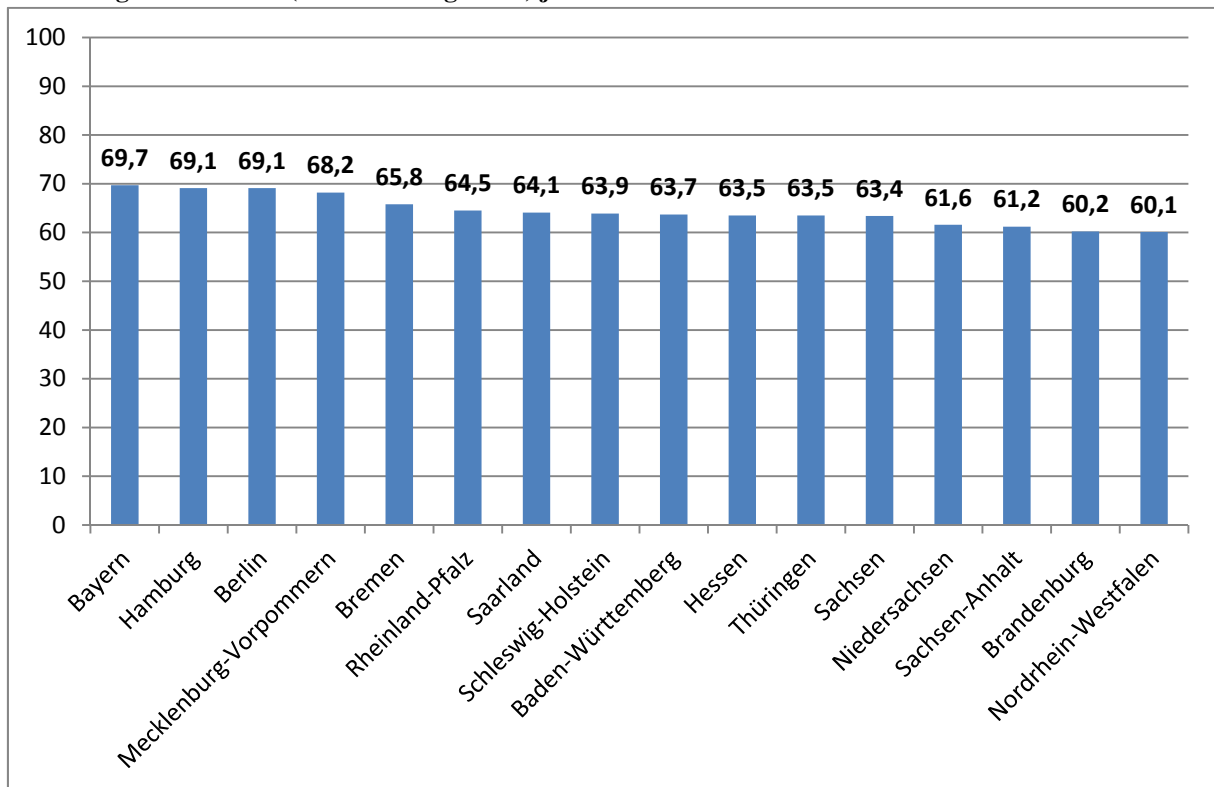
<sup>115</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2015).

<sup>116</sup> Für einen Vergleich wird auf die Ebene „NUTS 2“ abgestellt, bei denen es sich um Basisregionen für regionalpolitische Maßnahmen handelt. Dies sind die 38 deutschen Regierungsbezirke, die 12 niederländischen Provinzen und die sieben schweizerischen Großregionen (vgl. Eurostat (2015k)). Die Schweizer Großregionen sind keine echten institutionellen Einheiten, sondern wurden auf Basis der Kantone geschaffen, um für regionale und internationale Vergleiche dienen (z. B. NUTS). Da für die deutschen Regierungsbezirke keine Daten zur ärztlichen Versorgung vorliegen, wird auf die Ebene der Bundesländer abgestellt (NUTS 1-Ebene).

<sup>117</sup> Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahr 2012 hat zu einer bedarfsgerechteren Verteilung der Hausärzte geführt (vgl. Albrecht/Etgeton/Ochmann (2014), S. 19).



**Abbildung 3: Hausärzte (GKV-Vertragsärzte) je 100.000 Einwohner am 31.12.2013**

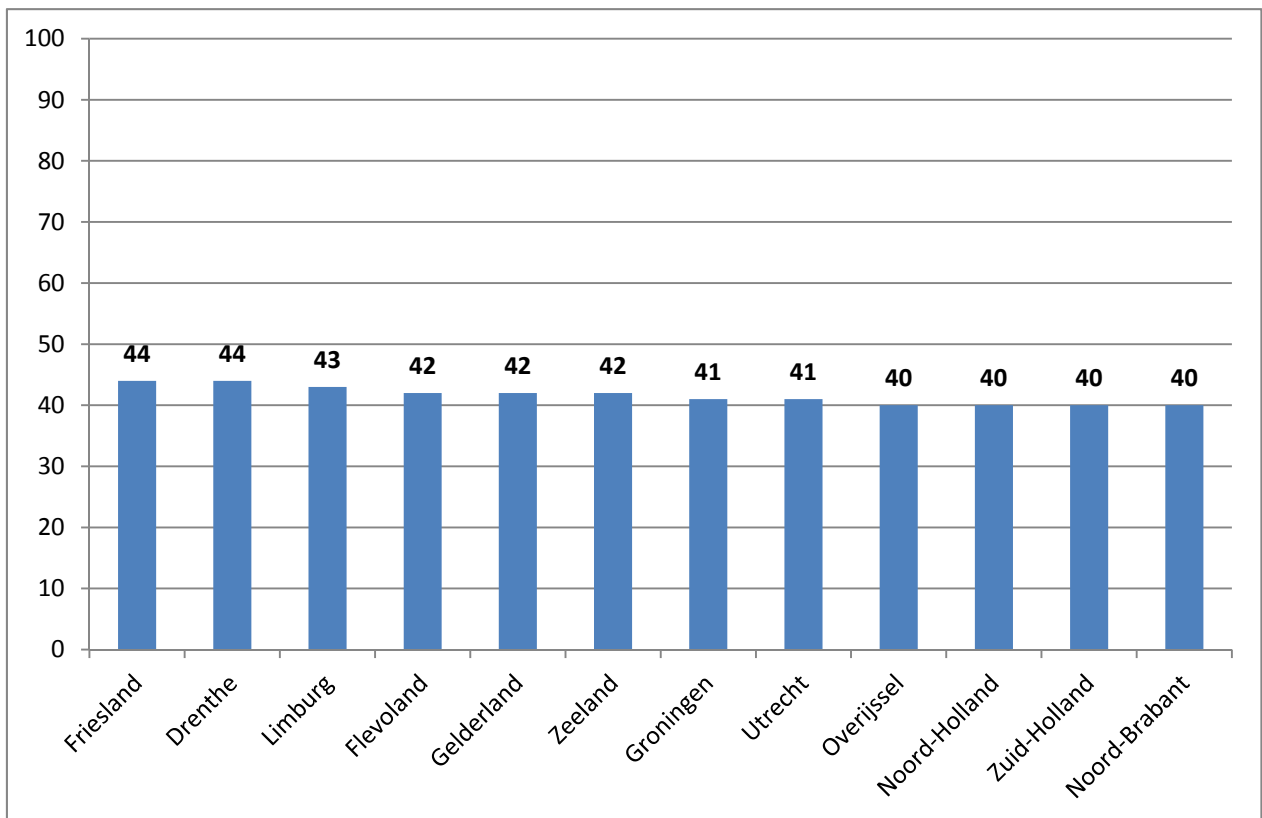


Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2013).

## **Niederlande**

Abbildung 4 zeigt die relativ gleichmäßige Verteilung der Hausärzte über die einzelnen niederländischen Provinzen. Die Hausärztedichte ist jedoch in allen Provinzen geringer als in Deutschland.

**Abbildung 4: Anzahl der Hausärzte (Vollzeitäquivalent) pro 100.000 Einwohner nach Provinzen am 01.01.2014**

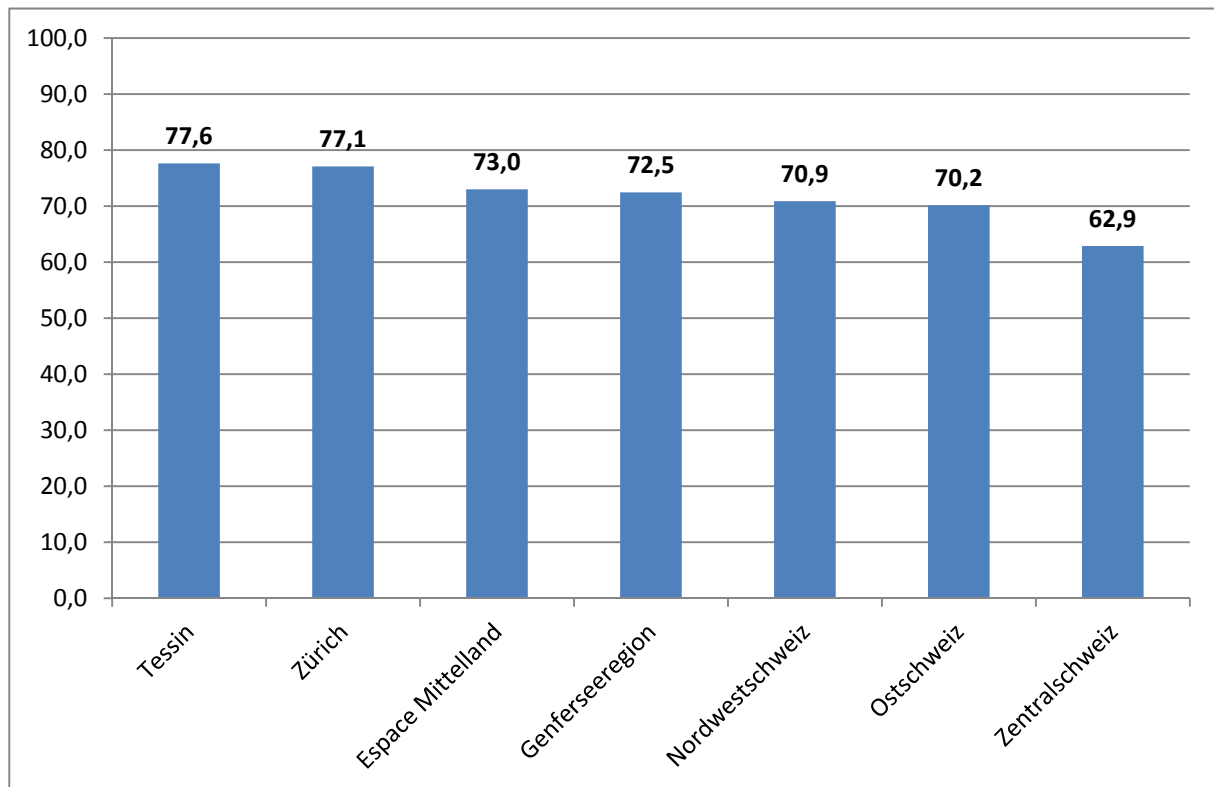


Quelle: van Hassel/Kasteleijn/Kenens (2015), S. 23.

### **Schweiz**

Die Zahl der Allgemeinmediziner in der Schweiz ist etwas unterschiedlicher verteilt als in Deutschland und den Niederlanden (Abbildung 5). Tessin hat die höchste Dichte mit rund 78 Allgemeinmedizinern pro 100.000 Einwohner, während die Zentralschweiz die Großregion mit der geringsten Dichte ist (63 Allgemeinmediziner pro 100.000 Einwohner).

Abbildung 5: Anzahl der Allgemeinmediziner pro 100.000 Einwohner nach Großregion im Jahr 2014



Quelle: Eigene Berechnung auf Basis des Schweizerischen Bundesamtes für Statistik (2015a; 2015b).

Die unterschiedliche Verteilung kann damit begründet werden, dass in der Schweiz kein formelles Zulassungsverfahren zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung existiert und somit die Niederlassungsfreiheit gleichbedeutend mit der Kassenzulassung ist (siehe Abschnitt 3.1). Wer sich dagegen in Deutschland als Arzt niederlassen möchte, braucht dafür eine Zulassung als Vertragsarzt von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Die damit verbundene Bedarfsplanung soll einen gleichmäßigeren Zugang zur ambulanten Versorgung ermöglichen und flexibler auf besondere Versorgungsprobleme im ländlichen Raum reagieren können (siehe Abschnitt 3.1).

**In den Niederlanden ist die Zahl der Hausärzte pro Einwohner im nationalen Durchschnitt deutlich geringer als in Deutschland und der Schweiz. Im Vergleich zur Schweiz ist die geografische Verteilung der Hausärzte in den Niederlanden und in Deutschland etwas gleichmäßiger, was einen guten Zugang der Patienten sicherstellt.**

## 4.2 Gatekeeping, Hausarztmodelle und freie Arztwahl

Neben der Ärztedichte sind die freie Arztwahl durch den Patienten und der direkte Zugang zum Facharzt wesentliche Zugangsmerkmale. Letzteres wird in vielen Ländern durch ein sogenanntes „Gatekeeping“ des Hausarztes eingeschränkt.

### Deutschland

In Deutschland können die Versicherten der GKV ihren behandelnden Arzt (sei es der Haus- oder Facharzt) grundsätzlich frei wählen. Es gilt lediglich die Vorgabe, dass der Arzt an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, das heißt, dass er über eine Zulassung verfügt (§ 76 SGB V). In der PKV existiert dagegen die uneingeschränkt freie Wahl des Arztes, es sei denn, dies ist im individuellen Tarif anders vorgesehen.<sup>118</sup>

Patienten können einen niedergelassenen Facharzt ihrer Wahl direkt (d. h. ohne hausärztliche Überweisung) aufsuchen.<sup>119</sup> Der direkte Zugang zum Facharzt ist ein wesentliches Merkmal des deutschen Gesundheitssystems. Nach Auffassung des BMG soll der Hausarzt jedoch die erste Anlaufstation sein und als "Lotse" die gesamte Behandlung koordinieren.<sup>120</sup> § 76 Abs. 3 SGB V enthält den Appell an die Versicherten, einen Hausarzt zu wählen. Zudem sind die Krankenkassen nach § 73b Abs. 1 SGB V verpflichtet, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung (HzV) anzubieten. Die Wahl eines Hausarztes bzw. die Teilnahme an der HzV geschieht jedoch auf rein freiwilliger Basis. Die Krankenkassen haben keine rechtliche Möglichkeit, ihren Versicherten die Wahl eines Hausarztes vorzuschreiben. In Deutschland waren Ende 2014 nur rund 5 % der gesetzlich Versicherten in ein HzV-Programm eingeschrieben.<sup>121</sup>

Die aktuelle Versichertenumfrage 2015 der KBV ergab, dass die Deutschen einen Facharzt meist aus eigener Veranlassung aufsuchen: 64 % aller Befragten sind zuletzt von sich aus ohne Überweisung zum Facharzt gegangen, 35 % hatten für diesen Besuch einen Überweisungsschein. Ausgestellt wurde dieser mit 85 % in den allermeisten Fällen vom Hausarzt, 12 % wurden von einem anderen Spezialisten überwiesen und bei 3 % war der Auslöser für die Überweisung ein Krankenhaus bzw. ein dort tätiger Mediziner.<sup>122</sup>

Eine Versichertenumfrage der BarmerGEK aus dem Jahr 2013 verdeutlicht die Bedeutung der fachärztlichen Versorgung in Deutschland: 52 % der Befragten haben seit Jahresbeginn einen

---

<sup>118</sup> Privatversicherte können eine hausarztzentrierte Versorgung individuell im jeweiligen Krankenversicherungsvertrag vereinbaren, um Beiträge zu sparen.

<sup>119</sup> Nur bei der ambulanten Versorgung in einem Krankenhaus wird eine Überweisung benötigt.

<sup>120</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2015d).

<sup>121</sup> Vgl. BT-Drucksache 18/5164 vom 12.06.2015, S. 6.

<sup>122</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015b), S. 9.

Facharzt aufgesucht (mit oder ohne Überweisung). Der Anteil der Befragten, die einen Facharzt aufgesucht haben, ist bei älteren Menschen (über 65 Jahre) deutlich höher (68 %).<sup>123</sup>

## Niederlande

In den Niederlanden sind alle Versicherten bei einem Hausarzt registriert. Der Hausarzt hat im Gesundheitssystem die Funktion eines „Gatekeepers“, d. h., er allein entscheidet über den Zugang zur fachärztlichen oder stationären Versorgung. Dies ist in Art. 14 ZVW festgelegt. Auch der Zugang zu fachärztlichen Spezialzentren (siehe Abschnitt 3.2) besteht nur mit einer hausärztlichen Überweisung. Ohne hausärztliche Überweisung können lediglich Heilmittelerbringer (Physio-/Bewegungstherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Podologen), Diätassistenten, Dentalhygieniker und Hauttherapeuten<sup>124</sup> direkt aufgesucht werden.<sup>125</sup> Eine Überweisung hat grundsätzlich kein „Verfallsdatum“, d. h. solange sich der Patient wegen einer bestimmten Erkrankung in fachärztlicher Behandlung befindet (d. h. auch wenn der Facharzt den Patienten deswegen regelmäßig einbestellt), ist keine neue Überweisung erforderlich.<sup>126</sup>

Im Unterschied zu Deutschland und der Schweiz übernehmen in den Niederlanden hausärztliche Praxen den Großteil der gesundheitlichen Versorgung. Die zentrale Stellung des Hausarztes in der ärztlichen Versorgung wird daran deutlich, dass in nur 4 % der Arztkontakte eine Überweisung zu einem anderen Leistungserbringer ausgestellt wird.<sup>127</sup> Werden nur die neuen Überweisungen zu Fachärzten betrachtet, so reduziert sich der Anteil auf 2,5 % der Arztkontakte.<sup>128</sup> Da bei den Arztkontakten ein Patient mehrfach gezählt wird, ist ergänzend das Ergebnis einer Patientenumfrage des Jahres 2013 interessant: 38 % der Befragten, die im Berichtsjahr Kontakt zu einem Leistungserbringer hatten, gaben an, dass sie einen Facharzt aufgesucht haben. Einen Hausarzt nahmen dagegen 72 % der Patienten in Anspruch.<sup>129</sup>

Es besteht theoretisch die Möglichkeit, den Hausarzt (wie auch den Facharzt) frei zu wählen, in der Praxis sind hier jedoch Einschränkungen zu beobachten. Ein Beispiel hierfür ist eine Vereinbarung der Hausärzte in Utrecht, wonach sich ein Patient nur bei einem Hausarzt seines eigenen Wohnbezirks registrieren lassen kann. Zudem sind in einigen niederländischen Gegenden so wenige Hausärzte tätig, dass Patienten Schwierigkeiten haben, überhaupt einen Arzt zu finden, bei dem sie sich registrieren können.<sup>130</sup> Dieses Problem wird dadurch verstärkt, dass Hausärzte Patienten ablehnen können. Dies kann damit begründet werden, dass

---

<sup>123</sup> Vgl. BARMER GEK (2013), S. 3.

<sup>124</sup> Bei einem Hauttherapeuten (*huidtherapeut*) handelt es sich in den Niederlanden um einen eigenständigen Beruf, der nicht mit einem Hautarzt zu verwechseln ist ([www.huidtherapie.nl](http://www.huidtherapie.nl)).

<sup>125</sup> Vgl. Rijksoverheid (2015e).

<sup>126</sup> Vgl. Nederlandse Zorgautoriteit (2014b).

<sup>127</sup> Vgl. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2015).

<sup>128</sup> Vgl. Cardol et al. (2004), S. 83.

<sup>129</sup> Vgl. Centraal Bureau voor de Statistiek (2014), S. 101.

<sup>130</sup> Vgl. Schäfer et al. (2010), S. 37f.

der Patient zu weit von der Praxis entfernt wohnt oder dass schon zu viele Patienten bei diesem Hausarzt registriert sind.<sup>131</sup>

## **Schweiz**

In der Schweiz können die Versicherten für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Ärzten frei wählen. Allerdings übernimmt die Krankenkasse die Kosten höchstens nach dem Tarif, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt (Art. 41 Abs. 1 KVG).<sup>132</sup> Fährt der Patient ohne medizinische Gründe für eine ambulante Behandlung zu weit von seinem Wohnort weg, muss er die Tariffdifferenz zwischen Behandlungs- und Wohnort bezahlen. Für die Frage, was zu weit weg ist, gilt bei ambulanten Behandlungen nicht die Kantonsgrenze, sondern ein spezieller Umgebungsbegriff. Die maßgebliche Umgebung ist grösser oder kleiner je nach Anzahl der ambulanten Leistungserbringer im Fachgebiet.<sup>133</sup> Das heißt, es besteht ein klarer finanzieller Anreiz, keine Ärzte außerhalb der Wohn- oder Arbeitsumgebung aufzusuchen. Die Wahlfreiheit des Patienten wird somit faktisch eingeschränkt.

In der Schweiz erfolgen 90 % aller medizinischen Behandlungen durch Haus- und Kinderärzte ohne Überweisung oder weiterführende Untersuchung.<sup>134</sup> Im Unterschied zu den Niederlanden sind die Schweizer jedoch nicht verpflichtet, sich immer zuerst an einen Hausarzt zu wenden. Das heißt, die vorgenannte Prozentzahl schließt alle Patienten aus, die direkt einen Facharzt aufgesucht haben. Eine Versichertenbefragung aus dem Jahr 2012 ergab, dass 66,5 % der Befragten im vergangenen Jahr einen Hausarzt und 36,1 % einen Facharzt aufgesucht haben.<sup>135</sup>

In der Schweiz gibt es keine gesetzliche Verpflichtung, einen festen Hausarzt zu wählen. Im Gegensatz zu Deutschland sind Hausarztmodelle schon seit vielen Jahren etabliert. Ein Hausarztzentrum ist ein regionaler Zusammenschluss von frei praktizierenden Allgemeinärzten. Versicherte können einen dieser Ärzte als Hausarzt wählen und verzichten damit auf die freie Arztwahl. Damit geht die Verpflichtung einher, immer zuerst den jeweiligen Hausarzt zu konsultieren. Dieser ist erster Ansprechpartner und Koordinator für alle medizinischen Belange (außer in Notfällen) und entscheidet, ob er die Behandlung selbst durchführen kann oder ob es nötig ist, einen Spezialarzt hinzuzuziehen.<sup>136</sup> Im Jahr 2013 waren über 34 % der erwachsenen Schweizer in einem Hausarzt-Modell eingeschrieben.<sup>137</sup>

---

<sup>131</sup> Vgl. Rijksoverheid (2015f).

<sup>132</sup> Eine Ausnahme von diesem Grundsatz besteht nur dann, wenn ein medizinischer Notfall vorliegt oder wenn die benötigte ärztliche Leistung im eigenen Kanton nicht angeboten wird (Art. 41 Abs. 2 KVG).

<sup>133</sup> Vgl. Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (2015c), S. 57.

<sup>134</sup> Vgl. Berufsverband der Haus- und Kinderärzte Schweiz (2015).

<sup>135</sup> Vgl. Schweizerisches Bundesamt für Statistik (2015c).

<sup>136</sup> Vgl. santésuisse (2015).

<sup>137</sup> Vgl. Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit (2013c).

**In allen drei Ländern gilt sowohl für die hausärztliche als auch für die fachärztliche Versorgung die freie Arztwahl. Das heißt, alle Patienten können im ambulanten Bereich einen behandelnden Arzt ihres Vertrauens aufsuchen. In Deutschland und der Schweiz können sich Patienten direkt an einen niedergelassenen Facharzt wenden. Dies ist in den Niederlanden dagegen nur mit hausärztlicher Überweisung möglich.**

### 4.3 Wartezeiten

Wartezeiten sind eine für den Patienten unmittelbar spürbare Zugangsbarriere zur ärztlichen Versorgung. Dieses Thema war bereits vielfach Gegenstand wissenschaftlicher Publikationen – sei es auf nationaler Ebene oder im internationalen Vergleich.<sup>138</sup> Die OECD-Länder gehen unterschiedlich mit Wartezeiten um. In einigen Ländern existieren transparente Wartelisten, Wartezeiten werden offiziell erfasst und Angaben darüber auch veröffentlicht (z. B. Niederlande). Andere Länder führen zwar offizielle Wartelisten, veröffentlichen aber keine Angaben darüber und ein Teil der Länder erfasst Wartezeiten gar nicht und veröffentlicht auch keine entsprechenden Daten (z. B. Deutschland, Schweiz).<sup>139</sup>

Da in Deutschland und der Schweiz keine offiziellen Wartelisten oder Statistiken über Wartezeiten geführt werden, ist ein Vergleich von Wartezeiten auf dieser Basis nicht möglich. Alternativ können Ergebnisse aus Bevölkerungsumfragen herangezogen werden. Die wohl am häufigsten zitierte und auch in der OECD-Gesundheitsstatistik verwendete Umfrage stammt vom Commonwealth Fund. Der verwendete einheitliche Fragenkatalog bietet die Möglichkeit einer Erhebung von Wartezeiten in den unterschiedlichen Ländern nach grundsätzlich gleichen Kriterien. Problematisch ist trotzdem eine gewisse Subjektivität, da sich die Ergebnisse auf die von den Teilnehmern selbsteingeschätzte Wartezeit beziehen.<sup>140</sup>

In der Umfrage des Jahres 2013 wurde auch auf den Zugang zur sogenannten Grundversorgung („primary care“) abgestellt. Hier äußerten 76 % der befragten Deutschen, 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. Die Niederlande liegen mit 63 % auf Platz drei.<sup>141</sup> 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 hiermit wieder auf Platz 1. Die Niederlande liegen mit 84 % auf Platz 2 und die Schweizer mit 82 % auf Platz 3.

---

<sup>138</sup> Vgl. zum Beispiel Siciliani/Borowitz/Moran (2013).

<sup>139</sup> Vgl. Finkenstädt/Niehaus (2013), S. 17.

<sup>140</sup> Vgl. OECD (2011), S. 144.

<sup>141</sup> Für die Schweiz liegt für diese Frage kein Wert vor.

Auch die Wartezeiten auf einen Termin beim Facharzt wurden abgefragt. Hier waren die Wartezeiten in allen drei hier untersuchten Länder relativ kurz: 80 % der Schweizer warteten weniger als vier Wochen und liegen auf Platz eins. In den Niederlanden gaben 75 % der Befragten an, weniger als vier Wochen auf einen Facharzttermin zu warten, während es in Deutschland 72 % waren.<sup>142</sup> Das Ergebnis ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass in den Niederlanden ein strenges Gatekeeping-System existiert und nur ein sehr kleiner Anteil der Patienten vom Hausarzt an einen Facharzt überwiesen wird. In Deutschland kann dagegen jeder Patient einen Facharzt direkt aufsuchen (siehe Abschnitt 3.2). In diesem Kontext sind die deutschen Wartezeiten als sehr gering zu bewerten.

**In Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung – insbesondere durch Hausärzte – sind Wartezeiten in keinem der drei Vergleichsländer problematisch. Nach Umfragen belegt Deutschland beim zeitnahen Zugang zur hausärztlichen Versorgung jedoch den Spitzenplatz.**

#### 4.4 Zuzahlungen

Zuzahlungen im Gesundheitssystem sind der finanzielle Anteil, den der Patient im Krankheitsfall selbst zu tragen hat. Vor allem für einkommensschwache Patienten können Zuzahlungen eine Zugangshürde zur medizinischen Versorgung darstellen.

##### Deutschland

Die sonst im GKV-System üblichen obligatorischen Zuzahlungen müssen bei einem Hausarzt- oder Facharztbesuch nicht entrichtet werden. Seitdem die Praxisgebühr i.H.v. 10 Euro pro Quartal ab 2013 abgeschafft wurde, besteht ein unentgeltlicher Zugang. In der PKV können tarifabhängige Selbstbehalte zum Tragen kommen.

##### Niederlande

In den Niederlanden gibt es einen leistungsunabhängigen obligatorischen Selbstbehalt. Dieser beträgt im Jahr 2015 für alle Personen ab 18 Jahre 375 Euro jährlich. Der Selbstbehalt kann vom Versicherten freiwillig um 100, 200, 300, 400 oder maximal 500 Euro erhöht werden, um Beiträge zu sparen.<sup>143</sup> Die hausärztliche Versorgung ist jedoch vom Selbstbehalt ausgenommen.<sup>144</sup>

---

<sup>142</sup> Vgl. Schoen et al. (2013).

<sup>143</sup> Vgl. Rijksoverheid (2015g).

<sup>144</sup> Vgl. Rijksoverheid (2015h).



## Schweiz

Im Unterschied zu Deutschland finanzieren die Patienten in der Schweiz einen relativ hohen Anteil der Gesundheitsleistungen aus eigener Tasche. Es gibt jedoch keine expliziten Zuzahlungen für Arztbesuche, sondern einen leistungsunabhängigen Selbstbehalt (Franchise) kombiniert mit prozentualen Zuzahlungen (ähnlich der Selbstbehaltsregelungen in der deutschen PKV). Die jährliche Franchise beläuft sich auf einmalig 300 CHF (ca. 276 Euro) pro Jahr. Sie kann freiwillig auf bis zu 2.500 CHF (2.301 Euro) erhöht werden, um Prämien zu sparen. Ist die Franchise ausgeschöpft, kommt der Selbstbehalt zum Tragen. Dieser beträgt 10 % der Kosten bis max. 700 CHF (ca. 645 Euro) im Jahr. Die Obergrenze für Jahresfranchise (mindestens 300 CHF) plus Selbstbehalt (maximal 700 CHF) liegt somit bei 1.000 CHF (ca. 921 Euro).<sup>145</sup> Der Versicherte muss also zunächst 1.000 CHF aus eigener Tasche finanzieren, bevor die Krankenversicherung zahlt. Durch Erhöhung der Franchise kann dieser Betrag vom Versicherten auf maximal 3.200 CHF (2.946 Euro) ausgeweitet werden.

**In der hausärztlichen Versorgung spielen Zuzahlungen weder in Deutschland noch in den Niederlanden eine Rolle. In Deutschland muss der Patient auch bei Facharztbesuchen keinen Eigenanteil zahlen, was in den Niederlanden bei den meisten Fachärzten der Fall ist. Für Schweizer Patienten können Zuzahlungen dagegen eine Zugangshürde darstellen, da durch die obligatorischen Selbstbehalte ein relativ hoher Anteil aus eigener Tasche finanziert werden muss.**

---

<sup>145</sup> Vgl. Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit (2015c); Wechselkurs am 30.10.2015.

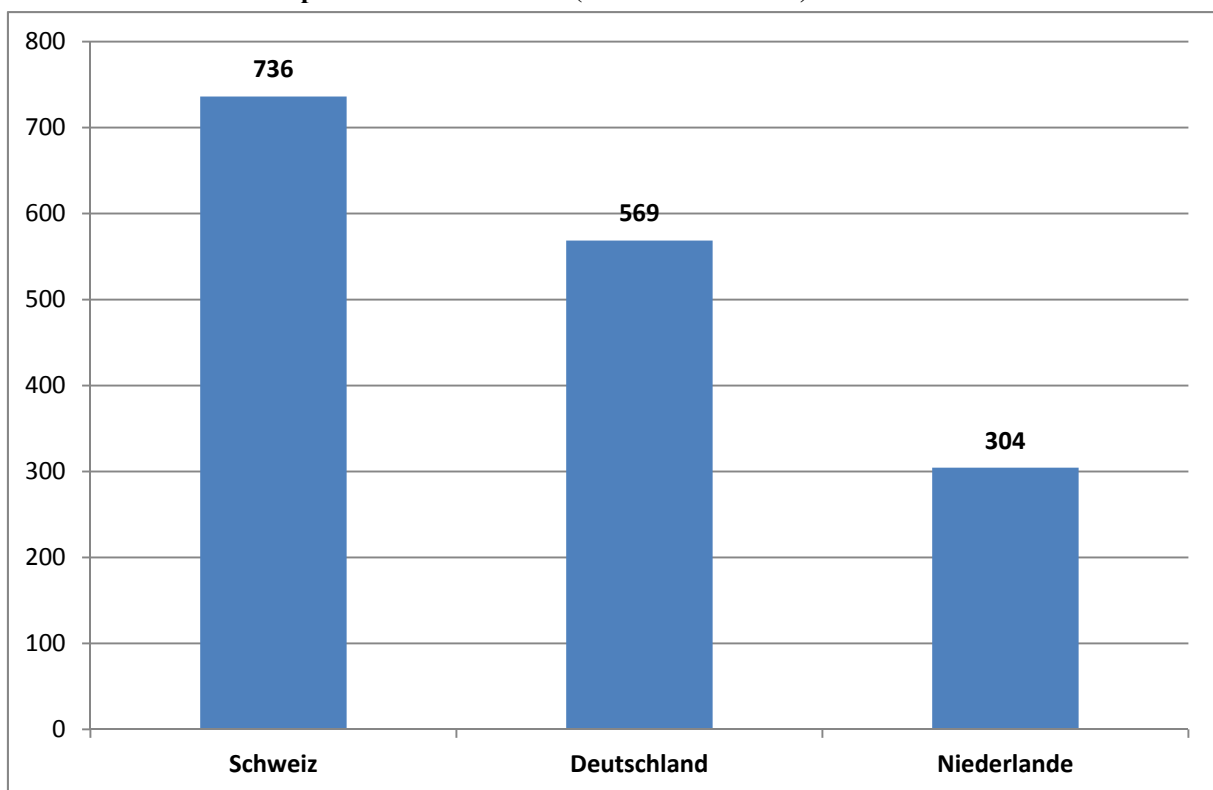
**Tabelle 4: Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung**

	Deutschland	Niederlande	Schweiz
<b>Hausärztedichte pro 100.000 Einwohner (2013)</b>	64	41	73
<b>Regionale Verteilung der Hausärzte pro 100.000 Einwohner</b>	60 – 70 (Basis: Bundesländer)	40 – 44 (Basis: Provinzen)	63 – 78 (Basis: Großregionen)
<b>Direkter Zugang zum Facharzt</b>	Ja (Entscheidung für Hausarztmodell freiwillig)	Nein, Gatekeeping durch Hausarzt	Ja (Entscheidung für Hausarztmodell freiwillig)
<b>Freie Wahl des Haus- oder Facharztes</b>	Ja	Ja	Ja
<b>Zuzahlung beim Hausarzt</b>	Nein	Nein	Franchise: 300 CHF pro Jahr; Selbstbehalt: 10 % der Kosten, die Franchise übersteigen bis max. 700 CHF
<b>Zuzahlung beim Facharzt</b>	Nein	Selbstbehalt: 375 Euro pro Jahr	s.o.

## 5. Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung und Inanspruchnahme

Die Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz wurden der Datenbank des Statistischen Amtes der Europäischen Union (Eurostat) entnommen. Die folgende Abbildung zeigt die öffentlichen und privaten Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung in den drei Vergleichsländern. Enthalten sind Ausgaben für Behandlungen in Arztpraxen und ambulanten ärztlichen Zentren (d. h. ohne zahnärztliche Behandlung und medizinische Diagnostik in Laboren).<sup>146</sup>

**Abbildung 6: Laufende Ausgaben (öffentlich und privat) für die ambulante Versorgung in Arztpraxen und ambulanten Zentren pro Einwohner in Euro (Kaufkraftstandard) im Jahr 2012**



Quelle: Eurostat (2015h).

Unter Berücksichtigung des Preisniveaus sind die Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung in der Schweiz mit 736 Euro (KKS) pro Einwohner um fast 30 % höher als die deutschen (569 Euro (KKS)). Die niederländischen Ausgaben sind mit 304 Euro (KKS) dagegen rund 47 % geringer.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass Gesundheitsausgaben altersabhängig und die o. g. Eurostat-Werte nicht altersstandardisiert sind. Das Bevölkerungsalter ist somit ein Confounder

<sup>146</sup> Die Ausgaben werden in Kaufkraftstandards (KKS) angegeben, um die Kaufkraftunterschiede zwischen den Ländern auszugleichen. Ein KKS entspricht dabei der durchschnittlichen Kaufkraft eines Euro in der Europäischen Union.

(eine „Störgröße“), die die Wahrscheinlichkeit der Leistungsanspruchnahme und damit die Höhe der Gesundheitsausgaben beeinflusst.<sup>147</sup> Die schweizerische und die niederländische Bevölkerung ist jünger als die deutsche (siehe Abschnitt 2.1). Es ist davon auszugehen, dass die Gesundheitsausgaben in der Schweiz und in den Niederlanden höher wären, hätten diese Länder das deutsche Bevölkerungsprofil. Somit würde sich der Abstand der schweizerischen Gesundheitsausgaben zu den deutschen tendenziell vergrößern und der Abstand der niederländischen Ausgaben zu den deutschen verringern.

Der Anteil der ambulanten ärztlichen Versorgung an den gesamten laufenden Gesundheitsausgaben (KKS) unterscheidet sich im Ländervergleich. Während auf die ärztliche Behandlung in ambulanten Praxen und Zentren im Jahr 2012 in der Schweiz 17,3 % und in Deutschland 16,1 % der gesamten Gesundheitsausgaben entfielen, waren es in den Niederlanden nur 8,0 %.<sup>148</sup>

Dieser vergleichsweise geringe Anteil sowie die geringen Ausgaben in den Niederlanden lassen sich u. a. durch zwei Merkmale des niederländischen Gesundheitssystems erklären: Zum einen sind in den Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung die Ausgaben für Fachärzte nicht enthalten, da diese fast ausschließlich in Krankenhäusern arbeiten. Zum anderen sind Ausgaben für nicht-ärztliches Gesundheitspersonal nicht erfasst, das eine wesentliche Rolle in der ambulanten Versorgung übernimmt (näher dazu: Abschnitte 3.2 und 3.3). Bei den relativ hohen schweizerischen Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen ist zu beachten, dass in den Wert auch die hohen privaten Zuzahlungen einfließen (siehe Abschnitt 4.4).

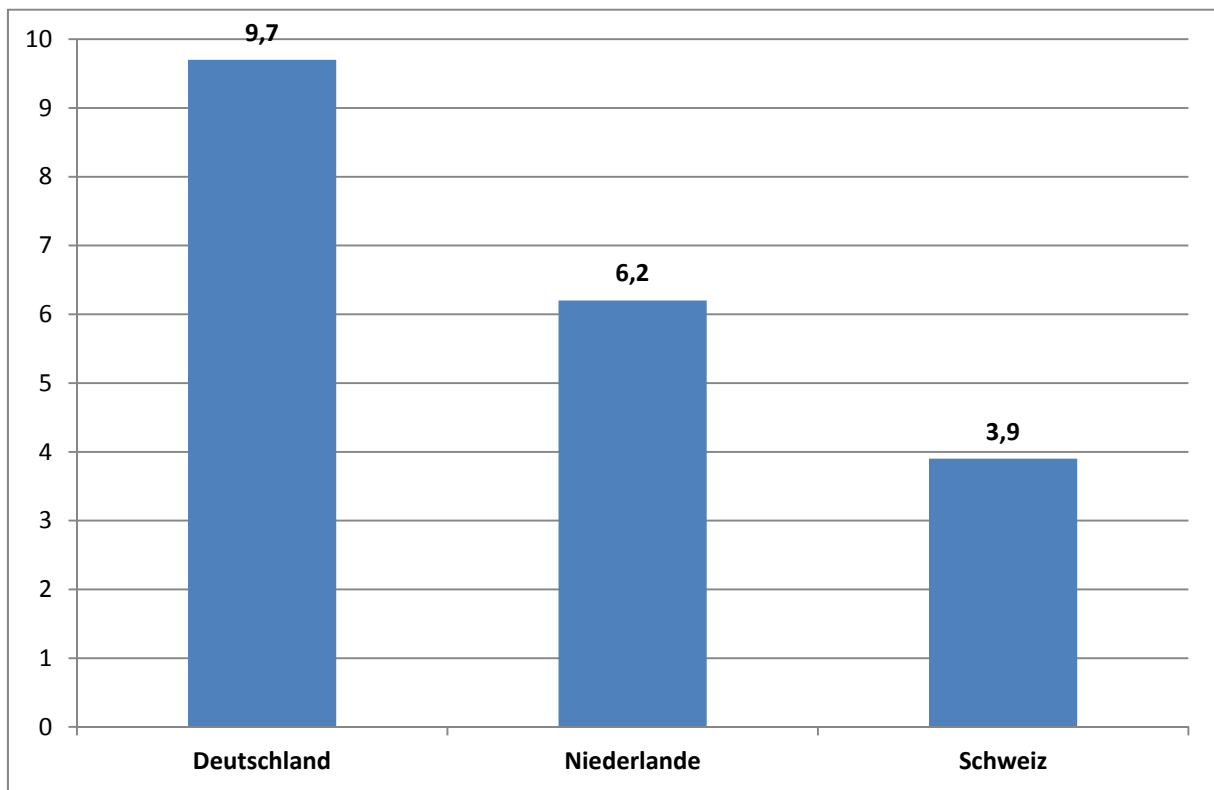
Auch die Anzahl der Arztkontakte unterscheidet sich zwischen den drei Vergleichsländern, wie die folgende Abbildung zeigt. Eingeschlossen sind Besuche bei niedergelassenen Ärzten, bei ambulant im Krankenhaus tätigen Ärzten und ärztliche Hausbesuche (Abbildung 7).

---

<sup>147</sup> Vgl. Finkenstädt/Niehaus (2015).

<sup>148</sup> Vgl. Eurostat (2015h).

**Abbildung 7: Konsultation eines Mediziners in freier Praxis oder Krankenhausambulanz pro Einwohner im Jahr 2012**



Quelle: Eurostat (2015i).

Die Deutschen suchten im Jahr 2012 fast 10mal einen Haus- und/oder Facharzt auf. Die Niederländer etwa 6mal und die Schweizer hatten mit rund 4 Kontakten die wenigsten Arztkontakte pro Jahr. Bei der Interpretation der Eurostat-Werte sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Nur die deutsche Zahl stammt aus administrativen Daten. Der niederländische und der schweizerische Wert sind das Ergebnis einer jeweiligen Bevölkerungsumfrage.<sup>149</sup> Werte aus administrativen Statistiken sind tendenziell höher als Umfragewerte aufgrund von Erinnerungsverzerrungen der Teilnehmer oder Antwortausfällen („non-response“).<sup>150</sup> Der schweizerische Wert ist u. U. relativ niedrig, weil die Befragtenpopulation durchschnittlich gesünder ist als der Bevölkerungsdurchschnitt und deshalb weniger Gesundheitsleistungen benötigt.<sup>151</sup>
- Für Deutschland ist eine Unterschätzung anzunehmen, da zum einen nur gesetzlich krankenversicherte Patienten in die Zählung eingehen und zum anderen nur ein Patientenkontakt pro Quartal gezählt wird, auch wenn derselbe Patient mehrfach in der Praxis war.<sup>152</sup>

<sup>149</sup> Vgl. Eurostat (2015j).

<sup>150</sup> Vgl. OECD (2014), S. 64.

<sup>151</sup> Vgl. Volken/Bopp/Rüesch (2014), S. XIII.

<sup>152</sup> Vgl. Eurostat (2015j), S. 3.

- Auch für die Schweiz kann eine Unterschätzung vermutet werden, da Patienten bis 15 Jahre und Bewohner von Institutionen (z. B. Pflege- oder Behinderteneinrichtungen) nicht befragt wurden.<sup>153</sup>
- Zudem gilt hier dasselbe Problem wie bei den Gesundheitsausgaben: Die Anzahl der Arztkontakte wurde von der OECD nicht altersstandardisiert, obwohl die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen altersabhängig ist.

Auch wenn bei einem Vergleich der Arztkontakte die genannten Limitationen zu berücksichtigen sind, so ist die Tendenz doch eindeutig, dass die Deutschen am häufigsten zum Arzt gehen. Die hohe Zahl der Arztkontakte wird auch im jährlich erscheinenden Arztreport der BarmerGEK bestätigt. Nach Hochrechnungen der Autoren beliefen sich die Arztkontakte in Deutschland auf 14,3 im Jahr 2013, wobei selbst für diesen hohen Wert eine erhebliche Unterschätzung angenommen wird.<sup>154</sup>

Ebenso wie die Gesundheitsausgaben wird auch die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen vom Bevölkerungsalter beeinflusst. Das Medianalter in Deutschland ist mehr als drei Jahre höher als in den Niederlanden und der Schweiz (siehe Abschnitt 2.1). Es ist davon auszugehen, dass eine ältere Bevölkerung mehr ärztliche Leistungen in Anspruch nimmt als eine jüngere, was zur Erklärung der vergleichsweise hohe Zahl der Arztkontakte in Deutschland beiträgt. Ein Grund für die geringe Zahl der Arztkontakte in der Schweiz können die relativ hohen Zuzahlungen sein, die als Zugangshürde wirken (siehe Abschnitt 4.4).

**Tabelle 5: Ausgaben und Inanspruchnahme**

	Deutschland	Niederlande	Schweiz
<b>Pro-Kopf-Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen (2012)</b>	569 Euro (KKS)	304 Euro (KKS)	736 Euro (KKS)
<b>Anteil der Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen an den gesamten laufenden Gesundheitsausgaben (2012)</b>	16,1 %	8,0 %	17,3 %
<b>Arztkontakte (2012)</b>	9,7	6,2	3,9

<sup>153</sup> Vgl. Eurostat (2015j), S. 20.

<sup>154</sup> Vgl. Grobe et al. (2015), S. 59.

## 6. Fazit

Die ambulante ärztliche Versorgung ist ein zentraler Aspekt der Gesundheitssysteme in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz. Die Ausgestaltung und die Organisation ärztlicher Leistungen sowie auch der Zugang sind jedoch unterschiedlich ausgestaltet.

In allen drei Ländern wird zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung unterschieden. Fachärzten kommt im Bereich der ambulanten Versorgung in Deutschland und der Schweiz eine deutlich wichtigere Funktion zu als in den Niederlanden, da es nur in Deutschland und der Schweiz niedergelassene Fachärzte gibt. In den Niederlanden sind Fachärzte fast ausschließlich an den Kliniken tätig. Damit erfolgt dort die ambulante ärztliche Versorgung nahezu vollständig durch Hausärzte. Im Gegensatz dazu entfällt in Deutschland und der Schweiz nur ein Anteil von 25 % bzw. 33 % an allen ambulant tätigen Ärzten auf Hausärzte (Abschnitt 3.2).

Sowohl für die hausärztliche als auch für die fachärztliche Versorgung gilt in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz die freie Arztwahl. In Deutschland und der Schweiz können sich Patienten direkt an einen niedergelassenen Facharzt wenden. Niederländer müssen dagegen immer zuerst ihren Hausarzt aufsuchen, der dann als „Gatekeeper“ über den Zugang zum Facharzt entscheidet. In Deutschland und der Schweiz können Versicherte freiwillig auf den direkten Zugang zum Facharzt verzichten und sich für eine hausarztzentrierte Versorgung entscheiden. In der Schweiz ist immerhin über ein Drittel der Bevölkerung in ein Hausarztmodell eingeschrieben – im Unterschied zu nur fünf Prozent in Deutschland (Abschnitt 4.2).

In den Niederlanden ist die Zahl der Hausärzte pro Einwohner im nationalen Durchschnitt deutlich geringer als in Deutschland und der Schweiz (Abschnitt 4.1). In den Niederlanden haben nicht-ärztliche Berufsgruppen allerdings einen viel größeren Anteil an der Patientenversorgung. Praxisassistenten übernehmen oftmals die erste Beratung und Behandlung im ambulanten Bereich, so dass Patienten in diesen Fällen gar keinen Arztkontakt haben. In Deutschland und der Schweiz entscheidet dagegen der Arzt bei jedem Patienten über die Behandlungsnotwendigkeit (Abschnitt 3.3).

Wartezeiten sind im Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung insbesondere bei Hausärzten in keinem der drei Vergleichsländer problematisch. Nach einer aktuellen Umfrage des Commonwealth Fund belegt Deutschland beim zeitnahen Zugang zur hausärztlichen Versorgung jedoch den Spitzenplatz (Abschnitt 4.3).

Zuzahlungen spielen in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland keine Rolle. In Deutschland muss der Patient auch bei Facharztbesuchen keinen Eigenanteil zahlen, was in den Niederlanden dagegen bei den meisten Fachärzten der Fall ist. Für Schweizer Patienten können Zuzahlungen eine Zugangshürde darstellen, da durch die obligatorischen Selbstbehalte ein relativ hoher Anteil aus eigener Tasche finanziert werden muss (Abschnitt 4.4).

In allen drei Ländern können Ärzte auch außerhalb des öffentlichen Krankenversicherungssystems tätig werden. Hierbei ist insbesondere zu beachten, dass es nur in Deutschland ein duales Versicherungssystem mit GKV und PKV gibt. Privat und gesetzlich krankenversicherte Personen werden hierzulande mehrheitlich in demselben Versorgungssystem, d. h. von denselben Ärzten behandelt. Eine staatliche Abrechnungsgrundlage privatärztlicher Leistungen gibt es mit der GOÄ nur in Deutschland. In der Schweiz existiert lediglich ein kleiner Markt für die Absicherung von außerhalb des öffentlichen Systems erbrachte ärztliche Leistungen im Rahmen der Zusatzversicherung, während hierzu in den Niederlanden keine Versicherungsangebote bestehen (Abschnitt 3.1).

Unter Berücksichtigung des Preisniveaus ist die ambulante ärztliche Versorgung in der Schweiz mit 736 Euro (KKS) pro Kopf im Ländervergleich mit Abstand am teuersten – trotz der Verbreitung von Hausarztmodellen und nur 3,9 Arztkontakten pro Person im Jahr. Eine Rolle spielen hier sicher die hohen privaten Zuzahlungen, die in den Ausgaben enthalten sind. Der Anteil der Ausgaben für ambulante Arztleistungen an den gesamten Gesundheitsausgaben ist in der Schweiz mit rund 17 % ebenfalls am höchsten. Die Ausgaben der Niederlande für ambulante Arztleistungen sind mit 304 Euro (KKS) im Ländervergleich am niedrigsten und umfassen nur 8 % der Gesamtausgaben. Hier gehen jedoch nur die Ausgaben für die hausärztliche Versorgung ein und es fallen keine privaten Zuzahlungen an. Zudem werden die Kosten der nicht-ärztlichen Mitarbeiter, die einen großen Anteil an der Versorgung haben, nicht eingerechnet. Die Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen in Deutschland sind mit durchschnittlich 569 Euro (KKS) pro Kopf moderat, vor allem unter Berücksichtigung des freien und unentgeltlichen Zugangs zu Fachärzten, der geringen Verbreitung von Hausarztmodellen, der höchsten Zahl an Arztkontakten (9,7 pro Jahr) und einer Bevölkerung, die im Ländervergleich am ältesten ist und entsprechend mehr Gesundheitsleistungen nachfragt.

Insgesamt betrachtet ist der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland – sowohl zu Haus- als auch zu Fachärzten – als sehr gut zu bezeichnen: sei es in Bezug auf die vergleichsweise hohe Arztdichte, die freie Arztwahl, die Möglichkeit des direkten Facharztzugangs und die Inanspruchnahme ohne Zuzahlungen. Der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung ist somit deutlich weniger reglementiert als in unseren Nachbarländern bei vergleichsweise moderaten Kosten.





## 7. Literatur

Ahrens, Dieter (2015): Regulierter Wettbewerb im Gesundheitswesen – Erfahrungen aus den Niederlanden, in: Das Gesundheitswesen, 75, S. 386-392.

Albrecht, Martin/Etgeton, Stefan/Ochmann, Richard R. (2014): Faktencheck Gesundheit – Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte), erstellt im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Ärzttekammer Westfalen-Lippe (2015): MFA-Fortbildungen, Spezialisierungs-/ Aufstiegsqualifikationen - Häufig gestellte Fragen, online unter: <http://www.aekwl.de/index.php?id=5465> [14.10.2015].

BARMER GEK (2013): Im Fokus: Facharztbesuche – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung, April 2013, online unter: <https://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Laender/Einstieg-Niedersachsen-Bremen/Pressemitteilungen-Archiv/Archiv-2013/130430-Orthopaeden-am-meisten-gefragt/130430-Facharzt-Umfrage.html> [14.10.2015].

Beroepsvereniging voor Verpleegkundig Specialist (2015): Factsheet Verpleegkundig Specialist, online unter: <http://venvnvs.nl/venvnvs/over-de-verpleegkundig-specialist/> [14.10.2015].

Berufsverband der Haus- und Kinderärzte Schweiz (2015): Heute die Themen der Zukunft angehen, online unter: <http://www.hausaerzteschweiz.ch/themen/> [14.10.2015].

BT-Drucksache 18/5164 vom 12.06.2015: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 18/5021) – Folgen des Wettbewerbs durch die Pflicht zu Angeboten Hausarztzentrierter Versorgung nach § 73b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Bundesärztekammer (2014): Ärztestatistik 2014, online unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014/> [14.10.2015].

Bundesärztekammer (2013): (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2003 in der Fassung vom 28.06.2013, online unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiterbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/> [14.10.2015].

Bundesärztekammer (2011): Ärztstatistik 2011, online unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-der-vorjahre/aerztestatistik-2011/> [14.10.2015].

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008): Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen, online unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/empfehlungenstellungnahmen/delegation/> [14.10.2015].

Bundesministerium für Gesundheit (2015a): Bundesländer, online unter: <http://www.bmg.bund.de/themen/gesundheitsystem/staatliche-ordnung/bundeslaender.html> [14.10.2015].

Bundesministerium für Gesundheit (2015b): Gemeinsamer Bundesausschuss, online unter: <http://www.bmg.bund.de/themen/gesundheitsystem/selbstverwaltung/gemeinsamer-bundesausschuss.html> [14.10.2015].

Bundesministerium für Gesundheit (2015c): Bedarfsplanung, online unter: <http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/b/bedarfsplanung.html> [14.10.2015].

Bundesministerium für Gesundheit (2015d): Hausarzt, online unter: <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/zusatzleistungen-wahltarife/hausarzt.html> [14.10.2015].

Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung (2015): Medizinische Versorgungszentren (MVZ), online unter: <http://www.bmvz.de/wissenswertes/mvz-information/medizinische-versorgungszentren/> [14.10.2015].

Bundeszentrale für politische Bildung (2014): Strukturen und Versorgungsformen, online unter: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72594/strukturen-und-versorgungsformen?p=all> [14.10.2015].

Cardol, Mieke/van Dijk, Liset/de Jong, Judith/de Bakker, Dinny/Westert, Gert (2004): Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)/ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Utrecht/ Bilthoven.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2014): Gezondheid en zorg in cijfers, Den Haag.

comparis.ch (2015): Gesundheitszentren, online unter: <https://www.comparis.ch/krankenkassen/info/glossar/gesundheitszentren.aspx> [14.10.2015].

Croonen, Heleen (2014): Geen contract, 20 procent minder inkomsten, in: Medisch Contact, online unter: <http://medischcontact.artsennet.nl/Actueel/Nieuws/Nieuwsbericht/147768/Geen-contract-20-procent-minder-inkomsten.htm> [14.10.2015].

Erdmann, Anke/Ehlers, Alexander P.F. (2015): Ärztliche Aufgaben an Assistenzpersonal übertragen, in: DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift 140, S. 62 – 64.

Eurostat (2015a): Bruttoinlandsprodukt zu Marktpreisen (tec00001), online unter: <http://ec.europa.eu/eurostat/de/data/database> [14.10.2015].

Eurostat (2015b): BIP pro Kopf in KKS (tec00114), online unter: <http://ec.europa.eu/eurostat/de/data/database> [14.10.2015].

Eurostat (2015c): Gesamtfläche und Landfläche nach NUTS-2-Region (tgs00002), online unter: <http://ec.europa.eu/eurostat/de/data/database> [14.10.2015].

Eurostat (2015d): Bevölkerung am 1. Januar (tps00001), online unter: <http://ec.europa.eu/eurostat/de/data/database> [14.10.2015].

Eurostat (2015e): Bevölkerungsdichte (tps00003), online unter: <http://ec.europa.eu/eurostat/de/data/database> [14.10.2015].

Eurostat (2015f): Bevölkerung: Strukturindikatoren (demo\_pjanind), online unter: <http://ec.europa.eu/eurostat/de/data/database> [14.10.2015].

Eurostat (2015g): Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und darüber (tps00028), online unter: <http://ec.europa.eu/eurostat/de/data/database> [14.10.2015].

Eurostat (2015h): Ausgaben für ausgewählte Funktionen der Gesundheitsversorgung nach Leistungserbringern der Gesundheitsversorgung - je Einwohner (hlth\_sha1h), online unter: <http://ec.europa.eu/eurostat/de/data/database> [14.10.2015].

Eurostat (2015i): Konsultation eines Mediziners in freier Praxis oder Krankenhausambulanz pro Einwohner (hlth\_hc\_phys), online unter: <http://ec.europa.eu/eurostat/de/data/database> [14.10.2015].

Eurostat (2015j): Reference Metadata in Euro SDMX Metadata Structure (ESMS) – Consultation of a medical doctor (in private practice or as outpatient) per inhabitant (hlth\_hc\_phys) – Annexes: Country specific notes, online unter: [http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth\\_hc\\_phys\\_esms.htm#annex143747090580\\_1](http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_hc_phys_esms.htm#annex143747090580_1) [14.10.2015].

Eurostat (2015k): NUTS-Klassifikation (Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik) – Entsprechungstabellen – Nationale Gliederungen (EU), online unter: <http://ec.europa.eu/eurostat/de/web/nuts/national-structures-eu> [14.10.2015].

Feldmann, Christoph (2007): Strategisches Technologiemanagement. Eine empirische Untersuchung am Beispiel des deutschen Pharma-Marktes 1990-2010, Wiesbaden.

Finkenstädt, Verena/Niehaus, Frank (2015): Die Aussagekraft von Länderrankings im Gesundheitsbereich – Eine Analyse des Einflusses der Altersstruktur auf die OECD-Daten. Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

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

Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA (2015): Bedarfsplanungs-Richtlinie, online unter: <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/bedarfsplanung/richtlinie/> [14.10.2015].

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015): Ärztliches Personal in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2014, online unter: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) [14.10.2015].

GKV-Spitzenverband (2015): Krankenkassenliste vom 29.10.2015, online unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten\\_service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp) [29.10.2015].

Grobe, Thomas G./Klingenberg, Anja/Steinmann, Susanne/Szecsényi, Loachim (2015): Barmer GEK Arztreport 2015. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 30, Siegburg.

Hamilton, Geert Jan (2012): Die privatrechtliche Organisation der Krankenversicherung in den Niederlanden, in: Wille, Eberhard/Hamilton, Geert Jan, Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der (Hrsg.): Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen – Reformperspektiven für Deutschland, Erfahrungen aus den Niederlanden, Baden-Baden.

Helsana AG (2015): Nichtvertragsärzte, online unter: <http://www.helsana.ch/de/private/leistungsthemen/nichtvertragsaerzte/themeninformation> [14.10.2015].

Interpharma – Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz (2015): Kantonal unterschiedliche Dichte von SD-Ärzten und Apotheken, online unter: <http://www.interpharma.ch/fakten-statistiken/1897-kantonal-unterschiedliche-dichte-von-sd-aerzten-und-apotheken> [14.10.2015].

Ismayr, Wolfgang (2009a): Die politischen Systeme Westeuropas im Vergleich. In: Ismayr, Wolfgang (Hrsg.): Die politischen Systeme Westeuropas, 4. Auflage, Wiesbaden.

Ismayr, Wolfgang (2009a): Das politische System Deutschlands. In: Ismayr, Wolfgang (Hrsg.): Die politischen Systeme Westeuropas, 4. Auflage, Wiesbaden.

Jäggi, Jolanda/Künzi Kilian (2015): Unterstützung für Hilfe- und Pflegebedarf im Alter – Ein Systemvergleich zwischen Deutschland, Japan und der Schweiz. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS), Bern.

Kalitzkus, Vera/Schluckebier Iris/Wilm, Stefan (2009): AGnES, EVA, VerAH und Co – Wer kann den Hausarzt unterstützen und wie? Experten diskutieren die Zukunft der Medizinischen Fachangestellten in der hausärztlichen Versorgung, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 85, S. 403 – 410.

Kanton Aargau (2015): Zulassungsstopp wird im Aargau nicht umgesetzt, online unter: <https://www.ag.ch/de/dgs/gesundheit/admin/berufsbew/arzt/arzt.jsp?sectionId=135009> [14.10.2015].

Kanton Luzern (2015): Arzt/Ärztin, online unter: [http://www.gesundheit.lu.ch/index/bewilligungen/fachpersonen/be\\_arzt.htm](http://www.gesundheit.lu.ch/index/bewilligungen/fachpersonen/be_arzt.htm) [14.10.2015].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015a): Bedarfsplanung, online unter <http://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php> [14.10.2015].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015b): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2015 – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage, April/Mai 2015.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014a): Medizinische Versorgungszentren aktuell zum Stichtag 31.12.2014, online unter: <http://www.kbv.de/html/mvz.php> [14.10.2015].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014b): Förderung von Praxisassistenten und PFG-Zuschlag ab 2015, online unter: [http://www.kbv.de/html/1150\\_12242.php](http://www.kbv.de/html/1150_12242.php) [14.10.2015].

Kassenärztliche Bundesvereinigung/Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (2014): Ärztemonitor 2014 – Ergebnisse für Haus- und Fachärzte (Tabellenband), online unter <http://www.kbv.de/html/aerztemonitor.php> [14.10.2015].

Kost, Andreas (2013): Direkte Demokratie, 2. Auflage, Wiesbaden.

Kringos, Dionne S./van Riet Paap, Jasper/Boerma, Wienke G.W. (2015): The Netherlands. In: Kringos, Dionne S./Boerma, Wienke G.W./Hutchinson, Allen/Saltman, Richard B. (Hrsg.): Building primary care in a changing Europe – Case studies, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen.

Künzi, Kilian/Detzel, Patrick (2007): Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute, Arbeitsdokument 27, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

Landelijke Huisartsen Vereniging (2015): Mw – Mededingingswet, online unter: <https://www.lhv.nl/uw-beroep/wetgeving/mw-mededingingswet> [14.10.2015].

Lepszy, Norbert/Wild, Markus (2009): Das politische System der Niederlande. In: Ismayr, Wolfgang (Hrsg.): Die politischen Systeme Westeuropas, 4. Auflage, Wiesbaden.

Mangiapane, Sandra/Stillfried Dominik, Graf von (2012): Infoblatt: Ärzte je 100.000 Einwohner, online unter: <http://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen/?tab=6&uid=20> [14.10.2015].

Mergenthal, Karola/Leifermann, Mareike/Beyer, Martin/Gerlach, Ferdinand M./Güthlin, Corina (2015): Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland – eine Übersicht, in: Das Gesundheitswesen, E-First am 15. September 2015.

Miani, Céline/Hinrichs, Saba/Pitchforth, Emma/Bienkowska-Gibbs, Teresa/Disbeschl, Stefanie/Roland, Martin/Nolte, Ellen (2015): Best practice – Medizinische Aus- und Weiterbildung aus internationaler Perspektive, RAND Europe, Cambridge.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2015): Kerncijfers Zorgverzekeringswet (Zvw), online unter: <http://www.zorgcijfers.nl/zvw> [14.10.2015].

Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (2014): Beroepscompetentieprofiel Doctorassistent, März 2014, Utrecht.

Nederlandse Zorgautoriteit (2015a): Verschil natura en restitutiepolis, online unter: <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/zorgverzekering/uitgelicht/zorgverzekering-kiezen/natura-of-restitutiepolis/> [14.10.2015].

Nederlandse Zorgautoriteit (2015b): Factsheet Contracting huisarts, online unter: [http://www.nza.nl/publicaties/1048188/Factsheet\\_Contracting\\_huisartsenzorg](http://www.nza.nl/publicaties/1048188/Factsheet_Contracting_huisartsenzorg) [14.10.2015].

Nederlandse Zorgautoriteit (2014a): Marktscan Medisch Specialistische Zorg – Weergave van de markt 2010-2014: Deel A, online unter: [http://www.nza.nl/publicaties/1048188/Marktscan\\_Medisch\\_Specialistische\\_Zorg\\_2014\\_incl\\_beleidsbrief](http://www.nza.nl/publicaties/1048188/Marktscan_Medisch_Specialistische_Zorg_2014_incl_beleidsbrief) [14.10.2015].

Nederlandse Zorgautoriteit (2014b): DBC zorgproducten tariefapplicatie – Vraagstukken: Algemeen: Hoe lang is een verwijzing geldig? Online unter: <http://dbc-zorgproducten-tarieven.nza.nl/nzaZpTarief/Vraagstukken.aspx> [14.10.2015].

Nederlandse Zorgautoriteit (2012): Monitor Zelfstandige behandelcentra: Een kwalitatieve en kwantitatieve analyse, online unter: [http://www.nza.nl/publicaties/1048188/Monitor\\_Zelfstandige\\_behandelcentra](http://www.nza.nl/publicaties/1048188/Monitor_Zelfstandige_behandelcentra)

Nederlandse Zorgautoriteit (2007): Oriënterende Monitor Huisartsenzorg. Het nieuwe financieringssysteem en marktwerking in de huisartsenzorg, Utrecht.

Niehaus, Frank (2015): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013, WIP-Diskussionspapier 2/2015, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

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



OECD (2014): Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing.

OECD (2011): OECD-Berichte über die Gesundheitssysteme – Schweiz 2011.

Ono, Tomoko/Schoenstein, Michael/Buchan, James (2014): Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses, OECD Health Working Papers, No. 69, OECD Publishing.

Organisation der Arbeitswelt Berufsbildung Medizinische Praxisassistentin (2015a): Zwei Fachrichtungen: Zwei Berufsbilder, online unter: <http://www.odamed.ch/home.html> [14.10.2015].

Organisation der Arbeitswelt Berufsbildung Medizinische Praxisassistentin (2015b): Für Studierende, online unter: <http://www.odamed.ch/dokumentation/fuer-studierende.html> [14.10.2015].

Organisation der Arbeitswelt Berufsbildung Medizinische Praxisassistentin (2015c): FAQ, online unter: <http://www.odamed.ch/faq.html> [14.10.2015].

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2015): Huisartsenzorg, online unter: <http://www.toolkitvtv.nl/inhoud/indicatoren-en-bronnen/zorg/huisartsenzorg> [14.10.2015].

Rijksoverheid (2015a): Zorgverzekering, online unter: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering> [14.10.2015].

Rijksoverheid (2015b): Hoe is de zorgverzekering geregeld in Nederland? Online unter: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/inhoud/zorgverzekering-in-nederland> [14.10.2015].

Rijksoverheid (2015c): 27 vragen en antwoorden over Zorgverzekering: Welke polissen biedt de zorgverzekering? Online unter: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/welke-polissen-biedt-de-zorgverzekering> [14.10.2015].

Rijksoverheid (2015d): 27 vragen en antwoorden over Zorgverzekering: Krijg ik een behandeling in een privékliniek of zelfstandig behandelcentrum vergoed? Online unter: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/krijg-ik-een-behandelingen-in-een-privéklinieken-of-zelfstandige-behandelcentrum-vergoed> [14.10.2015].

Rijksoverheid (2015e): 11 vragen en antwoorden over Eerstelijnszorg: Wanneer heb ik een verwijsbrief van de huisarts nodig? Online unter: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg/vraag-en-antwoord/wanneer-heb-ik-een-verwijsbrief-van-mijn-huisarts-nodig-en-wanneer-mag-hij-deze-weigeren> [14.10.2015].

Rijksoverheid (2015f): 11 vragen en antwoorden over Eerstelijnszorg: Hoe verander ik van huisarts? Online unter: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg/vraag-en-antwoord/ben-ik-vrij-om-zelf-een-huisarts-te-kiezen-en-hoe-verander-ik-van-huisarts> [14.10.2015].

Rijksoverheid (2015g): 27 vragen en antwoorden over Zorgverzekering: Hoeveel eigen risico moet ik betalen voor mijn zorgverzekering? Online unter: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/eigen-risico-zorgverzekering> [14.10.2015].

Rijksoverheid (2015h): 27 vragen en antwoorden over Zorgverzekering: Voor welke zorg uit het basispakket betaal ik geen verplicht eigen risico? Online unter: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/geen-verplicht-eigen-risico-voor-bepaalde-zorg> [14.10.2015].

santésuisse (2015): FAQ – Glossar: Hausarzt-Modell (HAM), online unter: [https://www.santesuisse.ch/de/srv\\_faq\\_glossar.html](https://www.santesuisse.ch/de/srv_faq_glossar.html) [14.10.2015].

SASIS Zahlstellenregister (2014): Übersicht Kantone – Zulassungsstopp, online unter: <https://www.sasis.ch/de/document/10814> [14.10.2015].

Schäfer, Willemijn/Kroneman, Madelon/Boerma, Wienke/van den Berg, Michael/Westert, Gert/Devillé, Walter/van Ginneken, Ewout (2010): The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(1).

Schoen, Cathy/Osborn, Robin/Squires, David/Doty, Michelle M. (2013): Access, Affordability, and Insurance Complexity are often worse in the United States compared to ten other countries. In: *Health Affairs* 32(12), S. 2205-2215.

Schweizerisches Bundesamt für Statistik (2015a): Ärzte und Zahnärzte 2014, online unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/03/key/01.html> [14.10.2015].

Schweizerisches Bundesamt für Statistik (2015b): Bevölkerungsstand und -struktur – Indikatoren, online unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/bevoelkerungsstand/02.html> [14.10.2015].

Schweizerisches Bundesamt für Statistik (2015c): Anzahl Generalistenbesuche 2012 (12 Monate) nach Alter, Geschlecht, Sprachgebiet, Bildungsniveau (je-d-14.04.01.03), online unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/04/03/key/01.html> [14.10.2015].

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften/Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (2013): Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag – Ein Leitfaden für die Praxis, 2. Auflage, Basel/Bern.

Schweizerische Eidgenossenschaft (2015): Anreize bei Abgabe und Vertrieb von Medikamenten werden überprüft, online unter: <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=57318> [14.10.2015].

Schweizerischer Verband Medizinischer PraxisAssistentinnen (2015a): Grundbildung, online unter: <http://www.sva.ch/bildung/grundbildung.html> [14.10.2015].

Schweizerischer Verband Medizinischer PraxisAssistentinnen (2015b): Laufbahnberatung, online unter: <http://www.sva.ch/bildung/laufbahnberatung.html> [14.10.2015].

Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit (2015a): Stand der Umsetzung des neuen Verfassungsartikels zur Komplementärmedizin, online unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/03153/?lang=de> [14.10.2015].

Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit (2015b): Gesundheitsberufe – Medizinalberuferegister – Häufige Fragen, online unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/00411/08023/?lang=de> [14.10.2015].

Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit (2015c): FAQ zur Kostenbeteiligung, online unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/04114/04285/?lang=de> [14.10.2015].

Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit (2013a): Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung – Inhalt und Kommentar, online unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/13489/13625/?lang=de> [14.10.2015].

Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit (2013b): Zulassungssteuerung, online unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/13489/index.html?lang=de> [14.10.2015].

Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit (2013c): Verteilung der Versicherungsformen in % nach Kanton: Erwachsene ab 19 Jahren (T 11.08), Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2013, online unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/index.html?lang=de> [14.10.2015].

Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit/Schweizerisches Rotes Kreuz (2011): Gesundheitswegweiser Schweiz, 3. Auflage, online unter: <http://www.migesplus.ch/publikationen/gesundheitsversorgung/show/gesundheitswegweiser-schweiz-3-komplett-ueberarbeitete-auflage/> [14.10.2015].

Schweizerischer Bundesrat (2015a): Das politische System der Schweiz – Föderalismus, online unter: <https://www.admin.ch/gov/de/start/bundesrat/das-politische-system-der-schweiz/schweizer-foederalismus.html> [14.10.2015].

Schweizerischer Bundesrat (2015b): Die Politik mitbestimmen, online unter: <https://www.admin.ch/gov/de/start/bundesrat/das-politische-system-der-schweiz/politische-mitspracherechte-der-schweizer-buerger.html> [14.10.2015].

Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (2015): Facharzttitle und Schwerpunkte (Weiterbildung), online unter: <http://www.fmh.ch/bildung-siwf/fachgebiete/facharzttitle-und-schwerpunkte.html> [14.10.2015].

Schulze Ehring, Frank/Köster, Anne-Dorothee (2010): Gesundheitssysteme im Vergleich. Die Gesundheitsreformen in den Niederlanden und in der Schweiz als Vorbild für Deutschland? PKV-Dokumentation Nr. 29, Köln.

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

Simon, Michael (2010): Das Gesundheitssystem in Deutschland, 3. Auflage, Bern.

Statistisches Bundesamt (2015): NUTS-Klassifikation – Die Einteilung der Europäischen Union in EU-Regionen, online unter: [https://www.destatis.de/Europa/DE/MethodenMetadaten/Klassifikationen/UebersichtKlassifikationen\\_NUTS.html](https://www.destatis.de/Europa/DE/MethodenMetadaten/Klassifikationen/UebersichtKlassifikationen_NUTS.html) [14.10.2015].

van den Bussche, Hendrik/Dunkelberg, Sandra/Middel, Berry/van Dijk, Jitse (1995): Mythos und Realität des Hausarztes in den Niederlanden. In: Jahrbuch für kritische Medizin 25, Hamburg.

Van der Burgt, Regi/van Roij, Janneke/Derckx, Emmy/Meulepas, Marianne (2015): Eindrapport praktijkvoorbeelden: De verpleegkundig specialist in de eerste lijn, Eindhoven.

van Hassel, Daniël T.P./Kasteleijn, Anneke/Kenens, Raymond J. (2015): Cijfers uit de registratie van huisartsen – peiling 2014, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Utrecht.

Vektis (2015): Zorgthermometer „Verzekerden in beeld 2015“, Jaargang 20, Zeist.

Verband medizinischer Fachberufe (2014): Medizinische/r Fachangestellte/r, online unter: <http://www.vmf-online.de/mfa> [14.10.2015].

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (2015a): Mitglied werden, online unter: [http://www.fmh.ch/services/\\_service/mitglied\\_werden.html](http://www.fmh.ch/services/_service/mitglied_werden.html) [14.10.2015].

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (2015b): MPA Schweiz – Was ist neu? Online unter: [http://www.fmh.ch/mpa/mpa\\_schweiz/uebersicht/was\\_ist\\_neu.html](http://www.fmh.ch/mpa/mpa_schweiz/uebersicht/was_ist_neu.html) [14.10.2015].

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (2015c): Grundlagen der Behandlung von Patientinnen und Patienten, online unter: <http://www.fmh.ch/services/recht/patientenbehandlung.html> [14.10.2015].

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (2014): Wegleitung für Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz: Ausbildung – Weiterbildung – Fortbildung, online unter: [http://www.fmh.ch/files/pdf14/Wegleitung\\_d\\_Maerz\\_2014.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf14/Wegleitung_d_Maerz_2014.pdf) [14.10.2015].

Volken, Thomas/Bopp, Matthias/Rüesch, Peter (2014): Intensität der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Schweizer Bevölkerung. Auswertung der Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Schlussbericht. ZHAW – Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften/Universität Zürich, Winterthur/Zürich.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung – Zi (2013): Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner nach Bedarfsplanungsfachgebieten und -regionen im Jahr 2013, online unter: <http://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen/> [14.10.2015].

## **WIP-Veröffentlichungen seit 2012**

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

WIP-Kurzanalyse 1/2015: Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung – Aktualisierte Werte des Beitrags zum Nettosparvolumen Deutschlands (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 (März 2014)

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 (September 2013)

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

*Neben den aufgeführten Studien stehen auch die früheren Veröffentlichungen des WIP als Volltextversionen auf der institutseigenen Webseite unter [www.wip-pkv.de](http://www.wip-pkv.de) zum Download zur Verfügung. Die Studien mit ISBN können darüber hinaus auch unentgeltlich in gedruckter Form über das WIP bezogen werden.*









