WIP-Kurzanalyse November 2026

WIP Wissenschaftliches Institut der PKV

Dr. Lewe Bahnsen

Wartezeiten und Dualität: Eine Einordnung



WIP Wissenschaftliches Institut der PKV

Dr. Lewe Bahnsen

Wartezeiten und Dualität: Eine Einordnung

Wartezeiten (oder Wartelisten) können den Zugang zum Gesundheitssystem erschweren. Sie entstehen, wenn die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen das Angebot übersteigt. Ursachen können Kapazitätsengpässe oder Ineffizienzen bei Überweisungen zwischen Leistungserbringern und bei der Versorgung sein (Siciliani et al. 2023). In vielen Ländern warten Patientinnen und Patienten teilweise wochen- oder monatelang auf Facharzttermine oder elektive Eingriffe (Martin et al. 2020).

Schon vor der COVID-19-Pandemie waren Wartezeiten ein politisches Thema. Während der Pandemie rückten sie erneut stärker in den Fokus, weil elektive Behandlungen über einen längeren Zeitraum ausgesetzt wurden. Lange Wartezeiten können bei Patientinnen und Patienten Unzufriedenheit auslösen, weil sie die Behandlung verzögern, die Leidenszeit verlängern und die Unsicherheit verstärken. Zudem zeigen Studien einen Zusammenhang zwischen längeren Wartezeiten und schlechteren Gesundheitsergebnissen (Sobolev und Fradet 2008, Moscelli et al. 2016, Reichert und Jacobs 2018).

In der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte wird unter anderem die Frage diskutiert, inwieweit die unterschiedlichen Vergütungssysteme der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Privaten Krankenversicherung (PKV) zu längeren Wartezeiten unter GKV-Versicherten beitragen. Das Thema ist in Deutschland emotional aufgeladen und steht im medialen Fokus (siehe Titelgeschichte im SPIEGEL 43/2026). Zu unterscheiden sind dabei allerdings die empirisch beobachteten kürzeren Wartezeiten für PKV-Versicherte und deren Wirkung auf das allgemeine Wartezeitenniveau. Diese Argumentationsebenen werden in der Debatte zumeist vermischt. Im Folgenden werden deshalb verfügbare Informationen zum Thema Wartezeiten noch einmal eingeordnet, um die Debatte zu versachlichen.

Welche verlässlichen Informationen zu Wartezeiten gibt es?

Informationen zu Wartezeiten lassen sich über administrative Daten oder durch Befragungen von Versicherten und Patienten erheben. Da administrative Daten seltener verfügbar sind, greifen Studien häufig auf Befragungsergebnisse zurück. Auch in Deutschland gibt es keine amtlichen Statistiken zum Umfang von Wartezeiten. Befragungen haben gegenüber administrativen Daten grundsätzlich den Nachteil, dass sie auf Selbstauskünften beruhen und meist nur eine begrenzte Zahl von Personen erfassen. Sie bilden oft nur einen Teil der Versorgungssituation ab und zeigen damit ein verzerrtes Bild der Wirklichkeit. Wesentlich beim Thema Wartezeiten sind die Praxisgröße, die Dringlichkeit und saisonale Effekte. Diese Heterogenität ist im Rahmen einer Befragung schwer abzubilden. Doch auch offiziell erhobene Wartezeiten lassen sich zwischen Ländern nur eingeschränkt vergleichen, da die Definitionen häufig voneinander abweichen (OECD 2025). Zudem sind administrative Daten nicht in allen Ländern verfügbar. Ein belastbarer internationaler Vergleich ist entsprechend mit Einschränkungen verbunden.

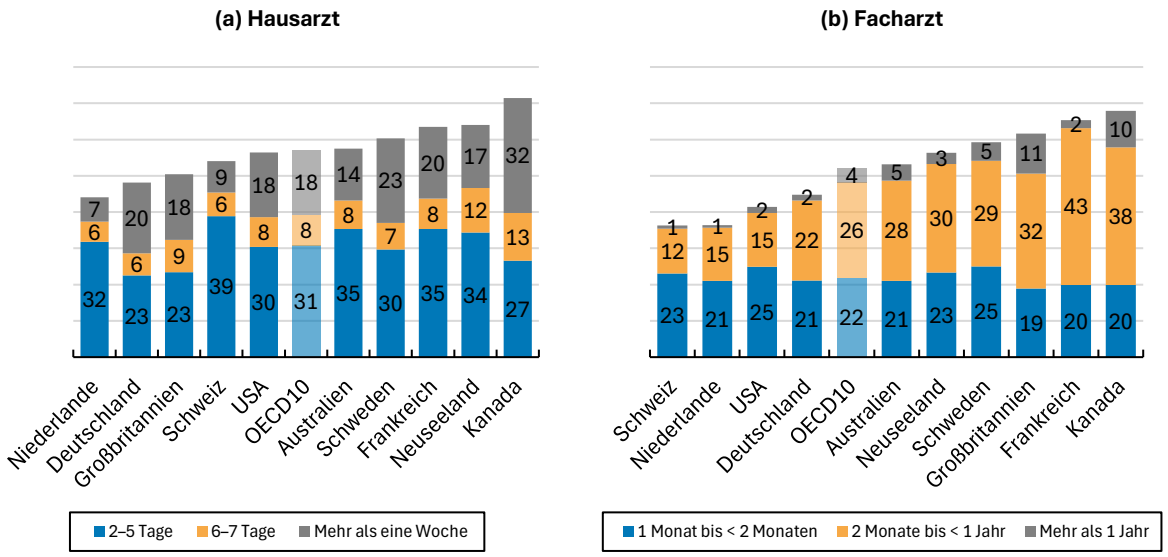
Für länderübergreifende Vergleiche und die Einordnung Deutschlands kommen zwei Informationsquellen infrage: der International Health Policy Survey (IHP-Survey) und die europäische Erhebung über Einkommen und Lebensbedingungen (European Union Statistics on Income and Living Conditions; EU-SILC). Der IHP-Survey ist eine international vergleichende Befragung zur Gesundheitspolitik. Organisiert

vom Commonwealth Fund, einer US-amerikanischen gemeinnützigen Stiftung, wird diese seit 1998 jährlich in ausgewählten OECD-Ländern durchgeführt. Jedes Jahr werden abwechselnd die Bevölkerung ab 18 Jahren, die Bevölkerung ab 65 Jahren sowie Hausärztinnen und -ärzte befragt. Die EU-SILC-Erhebung bietet EU-weit vergleichbare Informationen zu Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Sie wird seit 2005 jährlich durchgeführt. Neben dem Einkommen behandelt die Befragung weitere wichtige Lebensbereiche, darunter soziale Teilhabe und Gesundheit.

Vergleich verfügbarer Zahlen zu Wartezeiten

Die Daten des IHP-Surveys 2023 liefern Informationen zu Wartezeiten für Termine bei Haus- und Fachärzten (siehe Abbildung 1). Im Durchschnitt der zehn befragten Länder gab fast jeder Fünfte (18 %) an, mehr als eine Woche auf einen Termin bei einem Hausarzt gewartet zu haben, 31 % warteten zwischen zwei und fünf Tagen, wobei die Wartezeiten in Kanada, Neuseeland und Frankreich am längsten waren. Bei Fachärzten musste im Durchschnitt etwas mehr als ein Viertel der Befragten (26 %) zwischen zwei Monaten und einem Jahr auf einen Termin warten. In Kanada und Großbritannien gaben mehr als 10 % an, mehr als ein Jahr warten zu müssen. Dabei gelten in einigen OECD-Ländern Höchstwartezeiten bei der Grundversorgung, die in der Regel zwischen 24 Stunden und sieben Tagen liegen. Patienten mit schweren Erkrankungen wird Vorrang eingeräumt (OECD 2025). In Deutschland gab ein Fünftel (20 %) an, mehr als eine Woche auf einen Termin beim Hausarzt warten zu müssen, 23 % bekamen innerhalb von zwei bis fünf Tagen einen Termin. Bei Facharztterminen warteten 21 % zwischen einem und zwei Monaten auf einen Termin; 24 % gaben an, mindestens zwei Monate gewartet zu haben. Allgemein lässt sich festhalten, dass Wartezeiten in der Primärversorgung tendenziell kürzer sind als in der Sekundärversorgung (Martin et al. 2020). Außerdem warten Patienten, die dringend behandelt werden müssen, in der Regel kürzer als Patienten mit weniger dringlichen Anliegen (OECD 2020).

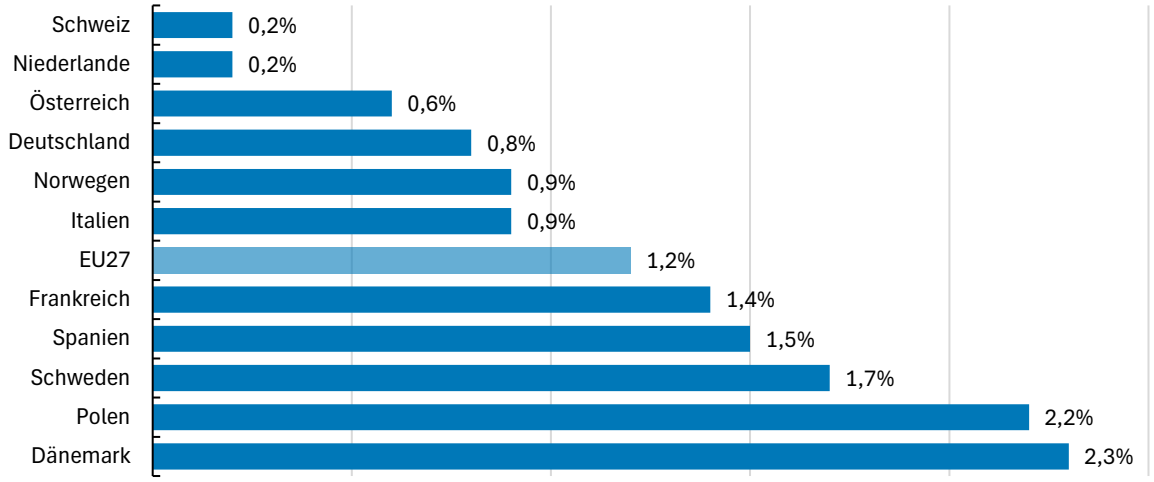
Abbildung 1: Wartezeiten für einen Termin beim Hausarzt oder Facharzt (Anteile in %)



Hinweis: Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2023. In der Abbildung nicht gezeigt sind die Anteile der Befragten (18 Jahre und älter), die angaben, schneller an einen Termin gekommen zu sein. Zudem wurden unplausible Antworten in der Berechnung ausgeschlossen. Die Daten umfassen Telekonsultationen und schließen Besuche in Krankenhausnotaufnahmen aus. In einigen Ländern sind auch Pflegekräfte in die Primärversorgung eingebunden.
Quelle: OECD (2025) auf Basis des IHP-Surveys 2023.

Eine mögliche Folge langer Wartezeiten ist ein ungedeckter Bedarf an medizinischer Versorgung. Die EU-SILC-Erhebung zeigt, welcher Anteil der Befragten angibt, dass der eigene Bedarf aufgrund zu langer Wartezeiten nicht ausreichend gedeckt ist (siehe Abbildung 2). In Dänemark liegt dieser Anteil bei 2,3 %, gefolgt von Polen mit 2,2 %. EU-weit gaben 1,2 % der Befragten an, dass ihr Bedarf an Gesundheitsversorgung aufgrund zu langer Wartezeiten nicht gedeckt ist. In Deutschland liegt der Anteil mit 0,8 % unter dem EU-Wert (Eurostat 2026).

Abbildung 2: Anteil der Bevölkerung, der seinen Bedarf an ärztlicher Versorgung aufgrund zu langer Wartezeiten nicht gedeckt sieht



Hinweis: Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2025, für die Schweiz auf 2024.
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Eurostat (2026).

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Deutschland im internationalen Vergleich bei Wartezeiten und insbesondere beim wartezeitbedingten, ungedeckten Versorgungsbedarf günstig abschneidet. Daraus lässt sich jedoch nicht schließen, dass längere Wartezeiten in einzelnen Versorgungsbereichen oder für bestimmte Patientengruppen keine relevanten Auswirkungen haben.

Besonderheit Dualität: Sind PKV-Versicherte die Ursache für lange Wartezeiten?

Die Dualität, also das Nebeneinander von GKV und PKV, ist ein zentrales Merkmal des deutschen Gesundheitssystems. Anders als in den meisten anderen Ländern bestehen diese beiden Systeme als eigenständige, voneinander getrennte Säulen parallel. Ein wesentlicher Grund für ihre Eigenständigkeit sind die unterschiedlichen Vergütungsstrukturen: Für die Abrechnung von Leistungen für PKV-Versicherte gelten die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Leistungen innerhalb der GKV werden dagegen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bzw. dem Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) abgerechnet.

Entsprechend der Gebührenordnungen erzielen Leistungserbringer bei vergleichbaren Leistungen mit PKV-Versicherten häufig höhere Vergütungserlöse. Neben einer medizinisch begründeten Priorisierung kann dieser Umstand zu kürzeren Wartezeiten bei der Terminvergabe oder zu einem leichteren Zugang zu bestimmten Untersuchungen führen. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen mehrere Studien (u. a. Lungen et al. 2008, Luque Ramos et al. 2018, Muschol und Gissel 2021, Roll et al. 2012, Schwierz et al. 2011, Werbeck et al. 2021). Sie zeigen insbesondere bei der Vergabe elektiver Facharzttermine einen

Zugangsvorteil für PKV-Versicherte. Die Größenordnung der Unterschiede variiert allerdings nach Fachgruppe, Region, Untersuchungszeitraum und Studiendesign. Bei Hausärzten und in akuten Fällen sind die Unterschiede hingegen gering oder statistisch nicht signifikant. Für mögliche Ursachen wie Vergütung, Budgetierung und Angebotsdichte gibt es Indizien, aber keinen abschließenden kausalen Nachweis.

Ein Unterschied zwischen GKV und PKV beim Zugang zu Facharztterminen lässt sich belegen. Daraus folgt jedoch nicht, dass PKV-Versicherte die Wartezeiten von GKV-Versicherten verursachen. Eine schnellere Terminvergabe für PKV-Versicherte ist nicht gleichbedeutend mit einer Ursache für lange Wartezeiten insgesamt. Diese hängen auch von den verfügbaren Behandlungskapazitäten, der Verteilung der Ärztinnen und Ärzte, der Organisation der Versorgung und der Nachfrage ab.

Den begrenzten Einfluss der PKV-Versicherten auf die Gesamtwartezeit kann ein vereinfachtes, illustratives Gedankenexperiment verdeutlichen. Wenn die unterschiedlichen Vergütungen ein wesentlicher Faktor bei der Terminvergabe sind, könnte eine Angleichung der Honorare an das GKV-Niveau den Anreiz verringern, Patientinnen und Patienten nach ihrem Versicherungsstatus zu priorisieren. Die Modellrechnung geht von einer durchschnittlichen Wartezeit von 25 Tagen für GKV-Versicherte und 12 Tagen für PKV-Versicherte aus (Werbeck et al. 2021). Letztere machen etwa 10,5 % der Bevölkerung aus (Bahnsen und Wild 2026). Bei unveränderter Praxiskapazität und einer Angleichung der Wartezeiten an den gewichteten Durchschnittswert von rund 23,64 Tagen würde sich die Wartezeit für GKV-Versicherte um etwa 1,36 Tage verkürzen. Für PKV-Versicherte würde sie um etwa 11,64 Tage steigen und sich damit nahezu verdoppeln. Dies ist selbstverständlich nur eine illustrative Berechnung, da in der Realität Wartezeiten u. a. auch von der zeitlichen Verteilung der Terminanfragen, der medizinischen Dringlichkeit und von Nachfrageanpassungen abhängig sind.

Das Gedankenexperiment lässt zudem außer Acht, dass geringere Honorare für die Behandlung von PKV-Versicherten die Praxiseinnahmen mindern würden. In der ambulant-ärztlichen Versorgung tragen PKV-Versicherte 21,8 % zur Finanzierung bei, obwohl ihr Anteil an der Bevölkerung lediglich 10,5 % beträgt. In diesem Finanzierungsanteil ist der sogenannte Mehrumsatz enthalten, der sich auf 8,76 Mrd. Euro beläuft (Bahnsen und Wild 2026). Entfiele er, müssten Praxen mit merklichen Erlöseinbußen rechnen. Diese könnten teilweise zu einem Abbau von Kapazitäten führen, etwa durch kürzere Sprechzeiten, weniger Personal oder Praxisschließungen. In der Folge könnten die Wartezeiten steigen.

Bei der Bewertung der unterschiedlichen Vergütungssysteme sind deshalb zwei gegenläufige Wirkungsmechanismen zu berücksichtigen. Einerseits können höhere Vergütungen für die Behandlung PKV-Versicherter Anreize für eine bevorzugte Terminvergabe schaffen. Andererseits können die zusätzlichen Einnahmen zur Finanzierung von Behandlungskapazitäten beitragen, die grundsätzlich auch GKV-Versicherten zur Verfügung stehen. Die isolierte Betrachtung von Unterschieden bei der Terminvergabe greift deshalb zu kurz. Entscheidend für die Gesamtbewertung ist, wie sich das Nebeneinander von GKV und PKV sowohl auf die Verteilung als auch auf den Umfang der Versorgungskapazitäten auswirkt. Längere Wartezeiten für GKV-Versicherte sind von vielen Faktoren abhängig und lassen sich nicht pauschal der Gruppe der PKV-Versicherten anlasten.

Fazit

Wartezeiten sind auch im deutschen Gesundheitswesen ein relevantes Thema. Im internationalen Vergleich zeigt Deutschland jedoch eine günstige Position. Insbesondere liegt der Anteil der Bevölkerung, der aufgrund zu langer Wartezeiten einen ungedeckten medizinischen Versorgungsbedarf angibt, unter dem EU-Durchschnitt. Dies schließt nicht aus, dass längere Wartezeiten in einzelnen Fachgebieten, Regionen oder für bestimmte Patientengruppen erhebliche Probleme verursachen. Empirische Untersuchungen zeigen, dass GKV-Versicherte insbesondere bei elektiven Facharztterminen häufig länger warten als PKV-Versicherte. Diese Unterschiede sind bei der Bewertung des Zugangs zur medizinischen Versorgung zu berücksichtigen. Aus ihnen lässt sich allerdings nicht ableiten, dass die PKV für das allgemeine Wartezeitenniveau verantwortlich ist.

Für eine umfassende gesundheitsökonomische Bewertung müssen zwei gegenläufige Wirkungsmechanismen betrachtet werden: Unterschiedliche Vergütungen können einerseits Anreize für eine bevorzugte Terminvergabe an PKV-Versicherte schaffen. Andererseits können die höheren Einnahmen aus ihrer Behandlung zur Finanzierung zusätzlicher Behandlungskapazitäten beitragen, von denen auch GKV-Versicherte profitieren können.

Eine nachhaltige Verringerung der Wartezeiten erfordert daher vor allem eine Betrachtung der verfügbaren Behandlungskapazitäten, ihrer regionalen Verteilung sowie der Organisation und Steuerung der Versorgung. Auch die Nutzung bestehender Terminvermittlungsangebote bietet Ansatzpunkte für Verbesserungen. Eine aktuelle Auswertung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung zeigt, dass 44 % der über die Terminservicestellen bereitgestellten Arzttermine ungebucht blieben (Zi 2026). Dies weist auf einen möglichen Verbesserungsbedarf bei der Vermittlung vorhandener Terminangebote hin. In welchem Umfang diese Termine tatsächlich ungenutzt blieben oder anderweitig vergeben wurden, lässt sich daraus jedoch nicht unmittelbar ableiten. Alles in allem ist die Schlussfolgerung, PKV-Versicherte seien für lange Wartezeiten von GKV-Versicherten verantwortlich, nicht haltbar. Wer Wartezeiten verringern will, sollte bei den Kapazitäten sowie bei der Steuerung und Organisation der Versorgung ansetzen. Auch eine Diskussion über Selbstbeteiligungen in der ambulant-ärztlichen Versorgung sollte geführt werden, um Anreize für eine bewusstere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu schaffen und vorhandene Behandlungskapazitäten gezielter einzusetzen.

Quellen

Bahnsen, L. und Wild, F. (2026). Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten Jahresbericht 2026. WIP-Analyse Februar 2026, Köln.

Eurostat (2026). Nach eigenen Angaben nicht erfüllter Bedarf nach ärztlicher Untersuchung oder Behandlung nach Geschlecht, Alter, angegebenem Hauptgrund und Verstädterungsgrad. Online verfügbar unter https://doi.org/10.2908/HLTH_SILC_21, Zugriff am 30.10.2026.

Lungen, M., Stollenwerk, B., Messner, P., Lauterbach, K. W. und Gerber, A. (2008). Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany. *International Journal for Equity in Health*, 7, 1.

Luque Ramos, A., Hoffmann, F. und Spreckelsen, O. (2018). Waiting times in primary care depending on insurance scheme in Germany. *BMC Health Services Research*, 18, 191.

Martin, S., Siciliani, L. und Smith, P. (2020). Socioeconomic Inequalities in Waiting Times for Primary care across Ten OECD Countries. *Social Science & Medicine*, 263, 113230.

Moscelli, G., Siciliani, L. und Tonei, V. (2016). Do waiting times affect health outcomes? Evidence from coronary bypass. *Social Science & Medicine*, 161, 151-159.

Muschol, J. und Gissel, C. (2021). COVID-19 pandemic and waiting times in outpatient specialist care in Germany: an empirical analysis. *BMC Health Services Research*, 21, 1076.

OECD (2020). Waiting Times for Health Services: Next in Line. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.

OECD (2025). Health at a Glance 2025: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris.

Reichert, A. und Jacobs, R. (2018). The impact of waiting time on patient outcomes: Evidence from early intervention in psychosis services in England. *Health Economics*, 27(11), 1772-1787.

Roll, K., Stargardt, T. und Schreyögg, J. (2012). Effect of type of insurance and income on waiting time for outpatient care. *Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, 37(4), 609-632.

Schwierz, C., Wübker, A., Wübker, A. und Kuchinke, B. A. (2011). Discrimination in waiting times by insurance type and financial soundness of German acute care hospitals. *European Journal of Health Economics*, 12(5), 405-416.

Siciliani, L., Lafortune, G., Fujisawa, R., Vuik, S. und Hewlett, E. (2023). A review of policies to reduce waiting times for health services across OECD countries: waiting times for health services. *Nordic Journal of Health Economics*, 11(1), 162-181.

Sobolev, B. und Fradet, G. (2008). Delays for coronary artery bypass surgery: How long is too long? *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 8(1), 27-32.

Werbeck, A., Wübker, A. und Ziebarth, N. R. (2021). Cream skimming by health care providers and inequality in health care access: Evidence from a randomized field experiment. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 188, 1325-1350.

Zi (2026). Grafik des Monats > Oktober 2026. Online verfügbar unter https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Medien/Grafik_des_Monats/2026/GdM_10-26_TSS-Buchungsquote.pdf, Zugriff am 30.10.2026.