



# Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung

## Ein europäischer Überblick

Verena Finkenstädt

**WIP**

Wissenschaftliches  
Institut der PKV

**Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung  
Ein europäischer Überblick**

Autorin:  
Verena Finkenstädt

März 2017

Herausgeber:  
Wissenschaftliches Institut der PKV  
Gustav-Heinemann-Ufer 74 c  
50968 Köln  
Tel.: +49 (221) 99 87 - 1652  
[www.wip-pkv.de](http://www.wip-pkv.de)

ISBN 978-3-9818269-0-6

# Inhalt

Abbildungsverzeichnis .....	2
Tabellenverzeichnis .....	3
<b>1. Einleitung.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Absicherung des Krankheitskostenrisikos in europäischen Ländern .....</b>	<b>6</b>
2.1    Umfang und Ausgestaltung des Krankenversicherungsschutzes .....	6
2.1    Angebot und Nachfrage in kollektiv finanzierten Gesundheitssystemen .....	9
<b>3. Zugangshürden im Ländervergleich.....</b>	<b>11</b>
3.1    Leistungsbegrenzungen .....	11
3.1.1    Arzneimittelversorgung.....	14
3.1.2    Zahnärztliche Versorgung .....	15
3.2    Einschränkung der Wahlfreiheit des Patienten.....	17
3.3    Obligatorische Zuzahlungen und Eigenanteile .....	22
3.4    Zwischenfazit.....	26
<b>4. Wartezeiten.....</b>	<b>28</b>
4.1    Umgang mit Wartezeiten .....	29
4.1.1    Erfassung von Wartezeiten .....	29
4.1.2    Ziele der Erfassung von Wartezeiten .....	30
4.2    Ländervergleich administrativer Daten zu Wartezeiten ..	34
4.3    Wartezeiten im Spiegel von Umfragen .....	37
4.3.1    Situation in Deutschland .....	37
4.3.2    Internationaler Vergleich .....	38
4.4    Zwischenfazit.....	43
<b>5. Zusammenhang von Zugangshürden und privater Inanspruchnahme .....</b>	<b>44</b>
5.1    Angebot privater Gesundheitsleistungen .....	44
5.2    Exkurs: Behandlung im Ausland.....	49
5.3    Die Finanzierung privater Gesundheitsleistungen .....	51
5.4    Die private Krankenzusatzversicherung im Ländervergleich.....	53
5.5    Zwischenfazit.....	61

<b>6. Versorgungsunterschiede als Folge von Zugangshürden .....</b>	<b>63</b>
6.1 Steuerfinanzierte Gesundheitssysteme .....	64
6.2 Beitragsfinanzierte Gesundheitssysteme .....	66
<b>7. Zusammenfassung und Fazit.....</b>	<b>69</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>73</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil der Bevölkerung mit Absicherung im Krankheitsfall im Jahr 2015 oder letztes verfügbares Jahr (in %) .....	7
Abbildung 2: Durchschnittliche Zeit von der Zulassung eines neuen Arzneimittels bis zur Markteinführung im Ländervergleich (in Monaten).....	15
Abbildung 3: Screenshot des Jahresberichtes 2015 zu Wartezeiten des spanischen Ministeriums für Gesundheit, Sozialpolitik und Gleichstellung .....	31
Abbildung 4: Screenshot der Homepage des niederländischen Reichsinstituts für Volksgesundheit und Umwelt zu Wartezeiten auf orthopädische Eingriffe im November 2016.....	33
Abbildung 5: Durchschnittliche Wartezeit von fachärztlicher Überweisung bis OP (in Tagen).....	35
Abbildung 6: Anteil der Patienten, die ab Überweisung länger als 3 Monate auf eine OP warteten (in %) .....	36
Abbildung 7: Anteil der Befragten, die 2 Monate oder länger auf einen Termin beim Facharzt warten mussten (in %).....	39
Abbildung 8: Anteil der Befragten, die am selben oder nächsten Tag einen Arzttermin erhielten, als sie das letzte Mal ärztliche Hilfe benötigten (in %).....	40
Abbildung 9: Anteil der Befragten, die immer oder oft am selben Tag eine Rückmeldung bekommen, wenn sie ihre Arztpraxis mit einer Frage während der Sprechzeiten anrufen (in %).....	40
Abbildung 10: Anteil der Patienten, die am selben oder nächsten Tag einen Termin beim Hausarzt erhalten können (in %).....	41

Abbildung 11: Anteil der EU-Bürger, für die „keine Wartezeit auf eine Behandlung“ ein wichtiges Kriterium für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung im eigenen Land ist (in %).....	42
Abbildung 12: Anteil der EU-Bürger, die für eine medizinische Behandlung ins Ausland reisen würden (in %).....	50
Abbildung 13: Bevölkerungsanteil mit privater Krankenzusatzversicherung in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen im Jahr 2014 (in %).....	54
Abbildung 14: Bevölkerungsanteil mit privater Krankenzusatzversicherung in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen im Jahr 2014 (in %) .....	58

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Organisation der Absicherung im Krankheitsfall für typische Arbeitnehmer im Ländervergleich.....	9
Tabelle 2: Absicherung von zahnärztlicher Behandlung im Ländervergleich.....	16
Tabelle 3: Wahlfreiheit des Patienten im Ländervergleich.....	19
Tabelle 4: Obligatorische Zuzahlungen für Personen, die keiner Befreiungsregelung unterliegen .....	23
Tabelle 5: Verfügbarkeit administrativer Daten zu Wartezeiten im Ländervergleich.....	29

# 1. Einleitung

Ein angemessener Zugang zur Gesundheitsversorgung ist in allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) ein grundlegendes politisches Ziel.<sup>1</sup> Dazu haben alle Länder eine über Steuern oder Beiträge finanzierte Grundabsicherung des Krankheitskostenrisikos entwickelt. Gemeinsame Merkmale sind unter anderem eine staatliche Preisregulierung und einheitliche Leistungskataloge. Auch wenn in den EU-Mitgliedsstaaten eine Basisabsicherung im Krankheitsfall existiert, sagt dies noch nichts über die tatsächliche Versorgung der Bevölkerung aus. Durch Zuzahlungen, Leistungsausschlüsse, Kapazitätsbegrenzungen und damit verbundene Wartezeiten kann sich der Zugang zum Gesundheitssystem im Ländervergleich stark unterscheiden.

Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) hat bereits im Jahr 2013 im Rahmen einer internationalen Vergleichsstudie nachgewiesen, dass Deutschland mit seinem umfangreichen medizinischen Leistungskatalog, den geringen Wartezeiten und Zuzahlungen sowie der großen Patientenautonomie bei der Auswahl von Ärzten und Krankenhäusern im Ländervergleich sehr gut abschneidet. In allen anderen Mitgliedsstaaten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) werden medizinische Leistungen deutlich stärker rationiert.<sup>2</sup> Die vorliegende Studie zeigt auf Basis aktueller Zahlen und Entwicklungen, wie der Zugang zur Gesundheitsversorgung im internationalen Vergleich reguliert wird. Es wird das damalige Ergebnis überprüft, dass einheitliche Krankenversicherungssysteme keinen Schutz vor Versorgungsunterschieden innerhalb der Bevölkerung bieten. Darüber hinaus wird beleuchtet, wie sich der Zugang der Patienten zur Versorgung je nach Finanzierungsform des öffentlichen Gesundheitssystems unterscheidet.

In die Untersuchung einbezogen werden diejenigen 23 Länder, die sowohl Mitgliedsländer der OECD als auch der EU- bzw. EFTA-Zone sind.<sup>3</sup> Dabei handelt es sich um Belgien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Luxemburg, Niederlande,

---

1 Vgl. Europäische Kommission (2017).

2 Vgl. Finkenstädt/Niehaus (2013).

3 Die OECD ist die Interessenvertretung westlich orientierter Industrieländer. Die OECD-Mitgliedsstaaten gelten als entwickelte Länder mit hohem Pro-Kopf-Einkommen. Für den Vergleich mit Deutschland sind insbesondere die EU- bzw. EFTA-Staaten von Interesse, da für diese ähnliche Grundprinzipien in Bezug auf die Gesundheitsversorgung der Bürger gelten.

Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien und Ungarn.<sup>4</sup>

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in sieben Kapitel. Nach der Einleitung wird in Kapitel 2 dargestellt, dass sich in allen Ländern steuer- oder beitragsfinanzierte Gesundheitssysteme zur Absicherung des Krankheitskostenrisikos etabliert haben. In einem kollektiv finanzierten System mit Zwangsmitgliedschaft sind jedoch die im freien Markt gültigen Mechanismen von Angebot und Nachfrage außer Kraft gesetzt. Dieses Kapitel verdeutlicht, warum die Einführung von Zugangshürden in öffentlichen Gesundheitssystemen somit unvermeidbar ist. Die maßgeblichen Zugangshürden zur gesundheitlichen Versorgung, die sich in den einzelnen Ländern entwickelt haben, erläutert Kapitel 3. Hierbei werden die Kriterien „Leistungsbegrenzungen“, „Einschränkung der Wahlfreiheit des Patienten“ und „obligatorische Zuzahlungen und Eigenanteile“ in den Fokus gerückt. Insbesondere als Folge von Kapazitätsbegrenzungen in der Gesundheitsversorgung entstehen Wartezeiten. Kapitel 4 zeigt zum einen, wie die hier untersuchten Länder mit Wartezeiten umgehen. Zum anderen wird das Ausmaß von Wartezeiten im internationalen Vergleich dargestellt. Kapitel 5 beleuchtet, inwiefern private Gesundheitsmärkte in einem systematischen Zusammenhang mit den Zugangshürden zu öffentlicher Gesundheitsversorgung stehen. Zudem wird gezeigt, in welcher Form sich vor diesem Hintergrund private Krankenversicherungsmärkte in den einzelnen Ländern bilden. Kapitel 6 gibt einen Überblick, in welchem Maß die beschriebenen Zugangshürden unter Berücksichtigung des jeweiligen Gesundheitssystems und der Bedeutung des privaten Marktes zu Versorgungsunterschieden in einheitlich organisierten öffentlichen Gesundheitssystemen führen. Das Schlusskapitel 7 liefert eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse.

---

4 Griechenland ist ebenfalls EU- und OECD-Mitglied, wird aber im Folgenden wegen seiner gegenwärtigen Sondersituation nicht berücksichtigt. Seit Beginn der Finanz- und Wirtschaftskrise 2009 hat sich die Lage der Gesundheitsversorgung im Land stetig verschlechtert. Die griechische Gesundheitsversorgung steht vor dem Kollaps (vgl. Sacharis (2015); Kötter (2015)).

## 2. Absicherung des Krankheitskostenrisikos in europäischen Ländern

### 2.1 Umfang und Ausgestaltung des Krankenversicherungsschutzes

Die Absicherung der Kosten für medizinische Leistungen und Güter ist das wichtigste Zugangskriterium zur Gesundheitsversorgung. In allen EU-Ländern besteht ein gesellschaftlicher Konsens, dass die Gesundheitsversorgung auf dem Niveau des diagnostischen und therapeutischen Fortschritts für jeden Einzelnen unabhängig von seinen finanziellen Möglichkeiten zugänglich sein soll.<sup>5</sup> Dieses Ziel ist auch Teil der EU-Gesundheitsstrategie.<sup>6</sup> Abbildung 1 zeigt, dass in allen hier untersuchten Ländern die Mehrheit der Bevölkerung im Krankheitsfall über eine Grundabsicherung verfügt, die über ein öffentliches Steuer- oder Sozialversicherungssystem finanziert wird.<sup>7</sup>

Deutschland unterscheidet sich von den übrigen Gesundheitssystemen durch sein duales Krankenversicherungssystem mit Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung. Im Jahr 2016 bestand für rund 11 % der Bevölkerung eine private Krankheitsvollversicherung.<sup>8</sup> Somit ist Deutschland das einzige Land, in dem es eine Pflicht zur Versicherung für alle Bürger gibt und in dem parallel zwei Systeme zur Absicherung der Krankheitskosten für relevante Teile der Bevölkerung existieren. Dagegen sind die Gesundheitssysteme der übrigen europäischen Länder nach uniformen Finanzierungsregeln für die gesamte Bevölkerung konzipiert.<sup>9</sup>

---

5 Vgl. OECD/EU (2016), S. 154.

6 Vgl. Europäische Kommission (2017).

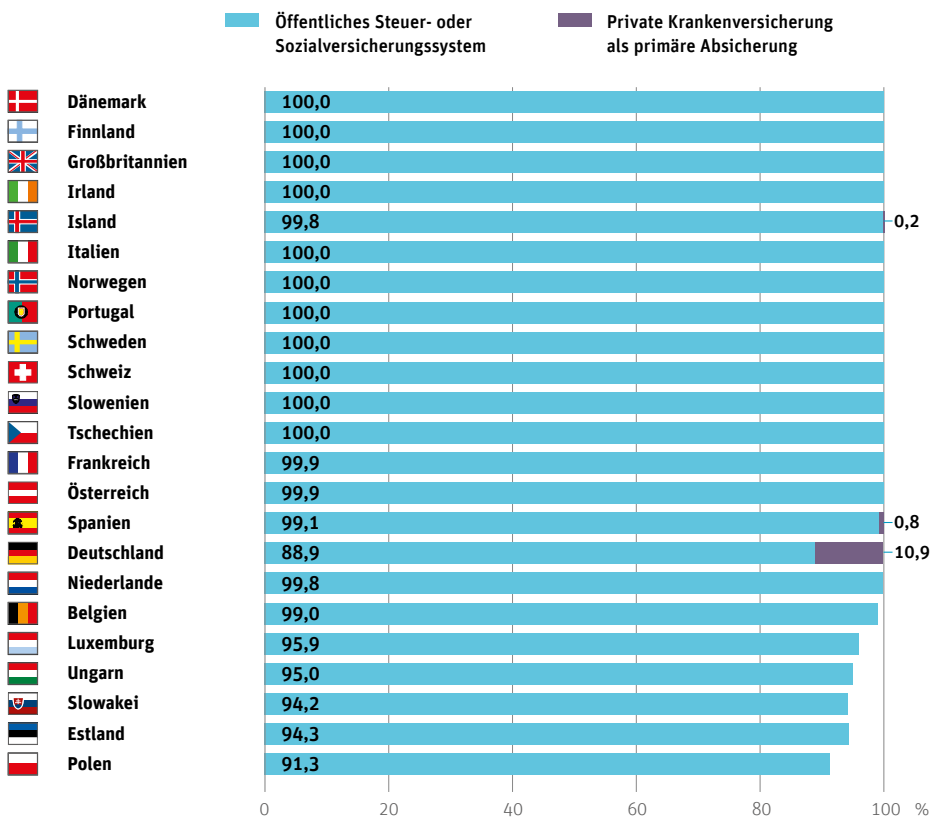
7 In fünf Ländern (Luxemburg, Ungarn, Slowakei, Estland und Polen) sind weniger als 99% der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert, wobei Luxemburg einen Sonderfall darstellt, da die dort wohnhaften Beamten der Europäischen Kommission und deren Familienangehörige dem Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Union angeschlossen sind (Art. 72 Verordnung Nr. 31 (EWG) 11 (EAG)). In Ungarn sollte der Abdeckungsgrad laut gesetzlicher Regelung 100% betragen, aber der Krankenversicherungsstatus von 4% der Bevölkerung wird als „unklar“ angegeben (vgl. Gaál et al. (2011), S. 70). Auch in der Slowakei gilt eine gesetzliche Krankenversicherungspflicht für die Bevölkerung. Ein Abdeckungsgrad von 100% wird hier nicht erreicht, da ein Teil der Slowaken in anderen EU-Ländern krankenversichert ist (vgl. Smatana et al. (2016), S. 75). In Estland sind 6% der Bevölkerung nicht von der Krankenversicherung erfasst, da es sich um Personen handelt, die entweder nicht erwerbstätig sind oder im Ausland arbeiten (vgl. Lai et al. (2013), S. 68). In Polen traten 2012 gesetzliche Regelungen in Kraft, laut denen der Anspruch auf Krankenversicherung bei Nichtzahlung der Beiträge entfällt. Damit sank der Anteil der krankenversicherten Bürger auf 91% (OECD (2015), S. 120).

8 Vgl. PKV-Verband (2017).

9 In Spanien besteht für bestimmte Gruppen Selbstständiger eine Opt-Out-Option aus dem staatlichen Einheitssystem. Zudem existieren in Spanien für Beamte im öffentlichen Dienst und für Justizbeamte zwei Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit (MUFACE und MUGEJU) sowie ein eigenes Versicherungssystem für die Streitkräfte (ISFAS). Diese Versicherungssysteme gelten als „halb-staatlich“ und sind in den in Abbildung 1 genannten 99,1% der spanischen Bevölkerung mit öffentlicher Absicherung im Krankheitsfall enthalten. →



Abbildung 1:  
**Anteil der Bevölkerung mit Absicherung im Krankheitsfall im Jahr 2015 oder letztes verfügbares Jahr (in %)**



Quelle: OECD (2016a).

Die staatliche Absicherung im Krankheitsfall ist je nach Land unterschiedlich organisiert. Grundsätzlich kann zwischen steuerfinanzierten und beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen unterschieden werden. In der älteren vergleichenden Wohlfahrtsforschung wird die idealtypische Form eines

→ Die spanischen Beamten können sich freiwillig für eine private Absicherung im Krankheitsfall entscheiden. Diese Option wird von 86% der Beamten wahrgenommen (vgl. Garcia-Armesto et al. (2010), S. 42, 90). In Island sind 0,2% der Bevölkerung privat krankenversichert. Hierbei handelt es sich nahezu ausschließlich um ausländische Staatsbürger oder Isländer, die nach längerem Auslandsaufenthalt wieder zurückkehren, da der Anspruch auf Absicherung durch das öffentliche System erst nach einer Wartezeit von 6 Monaten entsteht (vgl. Sigurgeirsdóttir/Waagfjörð/Maresso (2014), S. 54 f.).

steuerfinanzierten öffentlichen Gesundheitsdienstes als Beveridge-Modell bezeichnet, die beitragsfinanzierte Krankenversicherung mit Zwangsgliedschaft als Bismarck-Modell. Während das nach dem britischen Lord William Henry Beveridge benannte Modell eine universelle Basisabsicherung für die gesamte Bevölkerung vorsieht, die aus Steuereinnahmen finanziert wird (Versorgungsprinzip), basiert das Bismarck-Modell (benannt nach dem deutschen Reichskanzler Otto von Bismarck) auf sozialrechtlichen Ansprüchen, die im Sinne einer Versicherung über Beiträge aus dem Erwerbseinkommen erworben werden (Versicherungsprinzip).<sup>10</sup>

Das Beveridge-Modell sieht prinzipiell eine nationale Einheitskasse vor, wobei Gesundheitsleistungen von allen Einwohnern unentgeltlich in Anspruch genommen werden können. Die zuständigen staatlichen Behörden (z. B. Gesundheitsministerium) sind bei der Versorgung der Bevölkerung auf ein vorgegebenes Budget verwiesen.<sup>11</sup> Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben bzw. das Gesundheitsbudget steht in diesen Systemen immer in Konkurrenz zu anderen ebenfalls steuerfinanzierten Politikbereichen. In beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen sind indes die Kostenträger (d. h. die Krankenkassen) weitestgehend unabhängig von einem staatlich vorgegebenen globalen Budget, da die Versicherungsbeiträge zweckgebunden erhoben werden. Auch wenn bei höheren Ausgaben die Beiträge steigen können, um die Gesundheitsausgaben zu decken, gilt gemeinhin das Ziel der Beitragsstabilität.

Heute existiert jedoch kein Gesundheitssystem in einer dieser „Reinformen“, da alle Staaten Mischformen entwickelt haben. In Tabelle 1 sind die 23 hier untersuchten Länder entsprechend ihrer Organisation der Absicherung im Krankheitsfall eingeordnet.

Steuerfinanzierte Gesundheitssysteme lassen sich darüber hinaus danach differenzieren, auf welcher Ebene die Gesundheitsversorgung organisiert wird. So erfolgt in Großbritannien und Irland eine zentrale staatliche Steuerung der Gesundheitsversorgung durch die Regierung bzw. das Gesundheitsministerium. In Spanien und Portugal ist der Gesundheitsdienst dagegen auf regionaler Ebene organisiert, in den skandinavischen Ländern Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden auf kommunaler Ebene bzw. auf Ebene der Landkreise.<sup>12</sup>

In der Zusammenschau von Tabelle 1 mit dem Anteil der krankenversicherten Bevölkerung (Abbildung 1) wird deutlich, dass in allen steuerfinanzierten Gesundheitssystemen 100 % der Bevölkerung über eine Grundabsi-

---

<sup>10</sup> Vgl. Schölkopf/Pressel (2014), S. 2.

<sup>11</sup> Vgl. Engelhardt (1988), S. 41 f.

<sup>12</sup> Eine ausführliche Darstellung der Organisations- und Finanzierungsform der einzelnen Gesundheitssysteme findet sich bei Schölkopf/Pressel (2014), S. 13 ff.

**Tabelle 1:**  
**Organisation der Absicherung im Krankheitsfall für typische Arbeitnehmer im Ländervergleich**

Träger der öffentlichen Krankenversicherung	Finanzierung hauptsächlich durch	Land
Öffentlicher Gesundheitsdienst	<b>Steuern</b>	Dänemark, Finnland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Norwegen, Portugal, Schweden, Spanien
Einheits-Krankenkasse	<b>Beiträge</b>	Estland, Luxemburg, Polen, Ungarn, Slowenien
verschiedene Krankenkassen (keine Kassenwahl)		Belgien, Frankreich, Österreich
verschiedene Krankenkassen (freie Kassenwahl)		Deutschland (GKV), Niederlande, Schweiz, Tschechien, Slowakei

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Paris (2016), S. 12 ff.

cherung des Krankheitskostenrisikos verfügen. Dies ist damit zu erklären, dass das Recht auf einen freien Zugang zur medizinischen Versorgung ein Hauptmerkmal des nationalen Gesundheitsdienstes ist. In Ländern, in denen Krankenkassen Träger der Krankenversicherung sind, hängt die Absicherung dagegen grundsätzlich von der Zahlung von Beiträgen ab.

## 2.2 Angebot und Nachfrage in kollektiv finanzierten Gesundheitssystemen

Aufgrund der in Kapitel 2.1 beschriebenen kollektiven Steuer- oder Beitragsfinanzierung sind in den Gesundheitssystemen der untersuchten Länder die klassischen Mechanismen von Nachfrage, Angebot und Preisbildung außer Kraft gesetzt. Idealtypisch koordiniert im Modell eines vollkommenen Marktes der Preis das Angebot und die Nachfrage eines Gutes. Der Nachfrager reagiert auf zu hohe Preise mit einer Nachfragereduzierung oder wird ganz von der Nachfrage abgehalten. In kollektiv finanzierten Gesundheitssystemen findet die Zuteilung von Gesundheitsleistungen in der Regel nicht über den Preis statt, sondern die Versichertengemeinschaft oder der Steuerzahler trägt die Kosten für die Versorgung entweder ganz oder teilweise. Versicherte unterliegen dabei häufig der sogenannten „Nullkostenillusion“, weil sie nach Entrichtung des Krankenversicherungsbeitrages bzw. der Steuerzahlung nicht mehr mit den Kosten der Leistungsanspruchnahme konfrontiert werden. Dies führt zu einer Ausdehnung der Nachfrage.

Aufgrund des „moral hazard“-Effektes wird die Lücke zwischen Angebot und Nachfrage zusätzlich vergrößert. Mit „moral hazard“ wird allgemein die Verhaltensänderung einer Person nach Abschluss einer Versicherung

bezeichnet. Pauly konstatiert, dass umfassende Versicherungen immer eine Ressourcenverschwendung mit sich bringen, solange der Versicherte Umfang, Eintritt und Wahrscheinlichkeit des Schadensfalles beeinflussen kann. Die Versicherten werden verleitet, mehr Leistungen nachzufragen, da ihre Nachfrage sich nicht auf ihre individuelle Zahlungsverpflichtung auswirkt.<sup>13</sup> In der Folge müssen die Krankenversicherungsbeiträge bzw. Steuern erhöht oder Leistungen eingeschränkt werden.

Die Probleme des „moral hazard“ und des Nachfrageüberhangs treten – aufgrund der kollektiven Finanzierung – in jedem Versicherungssystem auf. Es ist jedoch nicht möglich, Gesundheitsgüter in unbegrenzter Menge an das gesamte Versichertenkollektiv bzw. an alle Bürger unentgeltlich abzugeben, da die Mittel begrenzt sind. So kann beispielsweise ein nationaler Gesundheitsdienst mit einem staatlich vorgegebenen Budget sachlogisch nur begrenzte Kapazitäten vorhalten – sei es in Bezug auf die Zahl der Ärzte oder der Betten in Krankenhäusern. Ein vielzitiertes Beispiel hierfür ist der Nationale Gesundheitsdienst (NHS) in England, der im Finanzjahr 2015/16 ein Defizit von 1,85 Milliarden Pfund (rund 2,2 Milliarden Euro) aufwies. Der starke Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bei gleichzeitig restriktiver budgetärer Grundausrüstung gilt als Hauptursache für den finanziellen Notstand des NHS.<sup>14</sup> Aber auch in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen werden Maßnahmen der Kostendämpfung getroffen. So sind beispielsweise in den Niederlanden die stetig steigenden Ausgaben seit Jahren ein Problem. Um die Kosten zu senken, hat der Gesundheitsminister hier mit den Verbänden der Leistungserbringer Vereinbarungen darüber getroffen, dass u. a. im Bereich der fachärztlichen Versorgung die Kosten von 2014 bis 2017 nicht mehr als 2,5 % pro Jahr steigen sollen.<sup>15</sup>

Um die Nachfrage einzugrenzen, müssen in kollektiv finanzierten Gesundheitssystemen somit an die Stelle des im freien Markt geltenden Preismechanismus andere Mechanismen treten. Dies geschieht üblicherweise durch die Etablierung von Zugangshürden, die die Nachfrage begrenzen und gleichzeitig den Leistungskatalog des öffentlichen Gesundheitssystems definieren. Die „Bestimmung des Leistungskataloges eines öffentlich finanzierten Gesundheitssystems durch politische Entscheidungen“ ist als Rationierung zu bezeichnen<sup>16</sup> und Rationierung ist somit gleichermaßen die Konsequenz aus der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen in einem öffentlich finanzierten Gesundheitssystem.<sup>17</sup> Durch die notwendigerweise

---

13 Vgl. Pauly (1968).

14 Vgl. Dunn/McKenna/Murray (2016), S. 1.

15 Vgl. Kroneman et al. (2016), S. 59.

16 Vgl. Breyer/Zweifel/Kifmann (2013), S. 231.

17 Vgl. Kliemt (1996), S. 23 ff.

errichteten Zugangshürden in kollektiv finanzierten Gesundheitssystemen kommt es somit immer auch zu Rationierung.<sup>18,19</sup>

## 3. Zugangshürden im Ländervergleich

Folgend wird dargestellt, welche Zugangshürden zur Gesundheitsversorgung im internationalen Vergleich existieren. Abhängig von der Organisations- und Finanzierungsform der jeweiligen Gesundheitssysteme ist die rationierende Wirkung unterschiedlich ausgeprägt.

### 3.1 Leistungsbegrenzungen

Die offensichtlichste Zugangshürde im Gesundheitswesen ist der konkrete Ausschluss von medizinischen Leistungen. Leistungsausschlüsse können als absoluter oder qualifizierter Ausschluss ausgestaltet sein. Bei einem absoluten Leistungsausschluss wird die entsprechende Leistung generell nicht vom öffentlichen Gesundheitssystem übernommen. Bei einem qualifizierten Leistungsausschluss kann die Leistung unter bestimmten Voraussetzungen erbracht und im Übrigen ausgeschlossen werden. Dies kann sich einerseits auf das Vorliegen einer bestimmten Indikation beziehen, andererseits auf eine bestimmte Patientengruppe (z. B. Übernahme einer Therapie nur bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre).<sup>20</sup>

In den hier untersuchten europäischen Ländern ist das Leistungsspektrum sehr ähnlich. So werden zum Beispiel die Kosten der medizinisch notwendigen ärztlichen ambulanten und stationären Versorgung überall übernommen.<sup>21</sup> Dies entspricht dem in Kapitel 2 erwähnten Grundsatz, nach dem alle EU-Bürger Zugang zu gesundheitlicher Versorgung haben sollen. Dennoch gibt es zwischen den einzelnen Ländern Unterschiede bei der konkreten Ausgestaltung des Leistungsspektrums, die je nach Finanzierungsform des Gesundheitssystems charakteristisch sind.

In Ländern mit steuerfinanzierten Einheitssystemen (z. B. Dänemark, Finnland, Großbritannien, Norwegen, Schweden, Portugal) hat die Bevölkerung prinzipiell Anspruch auf unentgeltliche staatliche Gesundheitsversorgung.<sup>22</sup>

---

18 Vgl. Breyer (2012).

19 Es existieren verschiedene Formen von Rationierung, wie explizite (offene) und implizite (verdeckte) Rationierung (näher dazu: Finkenstädt/Niehaus (2013), S. 14f.).

20 Vgl. Carlson (2014), S. 67.

21 Vgl. van der Wees et al. (2016). Eine Ausnahme bildet Irland in Bezug auf die hausärztliche Versorgung (siehe unten).

22 Vgl. Schölkopf/Pressel (2014), S. 13f.

Es gibt jedoch auf nationaler Ebene keinen explizit formulierten Leistungskatalog, sondern vielmehr die Verpflichtung des Staates, eine Mindestabsicherung zur Verfügung zu stellen (siehe Kapitel 2.1). Die nähere Ausgestaltung der Versorgung obliegt den nachgeordneten Behörden.<sup>23</sup>



### Beispiel Großbritannien

Im britischen NHS wird gesetzlich lediglich vorgeschrieben, dass Leistungen in dem Ausmaß zur Verfügung gestellt werden sollen, die den begründeten Anforderungen genügen („to meet all responsible requirements“).<sup>24</sup> Dies bedeutet dennoch nicht, dass alle Leistungen tatsächlich bezahlt werden. Vielmehr rationiert der NHS faktisch über Leistungsrestriktionen auf Basis der zur Verfügung stehenden Budgets.<sup>25</sup> Leistungsausschlüsse können hier auf zwei Ebenen formuliert werden: regional durch die Clinical Commissioning Groups (CCG) und national durch das Clinical Commissioning Board des NHS. Auf nationaler Ebene spielt zudem das National Institute for Health and Care Excellence (NICE) eine wesentliche Rolle, weil es verbindliche Leistungsausschlüsse formuliert.<sup>26</sup> Da die Entscheidung zur Kostenübernahme von (nicht bereits durch das NICE ausgeschlossenen) Leistungen im NHS auf lokaler Ebene getroffen wird, gibt es regionale Unterschiede beim Zugang zu bestimmten Behandlungen, wie beispielsweise Hüftoperationen. Hierfür existiert mit „postcode lottery“ sogar ein eigener Begriff.<sup>27</sup> Zudem zeigt eine Studie, dass in Großbritannien auf regionaler Ebene Leistungen regelhaft ausgeschlossen werden, auch wenn die entsprechende Empfehlung des NICE keine bindende Wirkung hat.<sup>28</sup>



### Beispiel Irland

Irland ist das einzige der hier untersuchten Länder, in dem das öffentliche Gesundheitssystem die Kosten der hausärztlichen Versorgung nicht für die gesamte Bevölkerung übernimmt. Nur Bürger unterhalb einer bestimmten Einkommensgrenze können einen Antrag auf eine Karte stellen, mit der sie kostenfrei Zugang zum Hausarzt haben. Im Jahr 2016 verfügten rund 37 % der irischen Bevölkerung über eine solche Karte. Die übrigen Bürger müssen den Besuch beim Hausarzt vollständig selbst bezahlen.<sup>29</sup>

23 Vgl. Schreyögg et al. (2005).

24 Section 3 of the NHS Health and Social Care Act 2012.

25 Vgl. Schölkopf/Pressel (2014), S. 15.

26 Vgl. Carlson (2014), S. 112.

27 Vgl. Cylus et al. (2015), S. 50.

28 Vgl. Edwards/Crump/Dayan (2015), S. 6f.

29 Vgl. Irisches Gesundheitsministerium (2016), S. 44.

## Beispiel Skandinavien



In Dänemark und Norwegen hat der Gesetzgeber festgelegt, dass nur Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr Anspruch auf zahnmedizinische Behandlungen haben.<sup>30</sup> In Schweden liegt die Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung bei den Provinzlandtagen und Kommunen. Somit haben Patienten (ähnlich wie im britischen NHS) nicht in allen Kommunen Anspruch auf dieselben Leistungen.<sup>31</sup>

In beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen (z. B. Deutschland, Österreich, Frankreich, Niederlande) haben sich Leistungskataloge und Richtlinien etabliert, die festlegen, welche Leistungen vom öffentlichen Gesundheitssystem übernommen werden bzw. auf welche Leistungen die versicherte Person Anspruch hat.

## Beispiel Niederlande



Im öffentlichen Krankenversicherungssystem der Niederlande gibt es einen Grundleistungskatalog („basispakket“), der einen Großteil der regulären medizinischen Versorgung abdeckt (z. B. Besuch beim Hausarzt). Einige Leistungen sind jedoch explizit nicht im „basispakket“ enthalten und müssen von den Patienten selbst finanziert werden, wie z. B. zahnärztliche Behandlung und Physiotherapie für Erwachsene oder Logopädie.<sup>32</sup> Auch im Bereich Schwangerschaft und Geburt gibt es Einschränkungen. So werden in den Niederlanden Geburten mit niedrig eingeschätztem Risiko grundsätzlich nur von Hebammen begleitet. Eine ärztliche Entbindung ist ausschließlich bei Risikoschwangerschaften vorgesehen, für die eine klare Indikationsliste verhandelt wurde.<sup>33</sup> Liegt kein medizinisches Risiko vor, wird eine Entbindung im Krankenhaus nicht von der Krankenkasse übernommen. Wünscht die betreffende Frau eine Geburt im Krankenhaus (sei es ambulant oder stationär), muss sie die Kosten in Höhe von rund 340 Euro pro Tag selbst finanzieren.<sup>34</sup>

## Beispiel Schweiz



Auch im Schweizer Gesundheitssystem existieren Leistungsausschlüsse. Insbesondere werden keine zahnmedizinischen Leistungen übernommen.<sup>35</sup>

30 Vgl. Olejaz et al. (2012), S. 135; Ringard et al. (2013), S. 116.

31 Vgl. Anell/Glenngård/Merkur (2012), S. 20.

32 Vgl. Niederländisches Institut für Gesundheitsleistungen (2017).

33 Vgl. Evers et al. (2010).

34 Vgl. ZorgWijzer.nl (2017).

35 Eine Ausnahme stellen Zahnbehandlungen aufgrund einer schweren und nicht vermeidbaren Erkrankung des Kausystems und Behandlungen aufgrund einer schweren Allgemeinerkrankung und ihrer Folgen dar (vgl. Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft (o.J.).)

Zudem entstehen aufgrund der kantonalen Organisation je nach Region unterschiedliche Angebote an Lebensrettungsdiensten oder an aufwendigen diagnostischen Apparaturen. Darüber hinaus wirkt in der Schweiz die Festlegung von Globalbudgets in Krankenhäusern als eine Begrenzung und damit als implizite Rationierung, wenn Behandlungsteams im Einzelfall nicht alle nützlichen Leistungen anbieten können oder wollen.<sup>36</sup>

### 3.1.1 Arzneimittelversorgung

In Bezug auf die Versorgung mit Medikamenten gibt es in nahezu allen hier betrachteten Ländern Positivlisten, die definieren, auf welche Medikamente Patienten Anspruch haben. Die Kosten aller Medikamente, die nicht auf der Liste stehen, werden nicht vom staatlichen Gesundheitssystem übernommen. Eine Ausnahme bildet Deutschland, wo alle Medikamente (mit Ausnahme von rezeptfreien<sup>37</sup>) vom öffentlichen Gesundheitssystem bezahlt werden, es sei denn, sie sind gesetzlich ausgeschlossen.<sup>38</sup> Im Gegensatz zu Deutschland gibt es in vielen anderen Ländern zudem Vorgaben von Seiten der Politik, Therapien zugunsten von besonders Kranken zu priorisieren oder Patienten ohne dringenden Bedarf erst einmal nicht zu behandeln.<sup>39</sup>

In diesem Zusammenhang ist von wesentlicher Bedeutung, ab wann Medikamente in den einzelnen Ländern auf eine Positivliste gesetzt werden, d. h. ab wann Patienten tatsächlich Zugang zu neuen, innovativen Medikamenten haben. Der Marktzugang für innovative Arzneimittel ist in vielen Ländern häufig aufgrund von komplizierten Vorschriften und Erstattungsverfahren verzögert und wird teilweise sogar abgelehnt. In fast allen Ländern mit Preisregulierung werden neue Medikamente nicht auf dem Markt eingeführt, solange die Entscheidungen über Erstattung und Preisbildung im Gesundheitssystem noch ausstehen.<sup>40</sup> Obwohl laut EU-Richtlinie 89/105/EEC nationale Entscheidungsverfahren für die Preisfestsetzung und Kostenerstattung bei innovativen Arzneimitteln in der Regel theoretisch innerhalb von 120 Tagen getroffen werden sollen, wird dies in der Praxis nicht umgesetzt. Im Jahr 2014 wurde dieses Ziel nur von Deutschland und Großbritannien erreicht.<sup>41</sup> Von allen hier untersuchten Ländern war die Zeitspanne von der Zulassung bis zum Zeitpunkt, zu dem das Medikament erstmalig

---

36 Vgl. Suter et al. (2007), S. 97.

37 Die Kosten rezeptfreier Medikamente übernimmt die GKV bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, bei Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, wenn Entwicklungsstörungen vorliegen oder wenn rezeptfreie Medikamente bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten (§ 34 Abs. 1 SGB V).

38 Vgl. Paris (2015).

39 Ein Beispiel ist die Behandlung von Hepatitis C. Durch neue Medikamente ist Hepatitis C heute fast immer heilbar. In Österreich, der Schweiz und Italien übernimmt das öffentliche Gesundheitssystem jedoch nicht für alle Patientengruppen die Kosten der medikamentösen Therapie (vgl. Ingiliz (2016)).

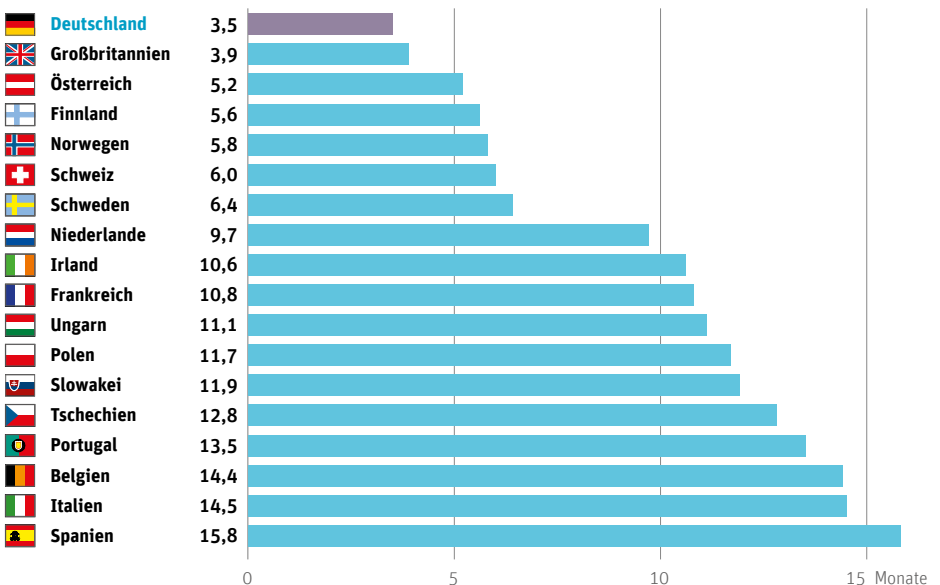
40 Vgl. Tost (2014).

41 Vgl. IMS Consulting Group (2015), S. 28.



auf dem nationalen Markt verkauft wurde, in Deutschland mit 3,5 Monaten am kürzesten. In den Niederlanden waren es 9,7 Monate und in Spanien sogar 15,8 Monate (Abbildung 2). Somit haben Patienten im deutschen Gesundheitssystem im internationalen Vergleich den schnellsten Zugang zu innovativen Medikamenten.

**Abbildung 2:**  
**Durchschnittliche Zeit von der Zulassung eines neuen Arzneimittels bis zur Markteinführung im Ländervergleich (in Monaten)**



Quelle: IMS Consulting Group (2015), S. 34.

### 3.1.2 Zahnärztliche Versorgung

Die Kosten zahnmedizinischer Leistungen werden in 10 Ländern nicht übernommen, in den übrigen Ländern müssen teilweise hohe Eigenanteile geleistet werden (Tabelle 2).

In Deutschland übernimmt die GKV im Bereich Zahnersatz nur die Kosten der sogenannten Regelversorgung im Rahmen befundbezogener Festzuschüsse (§§ 55 und 56 SGB V). Darüber hinausgehende Kosten muss der Patient selbst tragen. Interessant sind in diesem Zusammenhang die Ergeb-

**Tabelle 2:**  
**Absicherung von zahnärztlicher Behandlung im Ländervergleich**

	Zahnärztliche Leistungen
<b>Belgien</b>	ja, aber Eigenanteil
<b>Dänemark</b>	nein
<b>Deutschland</b>	ja, aber Eigenanteil
<b>Estland</b>	nein
<b>Finnland</b>	ja, aber Eigenanteil
<b>Frankreich</b>	ja, aber Eigenanteil
<b>Großbritannien</b>	ja, aber Eigenanteil
<b>Irland</b>	nein
<b>Island</b>	nein
<b>Italien</b>	nein
<b>Luxemburg</b>	ja, aber Eigenanteil
<b>Niederlande</b>	ja, aber Eigenanteil
<b>Norwegen</b>	nein
<b>Österreich</b>	ja, aber Eigenanteil
<b>Polen</b>	Ja
<b>Portugal</b>	nein
<b>Schweden</b>	ja, aber Eigenanteil
<b>Schweiz</b>	nein
<b>Slowakei</b>	nein
<b>Slowenien</b>	ja, aber Eigenanteil
<b>Spanien</b>	nein
<b>Tschechien</b>	ja, aber Eigenanteil
<b>Ungarn</b>	ja, aber Eigenanteil

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Paris et al. (2016), S. 44f.

nisse einer aktuellen Vergleichsstudie zur zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland, Frankreich, den Niederlanden, Ungarn, Dänemark, Großbritannien und der Schweiz. Demnach müssen GKV-versicherte Patienten im Verhältnis zu Versicherten anderer Länder einen relativ geringen Anteil der zahnmedizinischen Versorgung privat finanzieren. In den anderen untersuchten Ländern gehören viele zahnmedizinische Behandlungen, vor allem in der Prothetik, gar nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen bzw. der nationalen Gesundheitsdienste. Patienten müs-

## Leistungsumfang in Deutschland

GKV-Versicherte haben einen Anspruch auf eine ausreichende, bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende medizinische Krankenbehandlung (§ 2 SGB V). Hierzu zählen insbesondere die ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege, die Krankenhausbehandlung, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 20 ff. SGB V). Die Leistungen müssen dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügen. Das heißt, sie müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 SGB V). Der Leistungsumfang der GKV ist einheitlich gesetzlich geregelt und kann als relativ umfassend betrachtet werden. Allerdings sind Änderungen und Leistungskürzungen durch den Gesetzgeber möglich. Der Leistungsumfang der PKV richtet sich nach dem individuellen Tarif, den der Versicherte mit seinem Krankenversicherungsunternehmen abgeschlossen hat. Ein privater Krankenversicherungsvertrag kann nicht einseitig geändert werden. Im Unterschied zur GKV gilt daher in der PKV ein grundsätzlich lebenslanges Leistungsversprechen, dessen Erfüllung gewährleistet ist durch versicherungsrechtliche und aufsichtsrechtliche Vorkehrungen.

### Internationale Einordnung

Das deutsche Gesundheitssystem verfügt im internationalen Vergleich über einen der umfangreichsten Leistungskataloge. Durch das duale System steht hier die GKV unter besonderem Wettbewerbsdruck. Geringe Qualität oder Leistungskürzungen würden die Wettbewerbsposition der GKV gegenüber der PKV schwächen und werden daher vermieden. In Ländern mit einheitlichen Gesundheitssystemen können dagegen Leistungen relativ einfach begrenzt oder gestrichen werden. Insbesondere steuerfinanzierte Leistungen sind kaum vor Leistungskürzungen geschützt, da ihnen keine zurechenbare Gegenleistung gegenübersteht.

sen in diesen Ländern also ihre Behandlung vollständig selbst bezahlen.<sup>42</sup> Beispielsweise sind konservierend-chirurgische Behandlungen lediglich in Deutschland sowie in Ungarn generell zuzahlungsfrei, während in Dänemark, Frankreich und Großbritannien eine anteilige Eigenbeteiligung der Patienten gefordert wird, die je nach Behandlungsanlass zwischen 20 und 90 % der Behandlungskosten betragen kann.<sup>43</sup>

## 3.2 Einschränkung der Wahlfreiheit des Patienten

Wahlfreiheit beim Zugang zur medizinischen Versorgung ist ein Ausdruck von Patientensouveränität. In den letzten Jahren gab es in einigen Ländern Bestrebungen, das Patientenwahlrecht einzuführen oder auszuweiten, um mehr Bedarfsgerechtigkeit und Zufriedenheit zu erreichen. Allerdings ist

42 Vgl. Bundeszahnärztekammer (2015).

43 Vgl. Klingenberg et al. (2015), S. 93f.

die verbindliche Registrierung bei einem bestimmten Hausarzt nach wie vor weitverbreitet. Dadurch wird für Patienten die Möglichkeit erheblich eingeschränkt, im ambulanten Sektor weitere Ärzte zu kontaktieren.<sup>44</sup> Die verpflichtende Registrierung bei einem Hausarzt steht in direktem Zusammenhang mit dem sogenannten Gatekeeping-Modell: In vielen Ländern ist der Zugang zur fachärztlichen Versorgung durch den Hausarzt als Gatekeeper („Torwächter“) beschränkt. Dies bedeutet, dass der Patient einen Facharzt nicht ohne hausärztliche Überweisung aufsuchen darf. Grundgedanke hierbei ist, dass der Gatekeeper einen koordinierten und sektorenübergreifenden Behandlungsablauf sicherstellen soll. Er übernimmt jedoch gleichermaßen die Funktion des Kostenkontrolleurs, da der Gatekeeper den Großteil der Patienten selbst behandeln soll, ohne auf kostenintensivere fachärztliche oder stationäre Leistungen zuzugreifen.<sup>45</sup>

Die Effekte von Gatekeeping werden kontrovers diskutiert. Die bisher umfassendste systematische Übersicht zur Thematik von Busse et al. zeigt, dass die internationale Evidenz zu Effekten des Gatekeeping wegen ihrer geringen Qualität wenig belastbar und ihre Relevanz aus deutscher Perspektive sehr eingeschränkt ist. Feststellbar ist jedoch, dass Gatekeeping die Inanspruchnahme von Fachärzten sowie die Gesundheitsausgaben senkt. Allerdings kann nicht beantwortet werden, ob dies auf Kosten einer bedarfsgerechten Versorgung geschieht. Wie Prozessqualität, Zufriedenheit von Patienten oder Leistungserbringern beeinflusst wird, wird in den Studien widersprüchlich beantwortet oder nicht untersucht.<sup>46</sup> Gatekeeping wird dann zum Versorgungsproblem, wenn dem Versicherten dadurch eine eigentlich medizinisch notwendige Behandlung vorenthalten wird. Aus Sicht des Patienten bedeutet Gatekeeping eine fühlbare Einschränkung seiner Wahlfreiheit und die Versperrung des direkten Zugangs zum Facharzt.

Die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder unterscheiden sich darin, ob eine Registrierung bei einem bestimmten Hausarzt gesetzlich erforderlich ist, ob Patienten einen finanziellen Anreiz haben, dies zu tun (z. B. geringere Zuzahlung) oder ob eine Registrierung gar nicht erforderlich ist. Gleiches gilt für den freien Zugang zum Facharzt. Tabelle 3 gibt einen Überblick der Patientenwahlfreiheit im internationalen Vergleich in Bezug auf die Registrierung bei einem Hausarzt und den direkten Zugang zum Facharzt.

---

44 Vgl. Saltman (1994).

45 Vgl. Amelung (2011), S. 218f.; Zentner/Garrido/Busse (2008), S. 5.

46 Vgl. Zentner/Garrido/Busse (2010).

**Tabelle 3:**  
**Wahlfreiheit des Patienten im Ländervergleich**

		Hausärztliche Überweisung zum Facharzt		
		Erforderlich	Finanzieller Anreiz	Freier Zugang zum Facharzt
Registrierung bei einem Hausarzt	Erforderlich	Dänemark, Estland, Finnland, Niederlande, Irland*, Italien, Portugal, Slowenien, Slowakei, Spanien	Schweden	Tschechien
	Finanzieller Anreiz	Norwegen, Polen	Belgien, Frankreich, Schweiz	
	Keine Registrierung	Großbritannien, Ungarn		Deutschland, Island, Luxemburg, Österreich

Quelle: OECD (2012) und eigene Recherche.

Anmerkung: Angaben für Estland, Slowakei, Luxemburg, Schweden und Ungarn wurden von der OECD nicht aufgeführt und ergänzt (vgl. Lai et al. (2013); Smatana et al. (2016); Berthet et al. (2015); Anell/Glenngård/Merkur (2012); Gaál et al. (2011)).

\* Eine Registrierung ist für alle Iren obligatorisch, die die hausärztliche Versorgung vom öffentlichen Gesundheitssystem erstattet bekommen (siehe Kapitel 4.1).

Es wird deutlich, dass das verpflichtende Gatekeeping ein Hauptmerkmal der steuerfinanzierten Gesundheitssysteme ist (mit Ausnahme von Island und Schweden).

### Beispiel Dänemark



In Dänemark existieren zwei Absicherungsmöglichkeiten im öffentlichen Gesundheitssystem, die sich im Wesentlichen durch Unterschiede im Zugang zum Facharzt unterscheiden. Grundsätzlich sind alle Bürger der Gruppe 1 zugeordnet. Dänen ab 15 Jahre können sich freiwillig für Gruppe 2 entscheiden. Personen in Gruppe 1 sind verpflichtet, sich bei einem Hausarzt ihrer Wahl zu registrieren, wobei der Arzt nicht weiter als 15 km vom Wohnort entfernt sein darf (5 km im Bereich Kopenhagen).<sup>47</sup> Ein Wechsel des Hausarztes ist nur nach Genehmigung der jeweiligen Kommune möglich. In Kopenhagen wird hierfür eine Gebühr von 195 Kronen (rund 25 Euro) erhoben.<sup>48</sup> Die Behandlung durch den Hausarzt ist in Gruppe 1 kostenfrei, während in Gruppe 2 lediglich derjenige Betrag erstattet wird, der vom staatlichen Krankenversicherungssystem für die hausärztliche Behandlung von Gruppe 1-Patienten festgelegt wurde. Um eine fachärztliche

<sup>47</sup> Vgl. Olejaz et al. (2012), S. 46.

<sup>48</sup> Vgl. Stadt Kopenhagen (2017).

Behandlung zu erhalten, benötigen Gruppe 1-Versicherte eine Überweisung ihres Hausarztes, der somit als „Gatekeeper“ fungiert. Gruppe 2-Versicherte können jeden Facharzt ihrer Wahl ohne Überweisung aufsuchen und erhalten anschließend den Betrag erstattet, der für die fachärztliche Behandlung eines Gruppe 1-Versicherten angefallen wäre, unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten. 99 % der dänischen Bevölkerung sind in Gruppe 1 gegen das Krankheitsrisiko abgesichert.<sup>49</sup> Somit werden innerhalb des dänischen Einheitssystems zwei Klassen unterschieden. Damit besteht unabhängig von einem privaten Versicherungsmarkt die Möglichkeit, Wahlfreiheit im Gesundheitssystem zu erhalten, wenn entsprechende Selbstzahlungen in Kauf genommen werden.



### Beispiel Großbritannien

Im britischen NHS herrscht ein striktes Gatekeeping. Zudem ist eine Registrierung beim Hausarzt vorgesehen. Die Einführung des Gatekeeping geht auf die Kürzungen von Facharztsitzen und den Bedarf nach Kontrolle der öffentlichen Gesundheitsausgaben zurück.<sup>50</sup> Seit 2015 können Hausarztpraxen auch Patienten annehmen, die nicht in der näheren Umgebung der Praxis wohnen. Dies geschieht jedoch auf freiwilliger Basis und Praxen haben die Möglichkeit, Patienten abzulehnen.<sup>51</sup> In der Theorie dürfen Patienten mit einer hausärztlichen Überweisung seit 2008 den Facharzt frei wählen. Umfragen zeigen jedoch, dass diese Wahl in der Praxis nur einem von drei Patienten angeboten wird. Vielmehr bestimmen Hausärzte mit der Überweisung nach wie vor den aufzusuchenden Arzt.<sup>52</sup>



### Beispiel Finnland

In Finnland war eine Wahlfreiheit historisch kaum vorhanden. Erst eine Gesundheitsreform im Jahr 2011 hat hier Änderungen gebracht. Seit Mai 2011 konnten Patienten erstmalig innerhalb ihrer Wohngemeinde das Gesundheitszentrum ihrer Wahl aufsuchen. Seit 2014 ist die Arztwahl landesweit möglich, ein Wechsel der Praxis jedoch nur einmal pro Jahr. Wie in Dänemark gibt es keinen freien Zugang zum Facharzt.<sup>53</sup>

Aber auch in den Niederlanden sowie in den osteuropäischen Staaten Estland, Polen, Slowakei, Slowenien und Ungarn, die alle über weitgehend beitragsfinanzierte Gesundheitssysteme verfügen, kann der Patient den Facharzt nicht direkt aufsuchen.

49 Vgl. Olejaz et al. (2012), S. 47.

50 Vgl. Forrest (2003).

51 Vgl. National Health Service – NHS (2017).

52 Vgl. Niemiety (2016), S. 119f.

53 Vgl. Tynkkynen et al. (2016).

## Beispiel Niederlande



In den Niederlanden existiert ebenfalls ein strenges Gatekeeping, das einen freien Zugang zum Facharzt verhindert. Es besteht zwar theoretisch die Möglichkeit, den Hausarzt 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. Dieses Problem wird dadurch verstärkt, dass Hausärzte Patienten ablehnen können. Dies kann damit begründet werden, dass der Patient zu weit von der Praxis entfernt wohnt oder dass schon zu viele Patienten bei diesem Hausarzt registriert sind.<sup>54</sup> Diese Situation ist auch aus dem britischen NHS bekannt (siehe oben).

Doch auch in Gesundheitssystemen, in denen auf den ersten Blick keine Einschränkungen durch Gatekeeping existieren, wird die Wahlfreiheit der Patienten in der Praxis deutlich eingeschränkt, wie beispielhaft am schwedischen und am französischen Gesundheitssystem deutlich wird.

## Beispiel Schweden



Im steuerfinanzierten schwedischen Gesundheitssystem gibt es zwar kein Gatekeeping, jedoch existieren auf regionaler Ebene verschiedene Systeme, mit denen die Inanspruchnahme fachärztlicher Behandlung kontrolliert wird. Beispielsweise obliegt in der Provinz Skåne, wie auch in vielen anderen schwedischen Provinzen, den hausärztlichen Zentren die finanzielle Verantwortung für die Arzneimittelausgaben ihrer Patienten sowie für diagnostische Maßnahmen. Zudem gibt es für Patienten finanzielle Anreize, bei gesundheitlichen Beschwerden zuerst den Hausarzt zu kontaktieren. So müssen Patienten in allen Provinzen eine höhere Zuzahlung leisten, wenn sie einen Facharzt ohne hausärztliche Überweisung aufsuchen.<sup>55</sup>

## Beispiel Frankreich



Im beitragsfinanzierten französischen Gesundheitssystem sind die Patienten angehalten, sich bei einem Haus- oder Facharzt zu registrieren. Dieser Arzt wird der zuständigen Krankenkasse gemeldet, gilt dann als „médecin traitant“ (behandelnder Arzt). Die Wahl eines behandelnden Arztes ist zwar nicht verpflichtend, aber für Patienten entstehen bedeutende finanzielle Nachteile, wenn sie dies nicht tun. Wird kein „médecin traitant“ gewählt

54 Vgl. Kroneman et al. (2016), S. 49f.

55 Vgl. Iversen et al. (2016).

oder wird der Behandlungspfad nicht befolgt, den der „médecin traitant“ vorschlägt, reduziert sich die reguläre Kostenerstattung der Krankenkasse von 70 % auf nur noch 30 %.<sup>56</sup>

## Freie Arztwahl und direkter Zugang zum Facharzt in Deutschland

In Deutschland gilt grundsätzlich für alle Versicherten die freie Arztwahl. Für die Versicherten der GKV gilt lediglich die Vorgabe, dass der Arzt bzw. Zahnarzt 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. In Deutschland gibt es zudem traditionell kein Gatekeeping-System. Nach § 76 SGB V sind die Versicherten der GKV zwar aufgefordert, einen Hausarzt zu wählen, und die Krankenkassen müssen gemäß § 73b SGB V eine hausarztzentrierte Versorgung anbieten. Doch wenn der Versicherte keinen Hausarzt wählt, wird dies weder kontrolliert noch sanktioniert. Ein direktes Aufsuchen des Facharztes der eigenen Wahl ist in Deutschland jederzeit möglich. PKV-Versicherte können eine hausarztzentrierte Versorgung individuell im jeweiligen Krankenversicherungsvertrag vereinbaren.

### Internationale Einordnung

In Deutschland ist es selbstverständlich, einen Haus- oder Facharzt seiner Wahl aufzusuchen. Auch die Pflicht zur Registrierung bei einem Hausarzt existiert in Deutschland nicht. Dagegen ist in den meisten anderen europäischen Gesundheitssystemen die Einschränkung der Wahlfreiheit des Patienten eine institutionalisierte Zugangshürde. Auch wenn das Patientenwahlrecht in vielen Ländern ausgeweitet wurde, ist ein Gatekeeping in Verbindung mit einer verpflichtenden Registrierung bei einem bestimmten Hausarzt nach wie vor weitverbreitet (z. B. in den Niederlanden, Dänemark oder Spanien). Dadurch wird für Patienten die Möglichkeit erheblich eingeschränkt, im ambulanten Sektor weitere Ärzte zu kontaktieren.

## 3.3 Obligatorische Zuzahlungen und Eigenanteile

Das grundlegende Ziel von obligatorischen Zuzahlungen und Eigenanteilen<sup>57</sup> ist die Steuerung des Nachfrageverhaltens. Zuzahlungen begrenzen die „Nullkostenillusion“ der Versicherten (siehe Kapitel 2.2), da sie die (selbst zu tragenden) Kosten der Behandlung gegen ihren Nutzen abwägen und ihre Nachfrage gegebenenfalls reduzieren.

Grundsätzlich werden die Kosten für die akute ambulante und stationäre Behandlung in höherem Maße von öffentlichen Gesundheitssystemen übernommen als Arzneimittelkosten. An Letzteren müssen sich Patienten in fast

<sup>56</sup> Vgl. Nationale Krankenkasse für Arbeitnehmer (2014).

<sup>57</sup> Selbstbeteiligung, Selbstbehalt, Kostenbeteiligung oder Zuzahlung werden in dieser Arbeit als Synonyme verwendet. In der Schweiz wird in diesem Zusammenhang auch von Franchise gesprochen.



allen hier untersuchten Ländern in unterschiedlicher Höhe beteiligen.<sup>58</sup> Die folgende Tabelle gibt einen Überblick der obligatorischen Zuzahlungen beim Hausarzt, Facharzt und im Krankenhaus im Ländervergleich.

**Tabelle 4:**  
**Obligatorische Zuzahlungen für Personen, die keiner Befreiungsregelung unterliegen**

	Zuzahlung beim Hausarzt	Zuzahlung beim Facharzt	Zuzahlung im Krankenhaus
<b>Belgien<sup>59</sup></b>	6 Euro pro Besuch; mit elektronischer Patientenakte: 4 Euro pro Besuch	12 Euro pro Besuch	Mischung aus Zuzahlungen pro Tag und Pauschale, unterschiedlich je nach Art des Krankenhauses
<b>Dänemark<sup>60</sup></b>	Versicherte Gruppe 1: keine, Versicherte Gruppe 2: Differenzbetrag zwischen Behandlungskosten und staatlicher Gebührenordnung	siehe Zuzahlung beim Hausarzt	keine
<b>Deutschland<sup>61</sup></b>	keine	keine	10 Euro pro Tag für max. 28 Tage pro Jahr
<b>Estland<sup>62</sup></b>	keine bei Praxisbesuch, bis zu 5 Euro bei Hausbesuchen	bis zu 5 Euro	2,50 Euro pro Tag für max. 10 Tage pro Erkrankung
<b>Finnland<sup>63</sup></b>	16,10 bis 32,10 Euro	siehe Zuzahlung beim Hausarzt	stationär: 38,10 Euro pro Tag, ambulant: 32,10 Euro pro Besuch, ambulante OP: 105,50 Euro pro Tag.
<b>Frankreich<sup>64</sup></b>	30% der Kosten pro Besuch + 1 Euro je Arztbesuch	siehe Zuzahlung beim Hausarzt	20% + 18 Euro pro Tag
<b>Großbritannien<sup>65</sup></b>	keine	keine	keine
<b>Irland<sup>66</sup></b>	ohne „Medical Card“: Selbstzahlung; mit „Medical Card“ (d. h. Bedürftige): keine	keine	ohne „Medical Card“: 66 Euro pro Tag bis max. 660 Euro pro Jahr; mit „Medical Card“ (d. h. Bedürftige): keine
<b>Island<sup>67</sup></b>	Gestaffelt nach Personengruppen: 1.000 ISK (ca. 8 Euro*) pro Besuch für 18- bis 66-Jährige	Gestaffelt nach Personengruppen: 37 Euro pro Besuch + 40% der Mehrkosten für 18- bis 66-Jährige	keine

58 Vgl. OECD/EU (2016), S. 156. Eine Übersicht findet sich bei Paris et al. (2016), S. 48 ff.

59 Vgl. Nationales Institut für Gesundheit und Invaliditätsversicherung (2017a und 2017b).

60 Vgl. Olejaz et al. (2012), S. 46 f.

61 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2016a und 2016b). Die Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro ist seit dem 01.01.2013 entfallen.

62 Vgl. Lai et al. (2013), S. 81.

63 Vgl. Finnische Sozialversicherungsanstalt (2015).

64 Vgl. Chevreur et al. (2015), S. 85 f.

65 Vgl. Cylus et al. (2015), S. 54.

66 Vgl. McDaid et al. (2009), S. 86 f.

67 Vgl. Sigurgeirsdóttir/Waagfjörd/Maresso (2014), S. 65 f.

	Zuzahlung beim Hausarzt	Zuzahlung beim Facharzt	Zuzahlung im Krankenhaus
<b>Italien</b> <sup>68</sup>	keine	(je nach Region) bis zu 36,15 Euro pro Besuch + 10 Euro Gebühr	keine
<b>Luxemburg</b> <sup>69</sup>	20% der Kosten pro Besuch	siehe Zuzahlung beim Hausarzt	20,93 Euro pro Tag für max. 30 Tage pro Jahr
<b>Niederlande</b> <sup>70</sup>	keine	Selbstbehalt in Höhe von 385 Euro pro Jahr	siehe Zuzahlung beim Facharzt
<b>Norwegen</b> <sup>71</sup>	24 Euro bei Behandlung in Praxis tagsüber, 41 Euro bei Behandlung in Praxis nachts*	siehe Zuzahlung beim Hausarzt	keine
<b>Österreich</b> <sup>72</sup>	10 Euro pro Jahr (Serviceentgelt für e-card)	10 Euro pro Jahr (Serviceentgelt für e-card)	rund 10 Euro für max. 28 Tage
<b>Polen</b> <sup>73</sup>	keine	keine	keine
<b>Portugal</b> <sup>74</sup>	5 Euro pro Besuch	7,75 Euro pro Besuch	7 Euro pro Aufenthalt
<b>Schweden</b> <sup>75</sup>	11 – 22 Euro pro Besuch je nach Kommune	25 – 35 Euro pro Besuch je nach Kommune	max. 9 Euro pro Tag
<b>Schweiz</b> <sup>76</sup>	300 CHF (ca. 280 Euro*) pro Jahr (Franchise); 10% der Kosten, die Franchise übersteigen, bis max. 700 CHF (ca. 650 Euro*) (Selbstbehalt)	siehe Zuzahlung beim Hausarzt	Zuzahlung + 15 CHF (ca. 14 Euro*) Spitalbeitrag pro Tag
<b>Slowakei</b> <sup>77</sup>	keine	keine	keine
<b>Slowenien</b> <sup>78</sup>	10 – 90% der Kosten pro Besuch	siehe Zuzahlung beim Hausarzt	siehe Zuzahlung beim Hausarzt
<b>Spanien</b> <sup>79</sup>	keine	keine	keine
<b>Tschechien</b> <sup>80</sup>	keine	keine	keine
<b>Ungarn</b> <sup>81</sup>	keine	keine	keine

\* Wechselkurs am 09.01.2017

68 Vgl. Ferré et al. (2014), S. 59.

69 Vgl. Generalinspektion der Sozialversicherung (2015), S. 132, 155.

70 Vgl. Niederländische Regierung (2017).

71 Vgl. Ringard et al. (2013), S. 59.

72 Vgl. Hofmarcher/Quentin (2013), S. 106f.

73 Vgl. Sagan et al. (2011), S. 67.

74 Vgl. Vgl. Rodrigues/Schulmann (2014), S. 4.

75 Vgl. Anell/Glenngård/Merkur (2012), S. 62f.

76 Vgl. Schweizer Bundesamt für Gesundheit (2016).

77 Vgl. Smatana et al. (2016), S. 85.

78 Vgl. Albrecht et al. (2016), S. 59ff.

79 Vgl. García-Armesto et al. (2010), S. 100ff.

80 Vgl. Alexa et al. (2015), S. 45f.

81 Vgl. Bajji et al. (2015).

Wie Tabelle 4 zeigt, existieren in Ländern mit steuerfinanzierten Gesundheitsdiensten keine oder nur geringe Zuzahlungen im Bereich der ambulanten und stationären ärztlichen Behandlung. Dies entspricht der Philosophie dieser Gesundheitssysteme, allen Bürgern eine kostenlose Versorgung im Krankheitsfall bereitzustellen (siehe Kapitel 2.1). Belgien, Frankreich oder die Schweiz erheben dagegen vergleichsweise hohe Zuzahlungen. So zeigt eine aktuelle Studie des französischen Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), dass Versicherte in Frankreich im Durchschnitt über 1.900 Euro jährlich an Zuzahlungen leisten. Für diejenigen 10% der Bevölkerung mit den höchsten Zuzahlungen liegt der Durchschnitt sogar bei über 3.000 Euro pro Jahr.<sup>82</sup> Der hohe Anteil selbst zu tragender Kosten stellt in Frankreich eine maßgebliche Zugangshürde zur Gesundheitsversorgung dar.<sup>83</sup>

Alle hier untersuchten Länder haben unterschiedliche Regelungen implementiert, die bestimmte Bevölkerungsgruppen vor finanzieller Überforderung durch Zuzahlungen schützen sollen. So sind in nahezu jedem Land Kinder von obligatorischen Zuzahlungen ausgenommen. Mit Ausnahme der Schweiz, Österreichs und Tschechiens sind auch chronisch Kranke und/oder Menschen mit Behinderungen von Zuzahlungen befreit. Dagegen sind Regelungen, die Personen mit geringerem Einkommen vor finanzieller Überforderung durch Krankheitskosten schützen sollen, nicht so weit verbreitet (z. B. existieren in den Niederlanden, Polen und der Slowakei keine Zuzahlungsbefreiungen für einkommensschwache Personen).<sup>84</sup> Insbesondere für Patienten mit geringerem Einkommen können Zuzahlungen eine relevante Zugangshürde zur gesundheitlichen Versorgung darstellen: Verzichten Patienten aufgrund der Zuzahlung auf notwendige medizinische Leistungen, birgt dies die Gefahr der kosteninduzierten Unterversorgung.<sup>85</sup>

Ob Zuzahlungen eine sinnvolle Steuerungswirkung entfalten, wird in der Literatur kontrovers diskutiert.<sup>86</sup> So kann eine Selbstbeteiligung nur dann eine steuernde Wirkung besitzen, wenn medizinische Leistungen tatsächlich mehr als nötig nachgefragt werden. Dies ist z. B. bei stationären Leistungen zu bezweifeln, da Krankenhauseinweisungen sowie die Dauer des stationären Aufenthaltes nicht durch den Patienten, sondern durch einen Arzt bestimmt werden.

---

82 Vgl. Franc/Pierre (2016), S. 2.

83 Vgl. Perronin (2016), S. 2; Franc/Pierre (2016), S. 2.

84 Vgl. OECD/EU (2016), S. 156. Eine Übersicht findet sich bei Paris et al. (2016), S. 48ff.

85 Vgl. Bremer (2013); Whitehead/Dahlgren/Evans (2001).

86 Vgl. u. a. Holst (2004); Pfaff et al. (2003).

## Zuzahlungen in Deutschland

GKV-Versicherte über 18 Jahre leisten eine gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung bei Arzneimitteln, häuslicher Krankenpflege, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrkosten, Krankenhausbehandlung und ambulanter sowie stationärer Rehabilitation. Nach § 61 SGB V betragen Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, 10% des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr. Für die ambulante ärztliche Behandlung fallen keine Zuzahlungen an. Im Unterschied zur GKV gibt es in der PKV keine einheitlich vorgeschriebenen Zuzahlungen, sondern unterschiedliche Tarife mit individueller Ausgestaltung von Selbstbehalten.

### Internationale Einordnung

Patienten müssen sich in vielen Ländern an den Behandlungskosten beteiligen. Besonders hoch sind die Zuzahlungen in Frankreich, wo das öffentliche Gesundheitssystem nur etwa drei Viertel der Kosten medizinisch notwendiger Behandlungen übernimmt. Im internationalen Vergleich sind die Zuzahlungen im deutschen öffentlichen Gesundheitssystem moderat. In Deutschland sind im haus- und fachärztlichen Bereich keine Zuzahlungen zu leisten. Dies trifft nur auf sechs der anderen Vergleichsländer zu. Zudem wurde in Deutschland die Praxisgebühr (als gesetzlich eingeführte Zuzahlung in Höhe von 10 Euro) zum 01.01.2013 sogar wieder abgeschafft.

## 3.4 Zwischenfazit

In allen untersuchten Ländern existieren Zugangshürden zur gesundheitlichen Versorgung – sei es in Form von Leistungsausschlüssen, Gatekeeping und/oder obligatorischen Zuzahlungen. Diese Rationierungsmaßnahmen sind der Ausschaltung der normalen Marktmechanismen inklusive der freien Preisbildung geschuldet (siehe Kapitel 2.2). Der Preis nimmt in kollektiv steuer- und beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen nicht die Steuerungsfunktion ein, die er auf dem freien Markt hätte. Die beschriebenen Zugangshürden reduzieren die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bzw. die Inanspruchnahme der vom öffentlichen Gesundheitssystem abgedeckten Leistungen und begegnen dem allen Versicherungen zugrundeliegenden Moral-Hazard-Problem.

Leistungsbegrenzungen und -ausschlüsse zeigen sich in den hier untersuchten europäischen Ländern nicht auf den ersten Blick, da die Kosten der medizinisch notwendigen ärztlichen ambulanten und stationären Versorgung überall übernommen werden (siehe Kapitel 3.1). Bei der konkreten Ausgestaltung der Leistungsansprüche gibt es jedoch Unterschiede, die oftmals von der Finanzierungsform des Gesundheitssystems abhängen: Während in beitragsfinanzierten Systemen festgelegte Leistungskataloge üblich sind, definiert die Mehrzahl der steuerfinanzierten Systeme auf nationaler Ebene

ne keine konkreten Leistungsansprüche. Die Eingrenzungen erfolgen hier auf anderen Wegen: So werden Leistungen z. B. nur dann vom öffentlichen Gesundheitssystem übernommen, wenn eine bestimmte Indikation vorliegt oder wenn der Patient zu einer definierten Gruppe gehört (z. B. Übernahme einer Therapie nur bei Kindern). In vielen Ländern bestehen auch konkrete Leistungsausschlüsse, wie z. B. Physiotherapie in den Niederlanden. Die zahnärztliche Versorgung wird in fast keinem der steuerfinanzierten Gesundheitssysteme übernommen, während sie in vielen beitragsfinanzierten Ländern Teil des Leistungsspektrums ist (allerdings fallen teilweise hohe Eigenanteile für den Patienten an). In Bezug auf die Versorgung mit Medikamenten gibt es in fast allen hier betrachteten Ländern Positivlisten, die definieren, auf welche Medikamente Patienten Anspruch haben. Die Kosten aller Medikamente, die nicht auf der Liste stehen, werden nicht vom staatlichen Gesundheitssystem übernommen. Das deutsche Gesundheitssystem gewährt im internationalen Vergleich einen sehr umfangreichen Leistungskatalog – sei es im Krankheitsfall oder bei Schwanger- und Mutterschaft.<sup>87</sup> Zudem haben Patienten im deutschen Gesundheitssystem im internationalen Vergleich den schnellsten Zugang zu innovativen Medikamenten.

Eine weitere Zugangshürde ist die Einschränkung der freien Arztwahl und insbesondere das verpflichtende Gatekeeping. Beides ist vor allem in Ländern mit steuerfinanzierten Gesundheitssystemen typisch (siehe Kapitel 3.2). Der Hausarzt als „Gatekeeper“ schließt in vielen Ländern einen direkten Zugang zum Facharzt gänzlich aus. In Gesundheitssystemen, in denen ein Zugang zum Facharzt trotz Gatekeeping möglich ist, ist der direkte Besuch beim Facharzt dann für den Patienten mit spürbaren finanziellen Nachteilen verbunden. Gatekeeping bedeutet für den Patienten immer eine Einschränkung seiner Wahlfreiheit und die Erschwerung oder gänzliche Versperrung des direkten Zugangs zum Facharzt.

Nicht zuletzt wirken obligatorische Zuzahlungen als Hürde bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Sie sind v. a. in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen ein weitverbreitetes Mittel, um den Zugang zur Versorgung zu begrenzen, und es gibt sie in fast allen Versorgungsbereichen (siehe Kapitel 3.3). Auch wenn einige Länder Regelungen implementiert haben, die bestimmte Bevölkerungsgruppen vor finanzieller Überforderung durch Zuzahlungen schützen, bleibt eine Lenkungswirkung der Zuzahlungen für die übrigen Bevölkerungsteile, die rationierend wirkt – insbesondere dann, wenn gerade einkommensschwache Personen nicht von Zuzahlungen befreit sind. In jedem Fall verstärkt eine direkte Kostenbeteiligung die Ungleichheit von Zugangschancen zur gesundheitlichen Versorgung.

---

87 Vgl. Busse/Blümel (2014), S. 281.

In der Zusammenschau zeigt sich, dass Länder, die keine oder nur geringe Zuzahlungen für ärztliche Behandlung erheben, den Zugang zur Versorgung über Gatekeeping begrenzen, d. h. es gibt keinen freien Zugang zum Facharzt. Dies ist beispielsweise der Fall in Dänemark, Großbritannien, Italien, Polen und Spanien. In Finnland, den Niederlanden, Norwegen, Portugal und Slowenien werden sowohl Eigenbeteiligungen als auch Gatekeeping als Zugangshürden eingesetzt. Andersherum wird deutlich, dass Länder mit vergleichsweise hohen Zuzahlungen auf ein Gatekeeping im Gesundheitssystem verzichten (z. B. Belgien, Frankreich und die Schweiz).

Die in diesem Kapitel beschriebenen Hürden erschweren Patienten den Zugang zur Gesundheitsversorgung, können sie sogar ganz von einer Behandlung abhalten und führen faktisch zu einer Rationierung, die objektiv zu beobachten und empirisch nachweisbar ist. Neben Österreich und Tschechien ist Deutschland das einzige Land, in dem in der ambulanten ärztlichen Versorgung weder Zuzahlungen erhoben werden noch ein Gatekeeping stattfindet. Zudem existiert im deutschen Gesundheitssystem einer der umfangreichsten Leistungskataloge im internationalen Vergleich.

## 4. Wartezeiten

Wartezeiten entstehen, wenn die Kapazität des Versorgungssystems nicht ausreicht, um die aktuelle Nachfrage zu befriedigen. Sie können als Indikator für Rationierung dienen, denn Wartezeiten erschweren den Zugang zu Gesundheitsleistungen teils in erheblichem Maß.<sup>88</sup> Für den Patienten sind Wartezeiten daher ein wichtiger und fühlbarer Qualitätsindikator eines Gesundheitssystems.<sup>89</sup> Negative Auswirkungen sind eine verzögerte Behandlung und Heilung des Kranken, Schmerzen und Ängste während des Wartens sowie das Risiko schlechterer Behandlungsergebnisse.<sup>90</sup> In diesem Abschnitt wird dargestellt, wie Länder mit Wartezeiten umgehen und wie sich die Dauer von Wartezeiten im internationalen Vergleich darstellt.

---

88 Von Wartezeiten als Rationierungsinstrument sind Zeiten des sogenannten „watchful waitings“ abzugrenzen. Bei diesem Prozess des „beobachtenden Abwartens“ wird der Gesundheitszustand des Patienten im Zeitverlauf ärztlich überwacht und entschieden, ob eine medizinische Intervention durchgeführt oder der Patient weiter beobachtet wird (vgl. Meyer/Rees (2012)). Im Unterschied zu Wartezeiten, die durch Budget- bzw. Ressourcenknappheit entstehen, befindet sich der Patient beim „watchful waiting“ unter regelmäßiger ärztlicher Kontrolle.

89 In einer Vielzahl von Studien wird die Qualität eines Gesundheitssystems anhand der Informationen zu Wartelisten und zur Wartezeit definiert (vgl. Kiil (2012)).

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

## 4.1 Umgang mit Wartezeiten

Die hier untersuchten europäischen Länder unterscheiden sich im Umgang mit Wartezeiten. Dies betrifft insbesondere den Aspekt, ob Wartezeiten offiziell erfasst und veröffentlicht werden und wenn ja, zu welchem Zweck dies geschieht.

### 4.1.1 Erfassung von Wartezeiten

In 14 der 23 untersuchten europäischen Länder existieren administrative Daten zu Wartezeiten im Gesundheitssystem, die in unterschiedlicher Form auf den offiziellen Internetseiten der zuständigen Behörden und Institute veröffentlicht werden. Für die übrigen 9 Länder sind dagegen keine administrativen Daten zu Wartezeiten öffentlich verfügbar. Allerdings können Wartezeiten auch in diesen Ländern durchaus vorkommen. In vielen Fällen werden sie lediglich nicht offiziell dokumentiert und veröffentlicht.

Tabelle 5 verdeutlicht, dass alle Länder, deren Gesundheitssystem hauptsächlich über Steuern finanziert wird, offizielle Angaben zu Wartezeiten veröffentlichen, während es in der Mehrzahl der Länder mit beitragsfinanzierten Krankenversicherungssystemen keine offiziellen Statistiken zu Wartezeiten gibt. Estland, die Niederlande, Polen und Ungarn bilden Ausnahmen, da diese Länder zwar auch über ein beitragsfinanziertes Krankenversicherungssystem verfügen, aber dennoch offizielle Wartelisten im Gesundheitswesen kennen. Allerdings existieren in Estland, Polen und Ungarn Einheitskassen und eine zweckgebundene Steuer, die nur zur Finanzierung des Gesundheitssystems bestimmt ist. Damit sind diese Länder den steuerfinanzierten Einheitssystemen ähnlicher als den beitragsfinanzierten Krankenversicherungssystemen.

**Tabelle 5:**  
**Verfügbarkeit administrativer Daten zu Wartezeiten im Ländervergleich**

	Administrative Daten zu Wartezeiten verfügbar	Administrative Daten zu Wartezeiten nicht verfügbar
<b>Überwiegend steuerfinanziertes Gesundheitssystem</b>	Dänemark, Finnland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Norwegen, Portugal, Schweden, Spanien	–
<b>Überwiegend beitragsfinanziertes Gesundheitssystem</b>	Estland, Niederlande, Polen, Ungarn	Belgien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Österreich, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Tschechien

Quelle: Eigene Darstellung.

### 4.1.2 Ziele der Erfassung von Wartezeiten

Diejenigen Länder, die administrative Daten erheben, auswerten und öffentlich zur Verfügung stellen, verfolgen hauptsächlich zwei Ziele: ein öffentliches Wartezeiten-Monitoring im Gesundheitssystem und/oder eine Information für Patienten über Wartezeiten auf medizinische Versorgung.

#### Monitoring der Wartezeit

Estland, Finnland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, die Niederlande, Norwegen, Portugal, Schweden und Spanien veröffentlichen in regelmäßigen Abständen statistische Auswertungen auf nationaler Ebene. Jedes dieser Länder führt nationale Wartezeit-Statistiken zu unterschiedlichen Versorgungsbereichen, wie z. B. Wartezeiten auf geplante Eingriffe, diagnostische Verfahren, Zahnbehandlung oder Wartezeiten in der Notaufnahme. Der Schwerpunkt liegt in allen Ländern auf planbaren operativen Eingriffen (z. B. Einsatz einer neuen Hüfte). Allen Ländern ist gemeinsam, dass auf nationaler Ebene ein öffentliches Monitoring der Wartezeiten auf im Krankenhaus durchgeführte elektive Eingriffe und Verfahren durchgeführt wird. Ein Monitoring der Wartezeiten erfolgt in erster Linie auf Basis der Indikatoren „Dauer der Wartezeit“ und „Anzahl der Patienten“. Die Wartezeit wird in Tagen, Wochen oder Monaten angegeben. In Bezug auf die Patienten wird entweder die Anzahl auf einer Warteliste zu einem bestimmten Stichtag (z. B. zum 30.06.) dargestellt oder der Anteil, der länger als eine bestimmte Zeit auf eine Behandlung warten muss. Zudem werden die Daten in fast allen Ländern räumlich differenziert dargestellt (z. B. je Region oder je Krankenhaus) sowie nach Fachbereichen oder Art des Eingriffs. Während in Portugal und Spanien nationale Statistiken zu Wartezeiten nur einmal pro Jahr veröffentlicht werden, werden in Großbritannien, Irland und Schweden jeden Monat entsprechende Daten herausgegeben, so dass hier ein enghesigeres Monitoring der Wartezeit existiert.

Die Analyse zeigt, dass Wartezeiten auf Ebene der staatlichen Akteure (Behörden und Ministerien) als ein „Performance Indicator“ des Gesundheitssystems gelten. So wird durch einen jährlichen bzw. monatlichen Vergleich von Wartezeiten deren Zu- oder Abnahme im Zeitverlauf sichtbar. In allen oben genannten Ländern (mit Ausnahme von Island) existieren nationale Wartezeit-Garantien, die eine maximale Wartezeit für Patienten festlegen.<sup>91</sup> Hier dient das Monitoring auch zur Überwachung der Einhaltung dieser Vorgaben. Zudem legen die Einrichtungen durch die Publikation von Wartezeiten Rechenschaft gegenüber der sie finanzierenden und nutzenden Öffentlichkeit ab.<sup>92</sup> Auf Ebene der direkten Patientenversorgung wird die

91 Vgl. Siciliani/Borowitz/Moran (2013), S. 51 f.

92 Vgl. Smith/Mossialos/Papanicolas (2013), S. 10.



Wartezeit als Leistungskennzahl bzw. Benchmark genutzt, die dem Management und Controlling in medizinischen Einrichtungen dient.

Als Beispiel für ein staatliches Monitoring stationärer Wartezeiten zeigt die folgende Abbildung einen Auszug des entsprechenden Jahresberichtes des spanischen Ministeriums für Gesundheit, Sozialpolitik und Gleichstellung.

### Abbildung 3: Screenshot des Jahresberichtes 2015 zu Wartezeiten des spanischen Ministeriums für Gesundheit, Sozialpolitik und Gleichstellung

#### SITUACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN EL SNS

DATOS A 31 DE DICIEMBRE DE 2015

#### Distribución procesos seleccionados

PROCESOS	Total pacientes en espera estructural	Diferencia con diciembre 2014	Tasa por 1.000 hab.	Porcentaje más de 6 meses	Tiempo medio de espera (días)	Diferencia con diciembre 2014
Catarata	91.184	-4.713	2,03	3,3	69	-5
Hernia inguinal / crural	26.532	2.525	0,59	10,6	83	8
Prótesis cadera	11.087	-897	0,25	14,6	101	-3
Artroscopia	22.030	4.361	0,49	17,4	106	12
Varices MM.II.	13.893	709	0,31	11,6	90	-5
Colecistectomía	14.013	756	0,31	9,8	83	-3
Hallux valgus	15.483	3.396	0,34	15,9	100	12
Adeno-amigdalectomía	10.695	1.796	0,24	13,4	87	10
Hipertrofia benigna de próstata	5.739	162	0,13	11,7	86	12
Quiste pilonidal	5.180	128	0,12	8,7	78	3
Túnel carpiano	12.454	2.398	0,28	10,5	82	3
<b>Total Procesos seleccionados</b>	<b>228.290</b>	<b>10.621</b>	<b>5,07</b>	<b>9,0</b>	<b>80</b>	<b>0</b>

Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera del SNS

Los datos corresponden a las 17 comunidades autónomas y el INGESA

Quelle: Spanisches Ministerium für Gesundheit, Sozialpolitik und Gleichstellung (2016).

Die Statistik zeigt, dass in Spanien im Dezember 2015 549.424 Patienten auf Wartelisten für Operationen standen. Die durchschnittliche Wartezeit für diese Eingriffe betrug 89 Tage, wobei sich die Wartezeit je nach Fachgebiet deutlich unterscheidet. Beispielsweise musste auf einen neurochirurgischen Eingriff im Durchschnitt über 5 Monate gewartet werden.

### Zentrale Patienteninformation

Auf der Mikroebene ist die Wartezeit ein Kriterium bei der Entscheidung, in welchem Krankenhaus Patienten eine Behandlung durchführen lassen. In Dänemark, Estland, Großbritannien, Irland, Niederlande, Norwegen, Po-

len, Portugal, Schweden und Ungarn werden aktuelle Wartezeiten auf eine Behandlung im Krankenhaus an zentraler Stelle als Informationsquelle für Patienten veröffentlicht. Durch die transparenten Wartezeiten sollen Patienten gegebenenfalls auch in bestimmte Krankenhäuser gesteuert werden, die geringere Wartezeiten haben. So weist z. B. der NHS England explizit darauf hin, dass Patienten die Wartezeiten von Krankenhäusern vergleichen können, um für ihre Behandlung das Krankenhaus mit den geringsten Wartezeiten auszuwählen.<sup>93</sup>

Die Patienteninformationen sind je nach Land unterschiedlich aufbereitet, enthalten aber immer die Wartezeit im Krankenhaus. Dass für den außerklinischen ambulanten Bereich weniger administrative Daten vorliegen, kann unter anderem damit begründet werden, dass die ambulante fachärztliche Versorgung in vielen Ländern ebenfalls im Krankenhaus stattfindet.<sup>94</sup> Eine Patienteninformation zu Wartezeiten erfolgt in den meisten Ländern auf Basis der Wartezeit in Wochen oder Tagen. Irland, Polen und Ungarn veröffentlichen auch die aktuelle Anzahl der wartenden Patienten pro Einrichtung. Mit Ausnahme von Norwegen werden die Daten nicht aggregiert, sondern sind für jedes einzelne Krankenhaus abrufbar. Informationen zu den Wartezeiten, aufgeschlüsselt nach einzelnen Fachrichtungen oder Eingriffen, sind in Dänemark, Estland, Großbritannien, den Niederlanden, Polen, Portugal, Schweden und Ungarn verfügbar. Die aktuellsten Informationen finden sich im englischen NHS: Die Wartezeit auf einen Facharzt-Termin nach Überweisung durch den Hausarzt wird täglich aktualisiert. Dänemark, Estland, die Niederlande und Portugal halten monatsaktuelle Daten vor, während Patienten in Irland, Norwegen, Polen und Schweden nur auf die Wartezeiten vergangener Monate zugreifen können. In der Zusammenschau bietet Portugal die ausführlichsten Patienteninformationen. Dort existiert die Möglichkeit, sich bei einem geschützten Online-Portal zu registrieren, über das die persönliche Position auf der Warteliste und die voraussichtliche Wartezeit abgerufen werden kann. Die in Norwegen veröffentlichten Daten bieten hinsichtlich Aktualität und Detailtiefe dagegen den geringsten Informationsgehalt für Patienten.

Ein Beispiel für eine Patienteninformation zu stationären Wartezeiten findet sich im niederländischen Gesundheitssystem: Seit 2008 verpflichtet die niederländische Gesundheitsbehörde (Nederlandse Zorgautoriteit – NZa) die Krankenhäuser, ihre jeweiligen Wartezeiten für elektive Eingriffe auf ihren Internetseiten zu veröffentlichen. Das staatliche niederländische Institut für Volksgeundheit und Umwelt (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu - RIVM) veröffentlicht die Wartezeiten im Bereich der planbaren

---

93 Vgl. National Health Service – NHS (2016a).

94 Vgl. Ettelt et al. (2006).

Operationen einmal pro Quartal je Krankenhaus im Internet.<sup>95</sup> Zur Veranschaulichung zeigt der folgende Screenshot die Wartezeiten auf einen orthopädischen Eingriff in niederländischen Krankenhäusern. Bei Auswahl einer bestimmten Klinik wird die Wartezeit je verfügbaren Eingriff in Wochen angezeigt.

**Abbildung 4:**  
**Screenshot der Homepage des niederländischen Reichsinstituts für Volksgesundheit und Umwelt zu Wartezeiten auf orthopädische Eingriffe im November 2016**

▼ **Wachttijden ziekenhuiszorg orthopedie**

Wachttijden ziekenhuiszorg orthopedie november 2016

**NAAM**

- Admiraal De Ruyter Ziekenhuis, loc. Goes
- Admiraal De Ruyter Ziekenhuis, loc. Vlissingen
- Admiraal De Ruyter Ziekenhuis, loc. Zierikzee
- Albert Schweitzer Ziekenhuis (ASZ), loc. Dordwijk
- Albert Schweitzer Ziekenhuis (ASZ), loc. Ridderkerk
- Albert Schweitzer Ziekenhuis (ASZ), loc. Sliedrecht
- Albert Schweitzer Ziekenhuis (ASZ), loc. Zwijndrecht
- Alrijne ziekenhuis Alphen ad Rijn
- Alrijne ziekenhuis Leiderdorp
- AMC, Amsterdam
- Amphia, loc. Langendijk
- Amphia, loc. Molengracht
- Amphia, loc. Oosterhout

**NAAM: AMC, Amsterdam**

Wachttijd in weken	Polikliniek	Behandeling
Orthopedie	8	
Carpaal tunnel syndroom - Orthopedie		4
Heupprothese		3
Kijkoperatie knie		2
Knieprothese		11

Quelle: Niederländisches Reichsinstitut für Volksgesundheit und Umwelt (2017).

95 Vgl. Niederländisches Reichsinstitut für Volksgesundheit und Umwelt (2017).

## 4.2 Ländervergleich administrativer Daten zu Wartezeiten

In den einzelnen untersuchten Ländern sind Wartezeiten unterschiedlich ausgeprägt. Ob ein internationaler Vergleich möglich ist, hängt davon ab, ob Wartezeiten im Gesundheitssystem überhaupt offiziell erfasst und veröffentlicht werden. Seit 2015 sind in der OECD-Gesundheitsstatistik erstmals für folgende elektive Eingriffe vergleichbare administrative Daten zu Wartezeiten verfügbar:

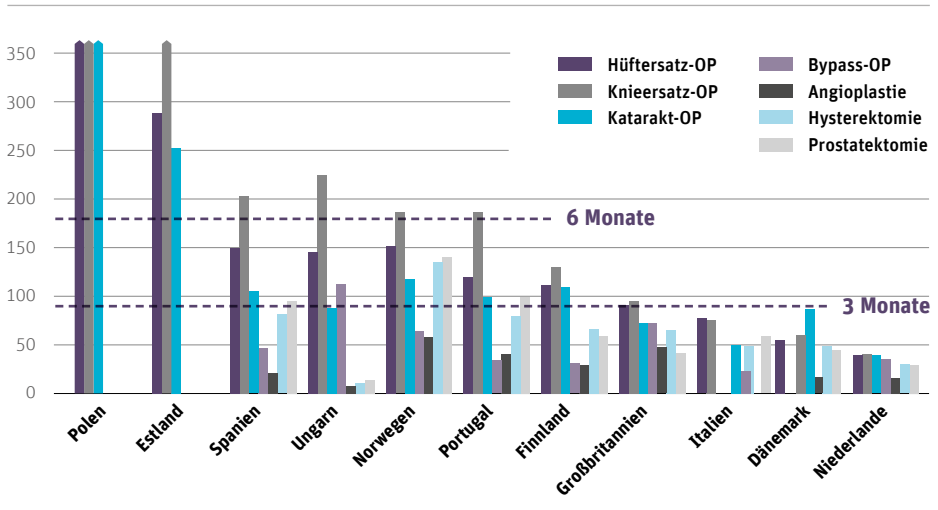
1. Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks (inkl. Revisionen)
2. Einsatz eines künstlichen Kniegelenks
3. Koronare Bypass-OP
4. Angioplastie (Erweiterung eines verengten Blutgefäßes mittels eines ins Gefäßsystem eingeführten Katheters)
5. Katarakt-OP (Ersatz der getrübten Augenlinse (Grauer Star) durch eine Kunstlinse)
6. Hysterektomie (operative Entfernung der Gebärmutter)
7. Prostatektomie (operative Entfernung der Prostata)

Sachlogisch melden nur diejenigen Länder Wartezeiten an die OECD, die diese auch offiziell erfassen (Tabelle 5). Daher existieren für Deutschland und andere beitragsfinanzierte Länder keine Daten zu Wartezeiten in der OECD-Statistik.

Abbildung 5 zeigt die Wartezeit von der fachärztlichen Überweisung bis zum Tag der Operation in Tagen für alle sieben in den OECD-Daten verfügbaren Eingriffe in der Übersicht. Abbildung 6 zeigt den Anteil der Patienten, bei denen zwischen fachärztlicher Überweisung und Eingriff mehr als 3 Monate vergingen. Die Werte sind direkt miteinander vergleichbar, da es sich in allen Fällen um administrative Daten handelt (und nicht um Umfrageergebnisse), die nach OECD-Vorgaben gemeldet wurden.<sup>96</sup>

<sup>96</sup> Obwohl es in Irland, Island und Schweden offizielle Wartezeiten gibt, melden diese Länder keine Daten zu den genannten Wartezeiten-Maßen an die OECD, da sie die OECD-Anforderungen in Bezug auf die Meldeformate nicht abbilden können. Für diese drei Länder existieren nur OECD-Daten zu Patienten, die zu einem bestimmten Zeitpunkt auf Wartelisten stehen. In Irland ist der Stichtag z. B. Ende Juni jeden Jahres (Vgl. OECD (2016b), S. 9). Mit diesem Indikator wird die Wartezeit eher unterschätzt, da diese zum jeweils gewählten Berichtszeitpunkt noch andauert (vgl. Siciliani/Borowitz/Moran (2013), S. 38ff.). Daher wird dieses Maß in der Berichterstattung selten verwendet.

**Abbildung 5:**  
**Durchschnittliche Wartezeit von fachärztlicher Überweisung bis OP (in Tagen)**

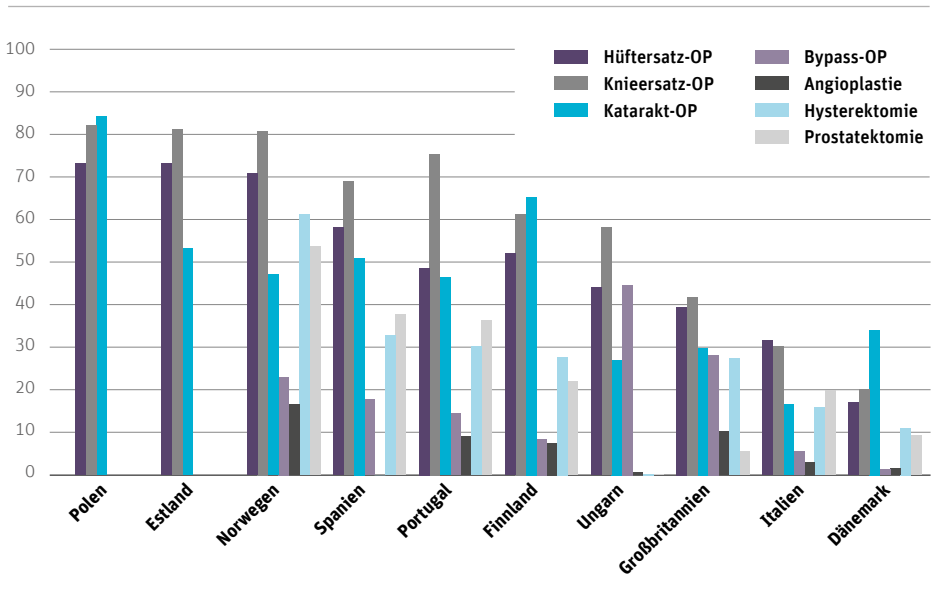


Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2016c). Daten des Jahres 2015 oder letztes verfügbares Jahr.

Anmerkung: Estland und Polen melden Daten nur für die Eingriffe Hüftersatzoperation, Knieersatzoperation und Kataraktoperation. In Polen warteten Patienten auf diese Eingriffe länger als ein Jahr (Hüftersatz-OP: 386 Tage, Knieersatz-OP: 513 Tage, Katarakt-OP: 441 Tage). In Estland betrug die durchschnittliche Wartezeit auf eine Knieersatz-OP 393 Tage.

Abbildung 5 verdeutlicht, dass Patienten in allen Ländern auf elektive Eingriffe warten müssen. Die durchschnittliche Wartezeit unterscheidet sich jedoch zum Teil deutlich je nach Land, aber auch je nach Eingriff. Besonders lange muss auf Knie- und Hüftersatzoperationen gewartet werden. Hier betragen die Wartezeiten in vielen Ländern mehr als ein halbes Jahr (z. B. in Polen, Spanien und Norwegen). Die Wartezeiten bei herzchirurgischen Eingriffen wie Angioplastien und Bypass-Operationen sind in allen Ländern wesentlich kürzer. Aber auch auf eine Bypass-Operation muss in Großbritannien und Norwegen im Durchschnitt länger als 2 Monate gewartet werden.

Abbildung 6:  
Anteil der Patienten, die ab Überweisung länger als 3 Monate auf eine OP warteten (in %)



Quelle: OECD (2016c). Daten des Jahres 2015 oder letztes verfügbares Jahr.

Anmerkung: Die Niederlande melden hierzu keine Daten an die OECD. Estland und Polen melden Daten nur für die Eingriffe Hüftersatzoperation, Knieersatzoperation und Kataraktoperation.

Abbildung 6 veranschaulicht, dass in allen Ländern ein relativ hoher Anteil der Patienten länger als 3 Monate auf eine Operation warten muss. Wie in Abbildung 5 betrifft dies insbesondere Knie- und Hüftersatz-Operationen, auf die in der Mehrzahl der Länder über die Hälfte aller Patienten länger als 3 Monate warten (z. B. in Polen, Norwegen, Spanien und Finnland).

Die Zusammenschau zeigt, dass insbesondere im polnischen Gesundheitssystem lange Wartezeiten ein großes Problem sind. Sie resultieren in erster Linie aus einer Unterfinanzierung der Kliniken sowie ineffizienten Versorgungsstrukturen.<sup>97</sup> Auch in Norwegen, Spanien und Portugal fallen teils sehr lange Wartezeiten auf elektive Eingriffe auf. In Norwegen wird diese Situation schon seit Jahren kritisiert, denn über die Frage, ob ein Patient ein neues Hüftgelenk bekommt und wann dieses eingesetzt wird, entscheiden nicht die körperlichen Beschwerden des Patienten, sondern Richtlinien und Kapazitäten der Kliniken.<sup>98</sup> Bei der durchschnittlichen Wartezeit auf einen

97 Vgl. Kowalska et al. (2015).

98 Vgl. Schmitt-Sausen (2011).

elektiven Eingriff schneiden die Niederlande im Ländervergleich am besten ab. Während Wartezeiten in den Niederlanden vor 10 bis 20 Jahren noch ein großes Problem waren, hat sich die Situation im stationären Sektor durch gezielte politische Eingriffe entschärft. In den Jahren 2000 bis 2011 erfolgte eine Umstellung von festen Budgets auf leistungsbezogene verhandelbare Fallpauschalen und es wurde auf verstärkten Wettbewerb zwischen den Kliniken gesetzt.<sup>99</sup>

Für alle Länder gilt, dass Wartezeiten je nach Eingriff und Lage des Krankenhauses (Ballungsgebiet oder ländlicher Raum) unterschiedlich ausfallen und deutlich vom Landesdurchschnitt gemäß OECD-Daten abweichen können. Beispielsweise mussten Patienten in den Niederlanden auf den Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks im November 2016 je nach Krankenhaus bis zu 20 Wochen warten.<sup>100</sup>

### 4.3 Wartezeiten im Spiegel von Umfragen

Die Erhebung administrativer Daten ist oftmals nur auf den stationären Sektor beschränkt. Im ambulanten ärztlichen Bereich werden Wartezeiten lediglich im Rahmen von Versicherten- oder Patientenumfragen erhoben.

#### 4.3.1 Situation in Deutschland

Offizielle Wartelisten werden in Deutschland nicht geführt. Umfragen zeigen jedoch, dass auf einen Arzttermin in Deutschland – unabhängig vom Versichertenstatus – relativ kurz gewartet werden muss. Seit mehreren Jahren führt die Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) repräsentative Versichertenbefragungen durch. Die Daten der Versichertenbefragungen 2008 bis 2016 zeigen, dass ein Großteil der befragten Personen in Deutschland sofort einen Termin beim Haus- oder Facharzt erhält. Im Jahr 2016 gaben 31 % an, ohne einen Tag Wartezeit einen Termin bekommen zu haben. Weitere 12 % konnten ebenfalls am gleichen Tag ohne Termin den Arzt konsultieren. Lediglich ein Achtel bekam einen Termin erst innerhalb von drei Wochen. Werden die Ergebnisse nach Versichertenstatus differenziert, warten privat krankenversicherte Patienten etwas kürzer auf einen Termin als gesetzlich versicherte Patienten. Der Unterschied ist jedoch nicht gravierend: 43 % der GKV-Versicherten konnten sofort bzw. ohne Termin beim Arzt vorstellig werden, bei den PKV-Versicherten waren es 47 %. In den vergangenen acht Jahren haben sich die Unterschiede bei den Wartezeiten eher angeglichen.<sup>101</sup>

---

99 Vgl. Siciliani/Borowitz/Moran (2013); Fischer (2013), S. 138.

100 Vgl. Niederländisches Reichsinstitut für Volksundheit und Umwelt (2017).

101 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV (2017).

Die Bundesregierung hat die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes vom 16.07.2015 verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten. Diese gibt es seit dem 25.01.2016 und sie vermitteln Versicherten innerhalb von vier Wochen einen Facharzttermin (allerdings nur bei Vorliegen einer Überweisung, mit Ausnahme von Terminen bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt). Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt muss zumutbar sein. Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer innerhalb der Frist vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten. Letzteres gilt jedoch nicht bei verschiebbaren Routineuntersuchungen, Fällen von Bagatellerkrankungen sowie weiteren vergleichbaren Fällen (§ 75 Abs. 1a SGB V). Die Terminservicestellen stoßen jedoch auf wenig Resonanz bei den Patienten. Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) wurden im ersten Jahr etwa 110.000 Termine bundesweit vermittelt – bei 580 Millionen ambulanten Behandlungsfällen.<sup>102</sup> Die geringe Inanspruchnahme zeigt, dass Wartezeiten in Deutschland keine große Rolle spielen.

Dies wird auch durch eine Meinungsumfrage der Techniker Krankenkasse (TK) aus dem Jahr 2016 untermauert: Einen Monat nach Start der Terminservicestellen hat das Forsa-Institut im Auftrag der TK über 1.000 Menschen in Deutschland befragt. Mit 61 % ist die Mehrheit mit der Zeitspanne zwischen Terminvereinbarung und Termin vollkommen oder sehr zufrieden.<sup>103</sup> Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch die IKK classic, die im Jahr 2015 eine repräsentative Umfrage in Auftrag gab: Knapp 60 % der Patienten erhielten einen Termin bei einem Facharzt innerhalb von zwei Wochen. Zudem entsprach der vergebene Termin für drei Viertel der Patienten ihrem Wunschtermin.<sup>104</sup>

#### 4.3.2 Internationaler Vergleich

Im internationalen Vergleich sind die repräsentativen Umfragen des Commonwealth Fund am relevantesten. Diese sind zudem interessant, da hier auch Länder einbezogen sind, die keine administrativen Daten zu Wartezeiten erheben und somit nicht in der OECD-Statistik vorkommen (siehe Kapitel 4.2). Beim Commonwealth Fund handelt es sich um eine US-amerikanische gemeinnützige Stiftung, die jährlich in einer Telefonumfrage Personen ab 18 Jahre in verschiedenen Industrieländern zur Wahrnehmung des jeweiligen nationalen Gesundheitssystems befragt.<sup>105</sup> Der verwendete einheitliche Fragenkatalog bietet die Möglichkeit einer Erhebung in den unter-

---

102 Vgl. Kötter (2017).

103 Vgl. Techniker Krankenkasse (2016).

104 Vgl. IKK classic (2015).

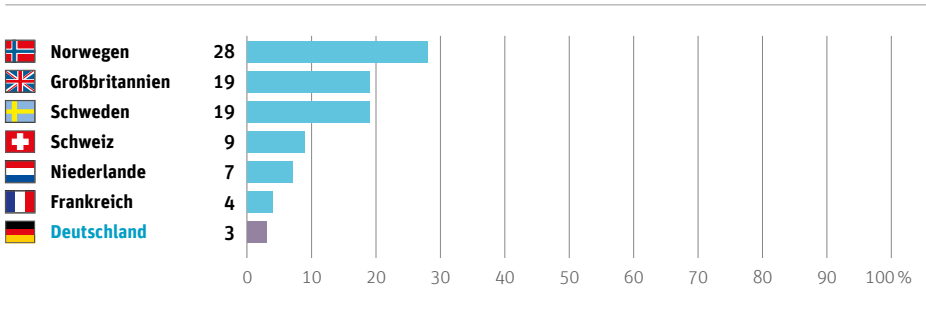
105 Vgl. Commonwealth Fund (2017a). Nicht alle der hier untersuchten Länder sind in die Umfragen des Commonwealth Fund einbezogen.



schiedlichen Ländern nach grundsätzlich gleichen Kriterien. Problematisch ist trotzdem eine gewisse Subjektivität, da sich die Ergebnisse auf die von den Teilnehmern selbst eingeschätzte Wartezeit beziehen.<sup>106</sup>

Die Ergebnisse einer aktuellen Erhebung aus dem Jahr 2016 verdeutlichen, dass sich die Wartezeiten auf einen Facharzttermin im Ländervergleich stark unterschieden (Abbildung 7).

**Abbildung 7:**  
**Anteil der Befragten, die 2 Monate oder länger auf einen Termin beim Facharzt warten mussten (in %)**



Quelle: Commonwealth Fund (2016).

Die Umfrageergebnisse zeigen, dass in Deutschland nur 3 % der Befragten 2 Monate oder länger auf einen Termin beim Facharzt warten mussten. In den Niederlanden waren es 7 %, in der Schweiz 9 % und am höchsten war der Anteil in Norwegen mit 28 %.

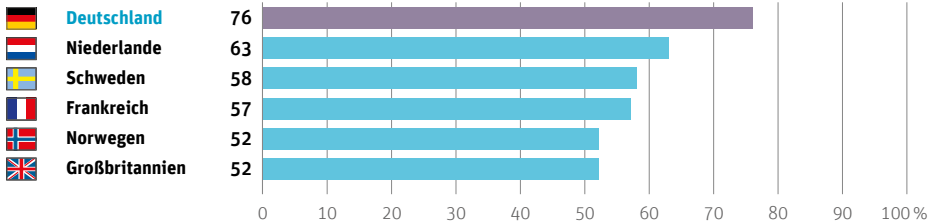
In Bezug auf die hausärztliche Versorgung stammen die aktuellsten Ergebnisse des Commonwealth Fund aus dem Jahr 2013.<sup>107</sup> 76 % der befragten Deutschen äußerten, dass sie am selben oder nächsten Tag einen Arzttermin erhielten, als sie das letzte Mal ärztliche Hilfe benötigten. Damit liegt Deutschland auf Platz eins aller befragten Länder und damit weit vor den Niederlanden (63 %) oder Schweden (58 %). Großbritannien bildet das Schlusslicht: Hier erhielt nur die Hälfte aller Befragten am selben oder nächsten Tag einen Termin (Abbildung 8).

Die Frage „Wenn Sie Ihre Arztpraxis mit einer Frage während der Sprechzeiten anriefen, wie oft erhielten Sie am selben Tag eine Rückmeldung?“ beantworteten 90 % der Deutschen mit „immer/oft“ und liegen auch hiermit

<sup>106</sup> Vgl. OECD (2011a), S. 144.

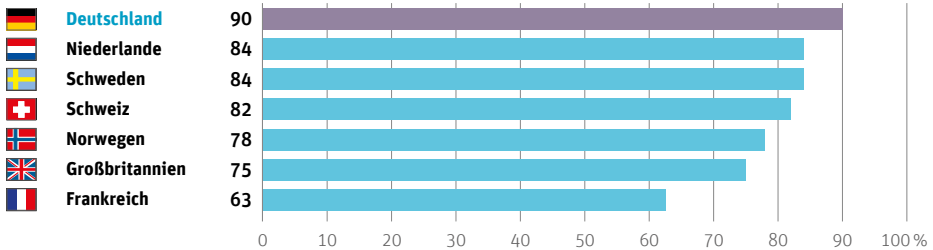
<sup>107</sup> Vgl. Schoen et al. (2013).

**Abbildung 8:**  
**Anteil der Befragten, die am selben oder nächsten Tag einen Arzttermin erhielten, als sie das letzte Mal ärztliche Hilfe benötigten (in %)**



Quelle: Schoen et al. (2013).

**Abbildung 9:**  
**Anteil der Befragten, die immer oder oft am selben Tag eine Rückmeldung bekommen, wenn sie ihre Arztpraxis mit einer Frage während der Sprechzeiten anrufen (in %)**

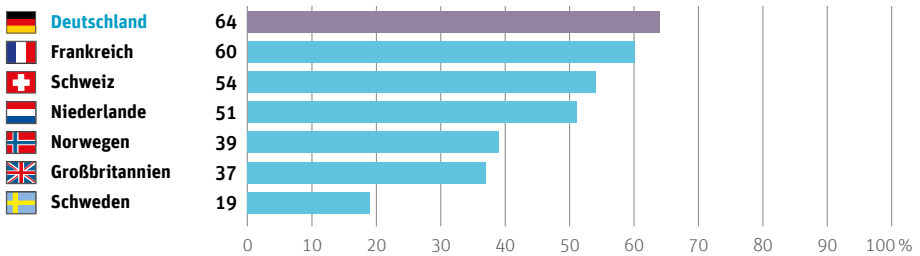


Quelle: Schoen et al. (2013).

wieder auf Platz 1 im Ländervergleich. Bei dieser Frage fällt Frankreich ab, wo nur 63 % der Befragten immer oder oft eine Rückmeldung am selben Tag erhalten (Abbildung 9).

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

**Abbildung 10:**  
**Anteil der Patienten, die am selben oder nächsten Tag einen Termin beim Hausarzt erhalten können (in %)**



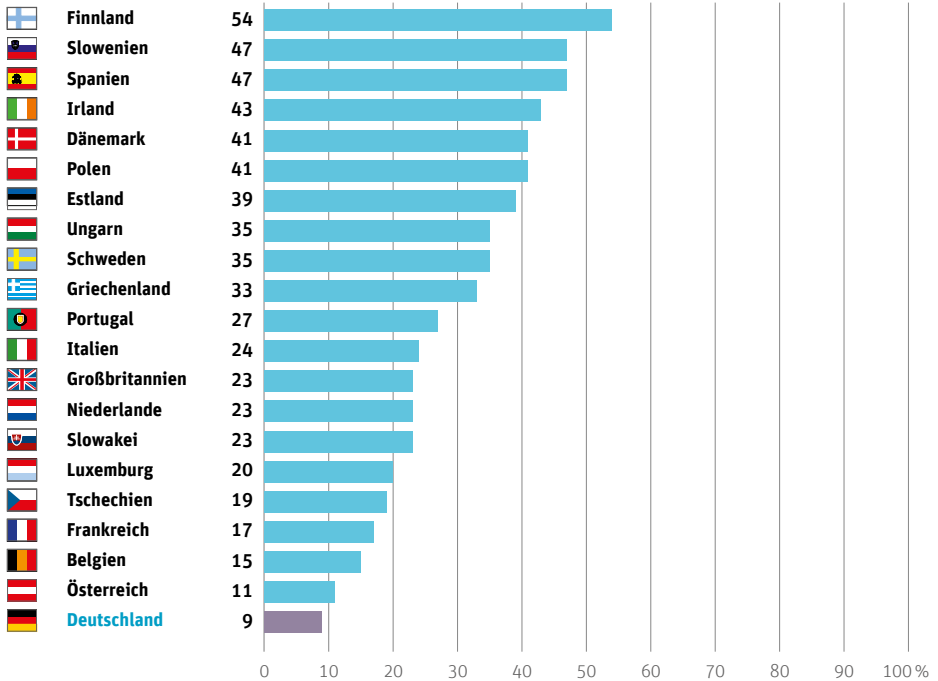
Quelle: Osborn et al. (2015).

Viele der hier untersuchten Länder halten weder administrative Daten zu Wartezeiten vor, noch sind sie in internationalen repräsentativen Umfragen vertreten. Dies heißt jedoch nicht zwangsläufig, dass keine Wartezeiten existieren, wie das Beispiel Österreich zeigt. Eine retrospektive Patientenbefragung des österreichischen Instituts für Höhere Studien ergab, dass Patienten im Median 2,1 Monate auf eine Hüftgelenksoperation und 2,5 Monate auf eine Kniegelenksoperation warten. Eine Befragung der Krankenhäuser stellte zudem starke Unterschiede bei der Wartezeit sowohl zwischen als auch innerhalb der einzelnen österreichischen Bundesländer fest. So variiert die Wartezeit auf orthopädische Operationen zwischen unter einem Monat und acht Monaten und die auf ophthalmologische Operationen zwischen unter einem Monat und fast zwölf Monaten.<sup>108</sup>

Dass Wartezeiten in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern kein Problem darstellen, zeigt sich auch an den Umfrageergebnissen des „Eurobarometers 411“ aus dem Jahr 2014. Hier wurde den Europäern unter anderem die Frage gestellt, welche drei Kriterien die wichtigsten sind, wenn es um eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung im eigenen Land geht. Ein Kriterium war dabei „keine Wartezeiten, bevor man untersucht und behandelt wird“. Dieses wurde von den Deutschen am wenigsten genannt (9% der Befragten), woraus abzuleiten ist, dass Wartezeiten in Deutschland eine untergeordnete Rolle spielen. In den Niederlanden und Großbritannien sind dies rund ein Viertel aller Befragten, in Schweden sogar mehr als ein Drittel (Abbildung 11).

<sup>108</sup> Vgl. Czipionka/Kraus/Röhrling (2013).

Abbildung 11:  
**Anteil der EU-Bürger, für die „keine Wartezeit auf eine Behandlung“ ein wichtiges Kriterium für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung im eigenen Land ist (in %)**



Quelle: Europäische Kommission (2014).

## 4.4 Zwischenfazit

Wartezeiten sind ein maßgebliches Zugangshindernis zur gesundheitlichen Versorgung. Für Patienten geht eine verzögerte Behandlung und Heilung mit Schmerzen und Ängsten einher sowie mit dem Risiko schlechterer Behandlungsergebnisse.<sup>109</sup> Vor allem in rein staatlich organisierten Gesundheitssystemen sind Wartezeiten sehr verbreitet. Werden diese offiziell erfasst und veröffentlicht, dienen sie (neben der Patienten-Information) häufig Monitoring- und somit Steuerungszwecken. Werden Wartezeiten als Monitoring-Instrument verwendet, um die Einhaltung von Wartezeit-Garantien zu überprüfen, stellt sich die Frage nach dem Erfolg dieser Maßnahme. Eine aktuelle OECD-Studie konstatiert, dass Wartezeit-Garantien nur dann Wartezeiten verringern, wenn die Nichteinhaltung der Obergrenzen mit Sanktionen verbunden ist (z. B. Strafgebühren für Krankenhäuser). Allerdings handelt es sich hier um eine sehr unpopuläre Maßnahme („targets and terror“), die zudem oftmals nicht nachhaltig wirkt, d. h. sobald die Kontrolle nachlässt, verlängern sich die Wartezeiten wieder („rubber-band-effect“).<sup>110</sup>

Zudem existieren in Ländern mit staatlichen Garantien dennoch lange Wartezeiten, wie die aktuellen Daten der OECD zeigen. So beträgt die durchschnittliche Wartezeit von der fachärztlichen Überweisung bis zur Knieersatz-Operation in Großbritannien, Spanien oder Norwegen über drei Monate. Auch auf eine Bypass-Operation warten Patienten in Großbritannien und Norwegen im Durchschnitt mehr als 2 Monate (Abbildung 5). Für einen Eindruck der Wartezeit-Problematik in denjenigen Ländern, die hierzu keine administrativen Daten erheben, sind die Studien des Commonwealth Fund relevant. In Bezug auf den zeitnahen Zugang zur hausärztlichen Versorgung liegt Deutschland im Ländervergleich auf dem Spitzenplatz, während beispielsweise Frankreich deutlich schlechter abschneidet (siehe Kapitel 4.3.2). Auch die jährliche Versichertenbefragung der KBV – die nur die nationale Ebene betrachtet – zeigt, dass in Deutschland unabhängig vom Versichertenstatus relativ kurz auf einen Arzttermin gewartet werden muss.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass internationale Vergleichsstudien, administrative Daten sowie Umfrageergebnisse zeigen, dass Wartezeiten in Deutschland eine untergeordnete Rolle spielen. Auch aus Sicht der OECD wirkt die Wartezeitendebatte in Deutschland im Hinblick auf die Situation in anderen Ländern eher unbedeutend: Deutschland führe im internationalen Vergleich eine Phantomdebatte über die Wartezeiten.<sup>111</sup>

---

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

110 Vgl. Siciliani/Borowitz/Moran (2013), S. 56f.

111 Vgl. Fricke (2015).

## 5. Zusammenhang von Zugangshürden und privater Inanspruchnahme

Wie die obigen Ausführungen zeigen, ist die Etablierung von Zugangshürden und eine damit einhergehende Rationierung in jedem öffentlichen Gesundheitssystem unvermeidbar. Somit wird es immer Hürden geben, die den Zugang zu Gesundheitsleistungen beschränken. Jede Form der in Kapitel 3 beschriebenen Rationierung in der staatlichen Versorgung ist für Versicherte ein Anreiz, die gewünschte Leistung außerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems zu erwerben. Dies betrifft insbesondere Leistungen, die vom öffentlichen System nicht oder nur teilweise finanziert werden (siehe Kapitel 3.1), die Beschränkung der freien Arztwahl (siehe Kapitel 3.2) und die durch Kapazitätsbegrenzungen entstehenden Wartezeiten (siehe Kapitel 4). Bei den ebenfalls als Zugangshürde fungierenden obligatorischen Zuzahlungen (siehe Kapitel 3.3) handelt es sich per se schon um eine private (Co-)Finanzierung von Gesundheitsleistungen.

Im Folgenden wird dargestellt, dass sich neben den steuer- oder beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen in allen Ländern ein Markt für private Gesundheitsleistungen gebildet hat. Da diese privat erworbenen Leistungen häufig über eine private Krankenzusatzversicherung finanziert werden, wird anschließend der private Krankenversicherungsmarkt im internationalen Vergleich dargestellt. Dabei wird deutlich, dass die Ausgestaltung der privaten Krankenversicherung mit Art und Umfang der Zugangshürden in den öffentlichen Gesundheitssystemen korrespondiert.

### 5.1 Angebot privater Gesundheitsleistungen

In fast allen untersuchten Ländern erbringen Ärzte (oder Angehörige anderer Gesundheitsberufe) sowohl öffentlich als auch privat finanzierte Leistungen. Die Situation, in der Ärzte zwei Jobs ausüben – insbesondere gleichzeitig im öffentlichen und im privaten Gesundheitssektor – wird von der OECD als „duale Praxis“ bezeichnet. Deren Ausprägung ist im europäischen Vergleich unterschiedlich, je nach gesetzlicher Regulierung.<sup>112</sup> Sowohl in steuerfinanzierten als auch in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen besteht in der Regel eine vom öffentlichen Gesundheitssystem unabhängige parallele private Versorgungsstruktur in unterschiedlicher Ausprägung. Das bedeutet, dass Ärzte (oder andere Leistungserbringer) außerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems Patienten auf rein privater Basis behandeln.

---

112 Vgl. OECD (2016d), S. 135f.

Beim Angebot privater Gesundheitsleistungen spielt die Finanzierungsform des Gesundheitssystems eine Rolle: In nahezu allen beitragsfinanzierten Ländern sind Haus- und Fachärzte selbstständig tätig (mit Ausnahme einiger osteuropäischer Länder wie z. B. Slowenien). In steuerfinanzierten Gesundheitssystemen arbeiten insbesondere Fachärzte eher im Angestelltenverhältnis an Krankenhäusern oder Polikliniken (z. B. in Dänemark, Großbritannien, Italien oder Spanien).<sup>113</sup> Ein im öffentlichen Gesundheitssystem angestellter Arzt hat sachlogisch nicht dieselben Möglichkeiten, private Leistungen anzubieten, wie ein Arzt, der selbstständig in eigener Praxis tätig ist. So müssen angestellte Ärzte den Umfang ihrer privatärztlichen Tätigkeit grundsätzlich vertraglich mit dem Arbeitgeber regeln. Dies ist zum Beispiel im britischen NHS der Fall.<sup>114</sup>

### Beispiel Großbritannien



In Großbritannien existiert ein gut ausgebauter rein privater Gesundheitsmarkt mit Privatpraxen und -kliniken neben dem NHS. Das heißt, ein Arzt behandelt entweder auf rein privater Basis oder unter NHS-Vertrag. Wenn in definierten Ausnahmefällen NHS-Ärzte Patienten auf privater Basis behandeln, darf keinerlei privat erzielt Honorar in das NHS-System fließen. Alle Einnahmen durch Privatbehandlungen verbleiben im privaten Gesundheitsmarkt.<sup>115</sup> Die strikte Trennung von öffentlicher und privater Gesundheitsversorgung wurde vom Gesundheitsministerium in einer Leitlinie festgelegt. Gemäß der Prämisse „Private and NHS care should be kept as clearly separate as possible“ müssen z. B. Krankenhäuser, die Privatbehandlungen anbieten, NHS-Patienten und Privatpatienten in räumlich getrennten Stationen unterbringen.<sup>116</sup> Der Patient hat jedoch jederzeit die Möglichkeit zu wählen, ob er die Versorgung durch das NHS-System in Anspruch nimmt oder ob er sich privat behandeln lässt.<sup>117</sup> Durch die Versorgung im privaten Sektor können Wartezeiten vermieden und ein Arzt der eigenen Wahl in Anspruch genommen werden.

### Beispiel Schweden



In Schweden wird die öffentliche Gesundheitsversorgung von den Provinzlandtagen und in Teilen auch auf Gemeindeebene verwaltet und bereitgestellt. Für die private Gesundheitsversorgung gibt es zwei Möglichkeiten: Hat der private Leistungserbringer (z. B. ein in privater Praxis tätiger Arzt) einen Vertrag mit dem jeweiligen Provinzlandtag abgeschlossen, sind für

113 Vgl. OECD (2016d), S. 135 f.

114 Vgl. Britisches Gesundheitsministerium (2004).

115 Vgl. Britisches Gesundheitsministerium (2009), S. 13 f.

116 Vgl. Britisches Gesundheitsministerium (2009), S. 7.

117 Vgl. National Health Service – NHS (2016b).

den Patienten Kosten und Versorgung identisch mit den Kosten und der Versorgung durch angestellte Leistungserbringer im öffentlichen Gesundheitsdienst. Im Jahr 2013 wurden nur 12 % der vom nationalen Gesundheitsdienst finanzierten Versorgung durch private Leistungserbringer erbracht.<sup>118</sup> Hat der privat tätige Leistungserbringer keinen Vertrag mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst abgeschlossen, muss der Patient die vollen Kosten der Behandlung selbst bezahlen.<sup>119</sup> Das heißt, eine Privatmedizin, die sich von der Versorgung des öffentlichen Systems unterscheidet, kann nur durch Leistungserbringer erbracht werden, die ohne Vertrag parallel zum öffentlichen System tätig sind.



### Beispiel Niederlande

In den Niederlanden existiert ein privater Gesundheitsmarkt für alle Leistungen, die nicht im staatlich vorgeschriebenen Leistungskatalog („basispaket“) der Krankenversicherung enthalten sind. Dies betrifft insbesondere nicht-ärztliche Leistungen wie Physiotherapie, die Versorgung mit Sehhilfen oder zahnärztliche Behandlung. Einige Leistungen sind nur bis zu einer begrenzten Anzahl im Leistungskatalog enthalten, wie beispielsweise die Ergotherapie (siehe Kapitel 3.1). Diese Leistungen müssen Patienten bei Bedarf privat finanzieren.

Auch in den Niederlanden können Ärzte Patienten privat behandeln. Dies betrifft in erster Linie Hausärzte, da Fachärzte als Angestellte in den Kliniken arbeiten. Hausärzte können Patienten privat behandeln, wenn sie den zwischen Berufsverbänden und Krankenkassen geschlossenen Verträgen nicht beitreten. Ärzte ohne Vertrag können Patienten, die Kostenerstattung gewählt haben, höhere Honorare berechnen. Dem Versicherten wird jedoch von der Krankenkasse nicht mehr als der „angemessene Marktpreis“ erstattet.<sup>120</sup> Demzufolge suchen Patienten in den Niederlanden vorrangig Ärzte mit Versorgungsvertrag auf.<sup>121</sup> Im Vergleich zu Großbritannien ist eine Privatmedizin im niedergelassenen ärztlichen Bereich somit kaum verbreitet, sondern findet sich vielmehr bei denjenigen Leistungserbringern, die eine Versorgung erbringen, die vom öffentlichen Gesundheitssystem nicht übernommen wird (z. B. Zahnärzte, Physiotherapeuten).

118 Vgl. Schwedisches Institut (2017).

119 Vgl. Nationale Behörde für das Gesundheits- und Sozialwesen (2017).

120 Vgl. Niederländische Aufsichtsbehörde für Gesundheit (2015).

121 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 verbreitet ist, kann daran liegen, dass sie zum einen nicht von allen Krankenversicherungen angeboten wird (vgl. Vektis (2015), S. 7 f.) und dass oftmals nur ein Teil der Kosten erstattet wird, wenn der Leistungserbringer eine Rechnung über dem „marktüblichen Preis“ stellt (vgl. Niederländische Aufsichtsbehörde für Gesundheit (2015)).



## Beispiel Frankreich



In Frankreich arbeiten Ärzte in drei Honorarsektoren: Ein Teil (rund 74 % der Ärzte) kooperiert mit der gesetzlichen Krankenversicherung und rechnet nach dem vom Staat kontrollierten Preisregime für das öffentliche Gesundheitswesen ab („médecins conventionnés“/„médecin de secteur 1“). Dabei handelt es sich überwiegend um Allgemeinmediziner. Daneben gibt es Ärzte (etwa 25 %), die Leistungen zwar ebenfalls auf der Grundlage eines Vergütungsvertrags mit der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen, die aber am historischen Recht der freien Gestaltung von Honoraren und Preisen, der unreglementierten Verschreibung von Medikamenten und der Freiheit zur Behandlung oder Ablehnung von einzelnen Patienten festhalten („médecins conventionnés à honoraires libres“/„médecin de secteur 2“). Dies sind überwiegend Fachärzte. Letztere vereinbaren frei mit dem Patienten ihr Honorar, das über den Honoraren des ersten Sektors liegt. Beispielsweise rechnet die Facharztgruppe der ambulant tätigen Chirurgen im Durchschnitt ein 56 % höheres Honorar ab als in der staatlichen Gebührenordnung vorgesehen. Die Spannweite reicht dabei von 10 % bis 240 % Aufschlag.<sup>122</sup> Im Unterschied zum ersten Sektor wird nur ein geringer Anteil der in Rechnung gestellten Beträge der Ärzte im zweiten Sektor von den Krankenkassen übernommen. Schließlich existiert noch knapp 1 % der niedergelassenen Ärzte, die Leistungen ohne jede vertragliche Grundlage mit den Krankenkassen erbringen („médecins non conventionnés“/„médecin de secteur 3“). Deren Honorare sind noch höher als die Honorare der in Sektor zwei tätigen Ärzte.<sup>123</sup> Da Fachärzte hauptsächlich im zweiten und dritten Sektor tätig sind, ist es in manchen Fachgebieten oder in der Stadt Paris manchmal schwer, einen Arzt im Sektor 1 zu finden.<sup>124</sup>

## Beispiel Österreich



Ähnlich wie in Frankreich lassen sich österreichische Ärzte in drei Gruppen einteilen: Kassenärzte, Wahlärzte und Privatärzte. Kassenärzte haben einen Vertrag mit einem Krankenversicherungsträger abgeschlossen und erbringen vertraglich festgelegte Leistungen, deren Kosten durch das öffentliche Gesundheitssystem gedeckt sind. Darüber hinaus können Kassenärzte auch sogenannte außervertragliche Leistungen anbieten und dafür ein Privathonorar verlangen. Wahlärzte sind freiberuflich tätige Ärzte, die in keinem Vertragsverhältnis zu Trägern der sozialen Krankenversicherung stehen. Sie sind in der Entscheidung, wo sie eine Praxis eröffnen wollen und in welchem Umfang diese betrieben werden soll, völlig autonom. Wahlärzte stellen ihre ärztliche Leistung den Patienten über ein Privathonorar

122 Vgl. Nationale Krankenkasse für Arbeitnehmer (2011).

123 Vgl. Französische Direktion für Rechts- und Verwaltungsinformation (2016).

124 Vgl. Descamps (2010).

## Private ärztliche Behandlung in Deutschland

Im deutschen Gesundheitssystem werden gesetzlich und privat krankenversicherte Patienten in nur einem Versorgungssystem, d. h. von denselben Ärzten, behandelt. Somit fließen auch die privat abgerechneten Honorare in die Praxisausstattung und kommen allen Versicherten zugute. Reine Privatpraxen oder -kliniken sind in Deutschland vergleichsweise selten: 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 (vgl. Bundesärztekammer (2011); keine aktuelle Zahl verfügbar).

### Internationale Einordnung

In nahezu allen untersuchten europäischen Ländern steht Patienten die Möglichkeit offen, sich privat behandeln zu lassen. Mit einer Privatbehandlung können beispielsweise lange Wartezeiten im öffentlichen Gesundheitssystem umgangen werden oder es ist ein direkter Zugang zum privat praktizierenden Facharzt der eigenen Wahl möglich. Im Unterschied zu Deutschland findet die Privatbehandlung vorrangig außerhalb der Versorgung im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems statt. Das heißt, in der Mehrzahl der Länder (insbesondere in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen) existiert parallel zum staatlichen System ein gut ausgebauter privater Gesundheitsmarkt mit rein privat praktizierenden Ärzten. Diese können nur von denjenigen Patienten in Anspruch genommen werden, die sich eine Privatbehandlung finanziell leisten können und wollen. Die privat generierten Einnahmen fließen im Gegensatz zu Deutschland nicht auch in das staatliche Versorgungssystem, sondern verbleiben ausschließlich im privaten Sektor.

in Rechnung. Die Patienten haben die Möglichkeit, bei ihrer Krankenkasse eine anteilige Erstattung in Höhe von 80 % der Kosten zu beantragen. Bei Privatärzten besteht kein Recht auf Kostenrückerstattung. Die Honorargestaltung in Privatpraxen ist völlig frei und an keine Ober- oder Untergrenze gebunden.<sup>125</sup> Für den Patienten besteht der Vorteil bei der Entscheidung für einen Wahl- oder Privatarzt darin, dass dieser – aufgrund einer kleineren Patientenzahl – mehr Zeit für die individuelle Betreuung aufbringen kann und dass es keine Wartezeiten auf einen Termin gibt.<sup>126</sup> In Österreich sind über die Hälfte der niedergelassenen Ärzte Wahlärzte. Ihre Zahl hat sich von 2000 bis 2011 verdoppelt. Dieser Trend spiegelt auch die zunehmende Bedeutung des privaten Gesundheitssektors in Österreich wider.<sup>127</sup>

<sup>125</sup> Vgl. Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2013).

<sup>126</sup> Vgl. Die Presse vom 13.08.2014; Schwarz (2016).

<sup>127</sup> Vgl. Riedler (2013), S. 28 f.

## Beispiel Schweiz



In der Schweiz kann ein Arzt, der nicht länger nach den Regularien des öffentlichen Gesundheitssystems abrechnen will, 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. Im Gegensatz zu Deutschland existiert in der Schweiz für Nichtvertragsärzte keine gesetzliche Gebührenordnung, d. h. sie sind in der Preisgestaltung völlig frei. Die Kosten der Behandlung durch einen „Ausstandsarzt“ dürfen die Krankenkassen nicht übernehmen.<sup>128</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>129</sup>

## 5.2 Exkurs: Behandlung im Ausland

Stellt das öffentliche Gesundheitssystem eine gewünschte Leistung nicht bereit, so besteht neben der Möglichkeit, sie auf dem nationalen privaten Gesundheitsmarkt zu erhalten (siehe Kapitel 5.1), auch die Möglichkeit, sie im Ausland zu erwerben. Die Bedeutung dieser Option wird anhand einer Umfrage der Europäischen Kommission aus dem Jahr 2015 ersichtlich, in der EU-Bürger gefragt wurden, ob sie bereit wären, für eine medizinische Behandlung ins EU-Ausland zu reisen (Abbildung 12).

Die Bereitschaft, für eine medizinische Behandlung ins Ausland zu reisen, variiert sehr stark zwischen den einzelnen Ländern. In den Niederlanden ist sie mit 66 % der Befragten am höchsten und in Deutschland am geringsten (11 % der Befragten).<sup>130</sup>

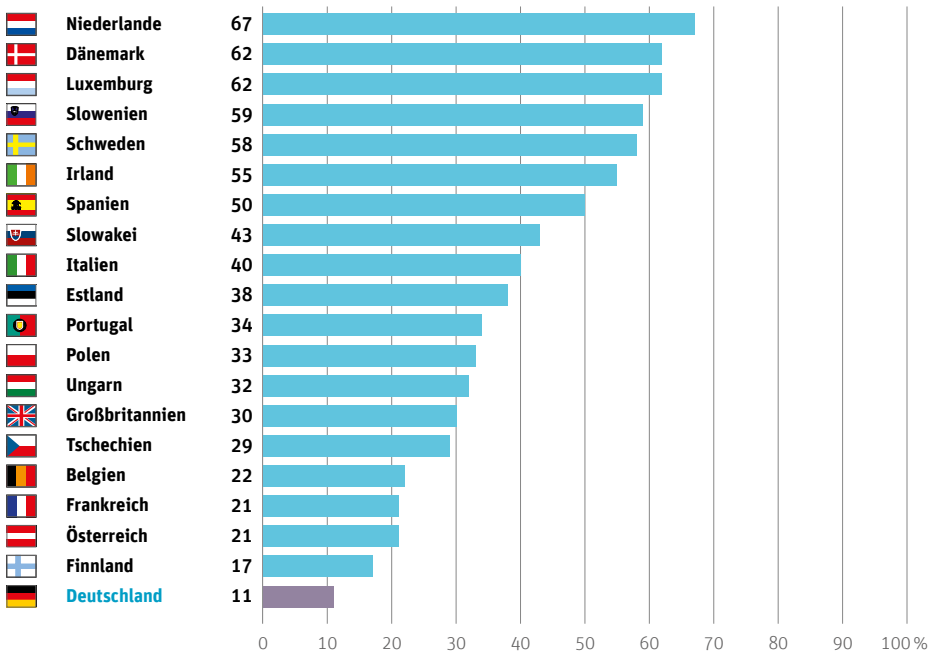
---

128 Vgl. Helsana AG (2015).

129 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.

130 Der Europäische Gerichtshof hat in den letzten zehn Jahren mehrmals das Recht der Patienten bestätigt, sich außerhalb ihres Heimatlands behandeln zu lassen und unter bestimmten Umständen die dabei entstandenen Kosten erstattet zu bekommen. Die anwendbaren Vorschriften waren jedoch nicht eindeutig. Die Richtlinien 2011/24/EU vom 09.03.2011 über die „Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ hat den Zugang der EU-Bürger zu einer sicheren und hochwertigen grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung erleichtert (vgl. Europäische Kommission (2012)).

Abbildung 12:  
Anteil der EU-Bürger, die für eine medizinische Behandlung ins Ausland reisen würden (in %)



Quelle: Europäische Kommission (2015), S. 11.

Ob sich ein Patient im Ausland behandeln lässt, hängt von vielen Einflussgrößen ab. So spielen die Größe eines Landes, seine geografische Lage, die Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen in den Nachbarstaaten, die Transportwege, die Mentalität der Menschen und weitere Aspekte eine Rolle. Ein entscheidender Faktor ist aber auch die Qualität im eigenen Gesundheitssystem und der Zugang zu gewünschten Leistungen. So ist eine große Bereitschaft zur Behandlung im Ausland auch ein Indikator für eine geringe Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitssystem.<sup>131</sup>

<sup>131</sup> Dass die Deutschen sehr zufrieden mit dem hiesigen Gesundheitssystem sind, belegt auch eine aktuelle repräsentative Umfrage der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC): Demnach zählt die Mehrheit der Befragten (64%) das deutsche Gesundheitssystem zu den Top-3 der Welt. 85% sind mit den Leistungen ihrer Krankenkasse oder -versicherung zufrieden. Wenn überhaupt, reisen Deutsche hauptsächlich wegen Zahnbehandlungen ins Ausland und das nur aus Kostengründen (vgl. PricewaterhouseCoopers – PwC (2017)).

### 5.3 Die Finanzierung privater Gesundheitsleistungen

Die obigen Ausführungen haben gezeigt, dass in den Gesundheitssystemen der untersuchten europäischen Länder ein privater Gesundheitsmarkt existiert, auf dem Patienten die Versorgung erhalten können, die die öffentlich finanzierten Systeme durch Zugangshürden begrenzen oder ausschließen. Die gewünschten Privatleistungen können entweder über reine Selbstzahlungen finanziert werden oder über eine private Krankenzusatzversicherung, die die Kosten erstattet.

Die Finanzierung privater Gesundheitsleistungen aus eigener Tasche impliziert am ehesten Versorgungsunterschiede im Gesundheitssystem, da die Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit von den finanziellen Mitteln des Einzelnen abhängen. Somit kann es sein, dass Patienten selbst bei vorhandenem Angebot die Zugangshürden nicht umgehen können, da sie sich die Selbstzahlung der Leistungen nicht leisten können. Über den Umfang der selbst gezahlten Leistungen gibt es im Ländervergleich nur schlecht vergleichbare Daten. Viele Selbstzahlungen werden naturgemäß nicht systematisch erfasst. Leichter fällt der Vergleich, wenn die Absicherung über eine private Zusatzversicherung betrachtet wird, da hier validere Daten vorliegen.

In einer privaten Krankenversicherung gilt das Versicherungsprinzip. Das heißt, es findet eine kollektive Risikoübernahme statt. Alle Versicherten zahlen Prämien und erhalten im Schadensfall Leistungen. Das versicherte Risiko realisiert sich dabei nicht bei jedem Versicherten gleichermaßen. Insbesondere große Schäden, d. h. teure Krankheiten, treffen nicht jeden. Der Versicherte tauscht einen unsicheren finanziellen Schaden gegen eine sichere Versicherungsprämie. In diesem Fall ist der Abschluss einer Versicherung für risikoaverse Personen attraktiv.<sup>132</sup>

Der Preis der Krankenversicherung entspricht in etwa dem durchschnittlichen finanziellen Risiko für den abgesicherten Leistungsumfang. Handelt es sich bei der versicherten Leistung um ein echtes Risiko, d. h. ein Ereignis, dessen Eintreten in der Zukunft liegt und unsicher ist, findet ein tatsächlicher Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken statt. In dieser Hinsicht unterscheiden sich Versicherungen von einem reinen Sparprozess, bei dem den einzelnen Personen nur ihr selbst angespartes Kapital inklusive der Verzinsung zur Verfügung steht.

Die Existenz von privaten Krankenversicherungen führt durch das Versicherungsprinzip zu weniger Versorgungsunterschieden als eine Situation, in der nur die Möglichkeit der Selbstzahlung gegeben wäre. Bei der Selbstzahlung müsste ein Patient gegebenenfalls auf eine teure Versorgung ver-

---

132 Vgl. Arrow (1963).

zichten, da sie seine finanziellen Möglichkeiten überschreitet. Ist diese Versorgung aber über eine Versicherung abgedeckt, kann er sich den entsprechenden Versicherungsschutz unter Umständen sehr wohl leisten, da die zu entrichtende regelmäßige Versicherungsprämie deutlich unter dem möglichen seltenen Schaden liegt.<sup>133</sup>

Ist beispielsweise in einem Land Zahnersatz nicht im Leistungskatalog des öffentlichen Gesundheitssystems enthalten, führt die Existenz der Zusatzversicherung dazu, dass auch Personen, die sich einen teuren Zahnersatz im Schadensfall nicht leisten könnten, dieses Risiko über den Abschluss einer Zusatzversicherung absichern können. Damit reduziert die Existenz von Zahnzusatzversicherungen die Versorgungsunterschiede im Verhältnis zu jener Situation, in der die Patienten die Behandlung von Zahnersatz aus eigenen Mitteln direkt bezahlen müssen. Es können sich mehr Personen die Zusatzversorgung durch die Existenz einer Versicherung leisten und sind im Schadensfall nicht hohen Belastungen ausgesetzt.

Verfügt im Extremfall die gesamte Bevölkerung eines Landes über eine Zusatzversicherung zur Absicherung der im öffentlichen Gesundheitssystem rationierten Leistungen, könnte man in diesem Fall nicht von Versorgungsunterschieden sprechen, da jeder durch das öffentliche Gesundheitssystem plus Zusatzversicherung gleich abgesichert ist. Verfügen dagegen nicht alle Personen über eine Zusatzversicherung, verläuft die Grenze der unterschiedlichen Versorgung an der Grenze zwischen Personen mit und ohne Zusatzversicherung. Personen ohne Zusatzversicherungsschutz und ohne finanzielle Möglichkeiten, die Behandlung direkt selbst zu zahlen, fallen dann aus der Versorgung heraus.

---

133 In der Theorie muss der Barwert der Prämieinnahmen dem Barwert der erwarteten Schäden entsprechen, das Individuum erzielt also keinen monetären Vorteil aus dem Abschluss einer Versicherung. Ein risikoaverses Individuum zieht aber dennoch einen Nutzen aus dem Versicherungsvertrag, weil dieser eine gleichmäßigere Einkommensverteilung über den Lebenszyklus ermöglicht.

## 5.4 Die private Krankenzusatzversicherung im Ländervergleich

In fast allen untersuchten europäischen Ländern hat ein Teil der Bevölkerung eine private Krankenzusatzversicherung abgeschlossen. Eine Ausnahme stellen die osteuropäischen Staaten Estland, Polen, Slowakei, Tschechien und Ungarn dar, wo private Krankenzusatzversicherungen kaum verbreitet sind.<sup>134</sup> Die private Krankenversicherung spielt in den einzelnen Ländern eine unterschiedliche Rolle, da sie immer in Interaktion mit dem öffentlichen Gesundheitssystem steht. So etablieren sich in den Ländern verschiedene Formen der privaten Krankenversicherung, die im Folgenden dargestellt und in Verbindung mit den Zugangshürden im Gesundheitssystem gebracht werden.<sup>135</sup> Dabei wird zwischen Ländern mit steuer- und beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen unterschieden, da je nach Organisation des Gesundheitssystems ganz andere Rahmenbedingungen für den privaten Krankenversicherungsmarkt herrschen.

In steuerfinanzierten Gesundheitssystemen werden Gesundheitsleistungen allen Einwohnern durch einen nationalen Gesundheitsdienst zur Verfügung gestellt (siehe Kapitel 2.1). Private Krankenzusatzversicherungen haben hier in der Regel einen duplizierenden Charakter, da jeder Einwohner mit seinen Steuerzahlungen das staatliche System zwangsweise mitfinanziert. Das heißt, die duplizierende Versicherung deckt eine Versorgung ab, die auch vom öffentlichen System abgesichert wird. Trotz privater Versicherung bleibt der Bürger weiterhin in das öffentliche Krankenversicherungssystem eingebunden, d. h. es besteht ein doppelter Versicherungsschutz. Abbildung 13 zeigt den Bevölkerungsanteil mit einer privaten Krankenzusatzversicherung in Ländern mit steuerfinanzierten Einheitssystemen.<sup>136</sup>

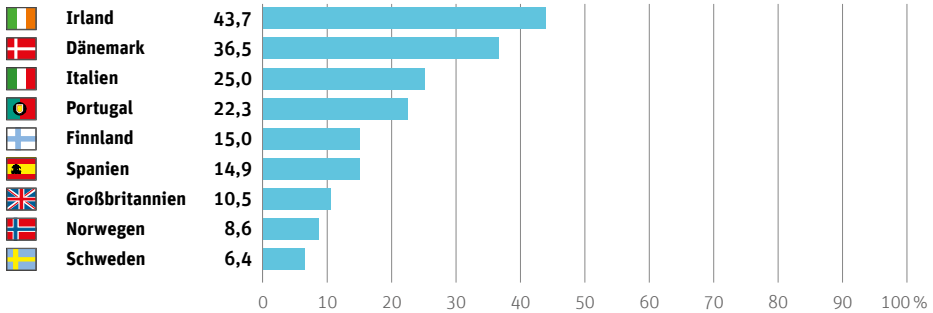
---

134 In Island existiert ebenfalls kein Markt für die private Krankenzusatzversicherung (lediglich für selbstständig Erwerbstätige ist es üblich, eine private Krankentagegeldversicherung zu besitzen, um krankheitsbedingte Einkommensausfälle abzusichern).

135 Die substitutive private Krankenvollversicherung, die in Deutschland existiert, bietet eine vollständige Alternative zur Absicherung im öffentlichen System und wird hier nicht weiter betrachtet. Es wird vielmehr nur auf die private Krankenzusatzversicherung eingegangen, da diese die Leistungen des öffentlichen Krankenversicherungssystems ergänzt bzw. vervollständigt.

136 Daten für das Jahr 2015 waren zum Zeitpunkt der Erstellung der Studie noch nicht verfügbar.

**Abbildung 13:**  
**Bevölkerungsanteil mit privater Krankenzusatzversicherung in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen im Jahr 2014 (in %)**



Quelle: OECD (2016a) und eigene Recherche.

Anmerkung: Die Daten für Italien, Norwegen und Schweden wurden ergänzt, da diese Länder keine Daten an die OECD melden. Jedoch gibt es in allen Ländern durchaus einen privaten Krankenversicherungsmarkt. Laut GVM Care & Research verfügen rund 15 Millionen Italiener über eine private Krankenzusatzversicherung (vgl. GVM Care & Research (2017)). Dies entspricht einem Anteil von rund 25 % der Bevölkerung. Der Dachverband der norwegischen Finanzwirtschaft beziffert die Anzahl der privaten Krankenzusatzpolicen mit 452.488 im Jahr 2014 (vgl. Finas Norge (2015)). Dies entspricht einem Anteil von 8,6 % der Bevölkerung. Im Methodenteil zur OECD-Gesundheitsstatistik findet sich die Angabe, dass im Jahr 2014 ca. 622.000 Schweden über eine private Krankenzusatzversicherung verfügten (vgl. OECD (2016e), S. 14). Dies entspricht einem Anteil von 6,4 % der Bevölkerung.



## Irland

Von allen steuerfinanzierten Ländern ist der Bevölkerungsanteil mit einer privaten Krankenzusatzversicherung in Irland mit über 40% am höchsten. Der Abschluss einer solchen Versicherung dient in erster Linie dazu, ein Privatzimmer und eine Privatbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus abzusichern oder sich in einer reinen Privatklinik behandeln zu lassen, um die Wartelisten des nationalen Gesundheitsdienstes zu umgehen.<sup>137</sup> Eine Besonderheit in Irland stellt die private Absicherungsmöglichkeit der Kosten für die hausärztliche Versorgung dar, da das staatliche System diese Leistung nicht für alle Bürger übernimmt (siehe Kapitel 3.1). Auch weitere ambulante Leistungen wie Zahnbehandlung oder Sehhilfen können über eine private Zusatzversicherung abgedeckt werden.<sup>138</sup> Wie in Kapitel 4 gezeigt, sind insbesondere Wartezeiten in Irland ein großes Problem, was den hohen Anteil privat zusatzversicherter Iren erklären kann. In Folge der Finanz- und Wirtschaftskrise hat sich die Situation weiter verschlechtert, da Krankenhausinvestitionen aufgeschoben wurden und Krankenhauspersonal reduziert wurde.<sup>139</sup>

<sup>137</sup> Vgl. McDaid et al. (2009), S. 79.

<sup>138</sup> Vgl. Citizens Information Board (2016).

<sup>139</sup> Vgl. OECD (2016f).



## Dänemark



Weit über ein Drittel der dänischen Bevölkerung hat eine private Krankenzusatzversicherung abgeschlossen. Dies dient vor allem der Erstattung von ambulanten und stationären Privatbehandlungen und damit einem schnelleren Zugang zur Versorgung.<sup>140</sup> Zudem gibt es Tarife, die die Erstattung von obligatorischen Zuzahlungen (hauptsächlich Arzneimittel und Zahnbehandlung) vorsehen und von Leistungen, die das öffentliche System nicht vollständig übernimmt (z. B. Physiotherapie).<sup>141</sup> Ein weiterer Grund für den Abschluss einer privaten Krankenzusatzversicherung besteht darin, dass der Versicherte keine Überweisung des Hausarztes für den Zugang zu Fachärzten benötigt. Das staatliche Gesundheitssystem hingegen schreibt diese Überweisung – wie oben beschrieben – zwingend vor. Die Versicherung erhöht damit einen besseren Zugang zur Versorgung sowie die Wahlfreiheit der Patienten deutlich.<sup>142</sup>

## Italien



Rund ein Viertel der Italiener verfügt über eine private Krankenzusatzversicherung. Laut einer aktuellen Umfrage sind sogar 57,1% der Italiener der Auffassung, dass diejenigen Personen, die sich eine private Krankenzusatzversicherung finanziell leisten können oder die bei einem Arbeitgeber beschäftigt sind, der eine betriebliche Krankenversicherung vorhält, sich sinnvollerweise entsprechend absichern sollten. Begründet wird dies in erster Linie mit den hohen Zuzahlungen im staatlichen System und den langen Wartezeiten.<sup>143</sup> Es ist jedoch davon auszugehen, dass nicht alle Personen, die dem Grunde nach eine Zusatzversicherung für sinnvoll erachten, auch über die finanziellen Mittel verfügen. Durch den Abschluss einer Zusatzversicherung können Wartezeiten umgangen werden, da die Versicherungen die ambulanten und stationären Privatbehandlungen erstatten.<sup>144</sup> Italiener nehmen privatärztliche Behandlungen in Anspruch, da die Qualität im privaten Sektor höher eingeschätzt wird. Zudem kann mit einer privaten Zusatzversicherung der Arzt frei gewählt werden.<sup>145</sup>

## Portugal



Auch in Portugal liegt der Anteil der zusatzversicherten Bevölkerung bei über 20%. Die Zusatzversicherung dient in erster Linie dem schnelleren

---

140 Vgl. Universität Süd-Dänemark (2017).

141 Vgl. Commonwealth Fund (2017b).

142 Vgl. Olejaz et al. (2012), S. 73.

143 Vgl. Censis (2016).

144 Vgl. Commonwealth Fund (2017b).

145 Vgl. Ferré et al. (2014), S. 61f.

Zugang zur Versorgung durch die Erstattung von Privatbehandlungen sowie der Bereitstellung von Komfortleistungen im Krankenhaus. Zudem spielt sie eine Rolle bei der Erstattung von Leistungen, die vom öffentlichen System nicht abgesichert werden, wie z. B. Zahnbehandlung. Darüber hinaus existieren Zusatzversicherungen, die die freie Arztwahl ermöglichen.<sup>146</sup> Durch den Abschluss einer solchen Versicherung umgehen viele Portugiesen das strikte Gatekeeping, konsultieren direkt einen Spezialisten ihrer Wahl und reichen die Kosten bei der privaten Krankenversicherung zur Erstattung ein.<sup>147</sup>



### Finnland

In Finnland spielt die private Krankenversicherung eine geringere Rolle: 15 % der Bevölkerung haben eine solche abgeschlossen. In der Regel können mit einer Zusatzversicherung ausschließlich Leistungen abgedeckt werden, die auch das staatliche System absichert. Hauptgrund für den Abschluss einer Versicherung ist ein schneller Zugang durch die Erstattung von Privatbehandlungen. Die langen Wartezeiten im öffentlichen Gesundheitsdienst sind einer der Haupttreiber für den Verkauf privater Versicherungen. Mit einer solchen Versicherung erhalten die Bürger zudem mehr Wahlfreiheit in Bezug auf den behandelnden Arzt sowie die Erstattung von Zuzahlungen zu Arzneimitteln. Schließlich wird der privaten Gesundheitsversorgung in Finnland ein höheres Qualitätsniveau zugeschrieben.<sup>148</sup>



### Spanien

Rund 15 % der Spanier besitzen eine private Krankenversicherung, um eine schnellere Behandlung durch die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Privatärzten zu erhalten. Zudem existieren Zusatzversicherungen, die die freie Arztwahl ermöglichen. Diese ist in Spanien im staatlichen System stark eingeschränkt. Ähnlich wie in Finnland gilt auch hier, dass in der privaten Gesundheitsversorgung das Qualitätsniveau höher ist als im öffentlichen System. Auch Komfortleistungen in Krankenhäusern können über eine Zusatzversicherung abgesichert werden.<sup>149</sup>



### Großbritannien

Aktuell verfügen rund 10 % der Briten über eine private Krankenversicherung parallel zu ihrem Versicherungsschutz durch den NHS. Diese deckt in erster Linie einen schnelleren und direkteren Zugang zur Versorgung ab –

146 Vgl. Oliveira/da Silva (2016), S. 116; Sagan/Thomson (2016), S. 35.

147 Vgl. Schölkopf/Pressel (2014), S. 23.

148 Vgl. Vuorenkoski (2016), S. 48.

149 Vgl. Costa-i-Font (2016), S. 140.

insbesondere bei geplanten Eingriffen im Krankenhaus durch die Erstattung von Behandlungen in Privatkliniken oder auf Privatstationen in NHS-Kliniken. Auch Leistungen, die vom öffentlichen System nicht abgedeckt werden, können durch eine Zusatzversicherung abgesichert werden. Versicherungen für eine Privatbehandlung im hausärztlichen Bereich sind dagegen in der Regel nicht existent.<sup>150</sup> In Großbritannien existiert ein gut ausgebauter privater Gesundheitssektor parallel zum öffentlichen Sektor. Dieser ist teilweise innerhalb des NHS-Systems angesiedelt (z. B. Privatabteilungen in öffentlichen Krankenhäusern) oder auch außerhalb (z. B. Privatkliniken oder Privatarztpraxen).

### Norwegen



In Norwegen verfügen 8,6 % der Bevölkerung über eine private Zusatzversicherung. Hauptmotiv für einen Abschluss ist die Verkürzung von Wartezeiten.<sup>151</sup> Ähnlich wie in Finnland und Spanien wird der privaten Gesundheitsversorgung auch in Norwegen ein höheres Qualitätsniveau zugeschrieben.<sup>152</sup>

### Schweden



Der Hauptgrund für den Erwerb einer privaten Krankenzusatzversicherung in Schweden ist die Möglichkeit, schneller einen Termin beim Facharzt zu bekommen und Wartezeiten bei geplanten Operationen zu umgehen.<sup>153</sup> In Schweden werden Zusatzversicherungen hauptsächlich von Arbeitgebern als Gruppenverträge gekauft. Ziel ist es, krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit der Belegschaft durch schnelleren Zugang zur Versorgung zu verkürzen.<sup>154</sup> Von allen steuerfinanzierten Ländern ist der Anteil der Bevölkerung mit Zusatzversicherung mit rund 6 % in Schweden am geringsten. Bezogen auf die Bevölkerungsgruppe der 15- bis 74-jährigen Erwerbstätigen erhöht sich der Anteil der Privatversicherten jedoch auf 10%.<sup>155</sup> Die geringe Verbreitung privater Zusatzversicherungen ist in erster Linie damit zu erklären, dass die medizinische Versorgung fast ausschließlich im öffentlichen Gesundheitssystem erfolgt und es nur einen sehr kleinen privaten Gesundheitsmarkt gibt (siehe Kapitel 5.1).

---

150 Vgl. Commonwealth Fund (2017b).

151 Vgl. Finas Norge (2016).

152 Vgl. Johnsen (2016), S. 106.

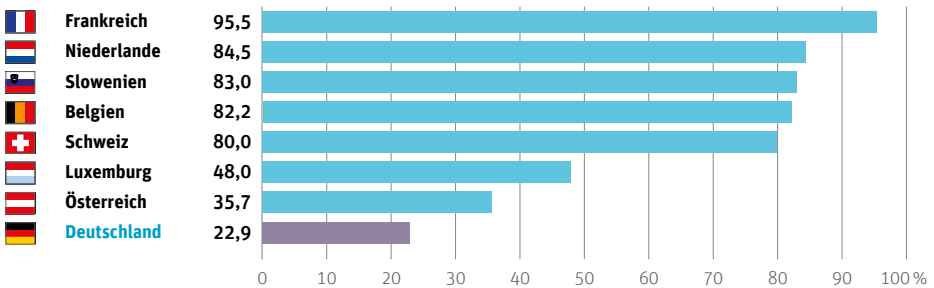
153 Vgl. Anell/Glenngård/Mercur (2012), S. 65.

154 Vgl. Skoglund (2016), S. 144.

155 Vgl. Glenngård (2016), S. 153.

Abbildung 14 verdeutlicht, dass private Krankenzusatzversicherungen in Ländern mit beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen deutlich verbreiteter sind.<sup>156</sup> Hier existieren oftmals Versicherungen, die obligatorische Zuzahlungen und Eigenanteile der Versicherten absichern, die in der Logik eines steuerfinanzierten Systems prinzipiell nicht vorkommen. Aber auch Versicherungen, die Leistungen erstatten, die vom öffentlichen System nicht vollständig übernommen werden (z. B. Zahnbehandlung, Sehhilfen), finden sich häufig.

**Abbildung 14:**  
**Bevölkerungsanteil mit privater Krankenzusatzversicherung in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen im Jahr 2014 (in %)**



Quelle: OECD (2016a) und eigene Recherche.

Anmerkung: Die Daten für Slowenien wurden ergänzt, da dieses Land keine Daten an die OECD meldet. Jedoch gibt es hier durchaus einen privaten Krankenversicherungsmarkt (vgl. Thomas/Thomson/Evetovits (2015), S. 6). Die Schweiz meldet nur die Versicherten mit einer Zusatzversicherung für Komplementärmedizin auf Basis einer Bevölkerungsbefragung an die OECD (27,9 % in 2012). Insgesamt verfügen über 80 % der Schweizer über eine Krankenzusatzversicherung (vgl. OECD (2011b), S. 74).



## Frankreich

Von allen untersuchten Ländern ist die private Zusatzversicherung in Frankreich mit Abstand am weitesten verbreitet. Fast die gesamte Bevölkerung verfügt über einen derartigen Versicherungsschutz. Damit wird hauptsächlich die finanzielle Belastung durch die hohen obligatorischen Zuzahlungen abgesichert (siehe Kapitel 3.3). Dies betrifft auch die Zuzahlungen für Ärzte, die außerhalb des öffentlichen Systems zu höheren Honoraren behandeln (siehe Kapitel 5.1).<sup>157</sup> Darüber hinaus werden auch die Selbstbeteiligungen bei Brillen, Hörgeräten und Zahnprothesen bis zu einer bestimmten Grenze erstattet, zudem Leistungen, die vom öffentlichen System nicht voll-

<sup>156</sup> OECD-Daten für das Jahr 2015 waren zum Zeitpunkt der Erstellung der Studie noch nicht verfügbar.

<sup>157</sup> Vgl. Solano (2017).

ständig übernommen werden (z. B. Zahnbehandlung, Sehhilfen) sowie Einzelzimmer im Krankenhaus.<sup>158</sup> Da die private Krankenzusatzversicherung in Frankreich für den Zugang zur Versorgung maßgeblich ist, wurde ihre Rolle in den letzten 15 Jahren immer mehr gestärkt.<sup>159</sup>

## Niederlande



Auch in den Niederlanden sind private Zusatzversicherungen weit verbreitet (rund 85 % der Bevölkerung). Auch das Tarifangebot der Zusatzversicherungen ist sehr umfangreich.<sup>160</sup> Da der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung in den Niederlanden nur die medizinische Grundversorgung umfasst, müssen alle darüber hinaus gewünschten Leistungen (Zahnbehandlung, Physiotherapie, Sehhilfen) aus eigener Tasche finanziert werden oder über den Abschluss einer zusätzlichen privaten Krankenversicherung. Beispielsweise verfügen 76 % der über 18-jährigen Niederländer über eine Zahnzusatzversicherung, da diese Leistung nicht vom öffentlichen Gesundheitssystem übernommen wird.<sup>161</sup> Zusatzversicherungen, die einen schnelleren Zugang zur ärztlichen Versorgung oder einen direkten Zugang zum Facharzt ermöglichen, werden in den Niederlanden nicht angeboten.<sup>162</sup>

## Slowenien



Ähnlich wie in Frankreich werden in Slowenien vor allem die sehr hohen Zuzahlungen abgedeckt.<sup>163</sup> Der Abschluss einer Zusatzversicherung für Zuzahlungen ist hier verpflichtend für alle Versicherten, die qua Gesetz Zuzahlungen leisten müssen. Dies erklärt, dass über 80 % der Bevölkerung eine solche Versicherung abgeschlossen haben, während in anderen osteuropäischen Staaten fast kein Markt für eine Zusatzversicherung vorhanden ist. 99 % der Prämieinnahmen stammen aus dem Verkauf von Versicherungen, die Zuzahlungen absichern. Es existieren daneben Versicherungen, die Leistungen erstatten, die vom öffentlichen System nicht vollständig übernommen werden. Diese werden jedoch nur von einem sehr geringen Bevölkerungsanteil abgeschlossen.<sup>164</sup>

## Belgien



In Belgien liegt der Bevölkerungsanteil mit Zusatzversicherung ebenfalls bei über 80 %. Obwohl Zuzahlungen obligatorisch sind, sind private Kranken-

---

158 Vgl. Chevreur et al. (2015), S. 87.

159 Vgl. Perronnin (2016), S. 2.

160 Vgl. Kroneman et al. (2016), S. 92.

161 Vgl. Vektis (2015), S. 21.

162 Vgl. Wammes et al. (2017).

163 Vgl. Nikolić (2015).

164 Vgl. Milenkovic Kramer (2016), S. 134.

zusatzversicherungen in Belgien hauptsächlich Krankenhaustagegeldversicherungen. Auch Komfortleistungen im Krankenhaus können abgesichert werden. Für die Erstattung von Leistungen, die vom öffentlichen System nicht vollständig übernommen werden (z. B. Zahnbehandlung), sind Versicherungen eher weniger verbreitet.



### Schweiz

Ähnlich wie in Belgien werden in der Schweiz mit Zusatzversicherungen hauptsächlich Komfortleistungen abgesichert (Einzelzimmer im Krankenhaus, Chefarztbehandlung im Krankenhaus, Behandlung in Privatkliniken). Auch für die Erstattung von Leistungen, die vom öffentlichen System nicht vollständig übernommen werden (z. B. Zahnbehandlung), existieren Zusatzversicherungen. Im Unterschied zu den Niederlanden hat sich in der Schweiz zudem ein Markt für private Zusatzversicherungen gebildet, welche die – üblicherweise teurere – Behandlung bei „Ausstandsärzten“ absichern. Rund 80 % der Schweizer verfügen über eine Zusatzversicherung. Im Unterschied zu anderen europäischen Ländern sind Zusatzversicherungen, die Maßnahmen der Komplementärmedizin erstatten, in der Schweiz sehr verbreitet (fast 30 % der Bevölkerung).



### Luxemburg

Bei Luxemburg sind folgende Besonderheiten zu beachten: Es handelt sich um das kleinste der hier untersuchten Länder. Von den knapp 570.000 Einwohnern sind fast die Hälfte ausländischer Herkunft.<sup>165</sup> Da Luxemburg wichtiger Sitz der EU ist, sind dort zudem rund 9.500 internationale Bedienstete angesiedelt.<sup>166</sup> Dies kann erklären, warum Zusatzversicherungen in Luxemburg deutlich weniger verbreitet sind, als in den obigen Ländern (knapp 50 % der Bevölkerung). Wie auch in Frankreich und Belgien erstattet das luxemburgische Krankenversicherungssystem nur einen Teil der Arztkosten und anderer medizinischer Leistungen. Mit einer Zusatzversicherung können die verbleibenden Kosten abgesichert werden. Auch Komfortleistungen im Krankenhaus können versichert werden.



### Österreich

In Österreich verfügt rund ein Drittel der Bevölkerung über eine private Zusatzversicherung. Aufgrund des relativ breiten Leistungsspektrums des öffentlichen Systems sichert diese hauptsächlich Einzelzimmer im Krankenhaus ab sowie die Wahlfreiheit des behandelnden Krankenhausarztes.<sup>167</sup>

<sup>165</sup> Vgl. Statistikportal Luxemburg (2016).

<sup>166</sup> Vgl. Luxemburgischer Vorsitz des Rats der Europäischen Union (2015).

<sup>167</sup> Vgl. Czipionka/Sigl (2016), S. 12.

## Private Krankenzusatzversicherung in Deutschland

Knapp 23 % der deutschen Bevölkerung haben eine private Krankenzusatzversicherung abgeschlossen. Bei der überwiegenden Mehrzahl (über 50 %) der Versicherungen handelt es sich um Zahnzusatzversicherungen, die ein höheres Versorgungsniveau als die gesetzliche Regelversorgung absichern (z. B. Inlays). Rund 27 % entfallen auf Tarife, mit denen weitere ambulante Leistungen abgesichert werden, die im GKV-Spektrum nicht enthalten sind (z. B. Brillen oder Kontaktlinsen). Der übrige Anteil entfällt auf Tarife für Komfortleistungen im Krankenhaus, wie Einzelzimmer und Chefarztbehandlung (vgl. PKV-Zahlenbericht 2015).

### Internationale Einordnung

Von allen Ländern mit beitragsfinanzierten Systemen ist in Deutschland die Zusatzversicherung am wenigsten verbreitet. Dies kann mit dem hohen Versorgungsniveau im öffentlichen System erklärt werden: Es müssen relativ wenig medizinische Leistungen privat finanziert werden und es existieren kaum Zugangshürden zur Versorgung.

Dies wird auch darin deutlich, dass die Mittel der privaten Krankenversicherung in Österreich hauptsächlich in die stationäre Versorgung fließen.<sup>168</sup>

## 5.5 Zwischenfazit

In allen hier untersuchten Ländern existiert ein privater Markt für Gesundheitsleistungen – oftmals als etablierte Privatmedizin parallel neben dem öffentlichen Gesundheitssystem. Hier können entweder Leistungen erworben werden, die das staatliche System nicht finanziert (z. B. Zahnbehandlungen, Sehhilfen), oder es ist ein direkter Zugang zum Arzt ohne Wartezeiten möglich. Insbesondere in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen, in denen sowohl Haus- als auch Fachärzte überwiegend selbstständig in eigener Praxis niedergelassen sind, hat sich ein Teil der Ärzte gegen eine Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitssystem entschieden. So erbringen in Frankreich über 25 % und in Österreich über 50 % der niedergelassenen Ärzte ihre Leistungen gegen Privatrechnung. In der Schweiz gibt es sogenannte „Ausstandsärzte“, die nicht für die Grundversicherung arbeiten. Selbst in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen mit traditionell staatlicher Organisation der Gesundheitsversorgung existiert ein teils bedeutender privater Gesundheitsmarkt. Im deutschen Gesundheitssystem werden gesetzlich und privat krankenversicherte Patienten in einem Versorgungssystem, d. h. von denselben Ärzten, behandelt. Somit fließen auch die privat abgerechneten Honorare in die Praxisausstattung und kommen allen

168 Vgl. Riedler (2013), S. 19.

Versicherten zugute. Reine Privatpraxen oder -kliniken sind in Deutschland vergleichsweise selten.

Für den Umfang privat finanzierter Gesundheitsleistungen, die in einem Land – trotz Existenz eines öffentlichen Gesundheitssystems für die gesamte Bevölkerung – aufgebracht werden, ist der Anteil der Bevölkerung mit einer privaten Krankenzusatzversicherung ein guter Indikator. Die Anzahl der privaten Krankenversicherungsverträge sowie auch der Anteil der Gesundheitsausgaben, der auf private Krankenversicherungen entfällt, sind statistisch relativ gut dokumentiert. Daneben zahlen viele Patienten Leistungen jedoch auch vollständig aus eigener Tasche. Diese Ausgaben sind eher schlecht erfasst und tendenziell unterschätzt.

In der Zusammenschau zeigt sich, dass in Ländern mit steuerfinanzierten Systemen die duplizierende Versicherung vorherrscht, die eine Versorgung abdeckt, die auch vom öffentlichen System abgesichert wird. Trotz des duplizierenden Charakters der Zusatzversicherung verfügt in vielen Ländern ein relativ großer Teil der Bevölkerung über eine solche Form der privaten Absicherung. Diese Bürger sind somit bereit, eine Versicherungsprämie für Leistungen zu zahlen, auf die sie im öffentlichen System quasi unentgeltlich bereits Anspruch haben. Wie Kapitel 3 und 4 zeigen, ist dieser Anspruch jedoch teilweise mit wenig Wahlfreiheit (Gatekeeping) und langen Wartezeiten verbunden. Vor allem Wartezeiten stellen in allen steuerfinanzierten Gesundheitssystemen eine hohe Zugangshürde zur staatlichen Versorgung dar. Mit einer duplizierenden Krankenzusatzversicherung wird in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen daher in der Regel eine private Behandlung abgesichert, die einen schnelleren Zugang, mehr Wahlfreiheit und ein höheres Qualitätsniveau gewährleistet. In Ländern, in denen die freie Arztwahl stark beschränkt ist (sei es im ambulanten Bereich oder bezogen auf den behandelnden Krankenhausarzt), existieren zudem Zusatzversicherungen, die explizit eine freie Arztwahl ermöglichen (z. B. in Dänemark, Portugal, Spanien). Die Versorgung findet üblicherweise getrennt vom öffentlichen System im privaten Gesundheitssektor statt.

In beitragsfinanzierten Systemen sind supplementäre Versicherungen verbreiteter. Diese erstatten Leistungen, die vom öffentlichen System nicht abgedeckt werden. Das können zum einen medizinisch notwendige Leistungen sein, wie beispielsweise Physiotherapie in den Niederlanden oder zahnärztliche Behandlung in der Schweiz, zum anderen sogenannte Komfortleistungen im Krankenhaus (Einzelzimmer, Chefarztbehandlung), wie beispielsweise in Österreich. In Frankreich und Slowenien ist hauptsächlich die komplementäre Versicherung verbreitet, die den Versicherungsschutz des öffentlichen Systems durch Erstattung der hohen obligatorischen Zahlungen komplettiert.



In Deutschland ist der Bevölkerungsanteil mit einer privaten Zusatzversicherung im internationalen Vergleich mit rund 23 % eher gering. Dies kann mit dem hohen Versorgungsniveau im öffentlichen System erklärt werden. Das heißt, es müssen relativ wenig medizinische Leistungen privat finanziert werden und es existieren kaum Zugangshürden zur Versorgung. So ist das Niveau der Zuzahlungen im öffentlichen System (im Gegensatz zu anderen beitragsfinanzierten Ländern) sehr gering. Wartezeiten spielen keine bedeutende Rolle und auch bei der Wahlfreiheit der Patienten in Bezug auf den Haus- oder Facharzt gibt es keine Einschränkungen.

## 6. Versorgungsunterschiede als Folge von Zugangshürden

Die Möglichkeiten, sich eine gewünschte Leistung außerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems privat einzukaufen, sind in der Regel ungleich über die Bevölkerung verteilt. Die Zugangsvoraussetzungen hängen in erster Linie von der sozioökonomischen Situation des Patienten ab. Nur Personen, die über die nötigen finanziellen Ressourcen verfügen, können die Leistungen erwerben. Das heißt, sie verfügen entweder über die Möglichkeit, die privaten Gesundheitsleistungen direkt selbst zu finanzieren, oder sie haben die Mittel, eine private Krankenzusatzversicherung abzuschließen, die diese Leistungen erstattet. Da ein Teil der Bevölkerung diese Möglichkeiten nicht hat, kommt es zu Versorgungsunterschieden hinsichtlich des Zugangs zu Gesundheitsleistungen.<sup>169,170</sup>

In den vorangehenden Kapiteln wurde der Umfang von Zugangshürden im Ländervergleich empirisch untersucht sowie die Möglichkeiten, diese über den privaten Gesundheitsmarkt zu überwinden. Die jeweiligen Ergebnisse der Kapitel werden an dieser Stelle aufgegriffen und am Beispiel von 10 Ländern in einen Zusammenhang gestellt, wobei die Finanzierungsform des jeweiligen Gesundheitssystems berücksichtigt wird (Tabelle 1).<sup>171</sup> Das heißt, es werden exemplarisch fünf steuerfinanzierte und fünf beitragsfinanzierte Länder ausgewählt. Die kompakte Darstellung in alphabetischer

---

169 Neben der Finanzkraft sind Bildungsstand und Mobilität weitere ausschlaggebende Eigenschaften, die zu Versorgungsunterschieden führen können. Leistungen auf einem privaten Gesundheitsmarkt einzukaufen, setzt in der Regel einen gewissen Überblick über die Versorgungsmöglichkeiten voraus und verlangt einen mündigen Patienten, der selbst Entscheidungen hinsichtlich seiner Versorgung trifft.

170 Gemäß Definition des US-amerikanischen Institute of Medicine werden Versorgungsunterschiede durch Merkmale des Gesundheitssystems determiniert, die den Zugang regulieren oder bestimmte Formen der Nutzung (sozial selektiv) privilegieren (vgl. Bauer (2009)).

171 Die Benennung der Finanzierungs- und Organisationsform des Gesundheitswesens folgt der Darstellung in Kapitel 2.

Reihenfolge ermöglicht einen Überblick über die wichtigsten Fakten zu Zugangshürden und deren Wirkung auf die Versorgung. Dies erlaubt eine Einschätzung über das Ausmaß der Versorgungsunterschiede in den betrachteten Ländern.

## 6.1 Steuerfinanzierte Gesundheitssysteme

Allen folgenden Ländern ist gemein, dass die Gesundheitssysteme vorwiegend über Steuereinnahmen finanziert werden und alle Einwohner Anspruch auf eine prinzipiell unentgeltliche Inanspruchnahme des staatlichen Gesundheitsdienstes haben.



### Dänemark

Auffallend ist zunächst, dass schon innerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems Versorgungsunterschiede angelegt sind, da der Versicherungsschutz in zwei Kategorien angeboten wird. Mit der ersten Kategorie wird ein Hausarztssystem gewählt. Wer sich für die zweite Kategorie entscheidet, hat freie Arztwahl, muss aber mit relativ hohen Zuzahlungen rechnen (siehe Kapitel 3.2). Zudem werden einige Leistungen nicht oder nicht vollständig vom öffentlichen Gesundheitssystem übernommen, wie z. B. Sehhilfen, Zahnbehandlungen oder Physiotherapie. Diese Leistungen sind nur für diejenigen Dänen verfügbar, die sie aus eigenen Mitteln oder durch den Abschluss einer privaten Zusatzversicherung finanzieren können. Insbesondere die hohen individuell zu tragenden Kosten der zahnärztlichen Versorgung führen zu Versorgungsunterschieden in diesem Leistungsbereich und in der Folge zu nachweisbaren Unterschieden in der Zahngesundheit je nach sozialem Status.<sup>172</sup> Ein weiterer Grund für den Abschluss einer privaten Krankenzusatzversicherung besteht darin, dass der Versicherte keine Überweisung des Hausarztes für den Zugang zu Fachärzten benötigt. Die Versicherung erhöht damit die Wahlfreiheit der Patienten deutlich (siehe Kapitel 5.4). Schließlich gibt es in Dänemark in öffentlichen Kliniken deutlich längere Wartezeiten als in den Privatkliniken. Patienten, die es sich leisten können, erhalten über die Privatbehandlung einen schnelleren Zugang zur Versorgung.



### Großbritannien

Der nationale Gesundheitsdienst NHS in Großbritannien ist chronisch unterfinanziert. Dies resultiert in Rationierung von Kapazitäten, die wiederum zu langen Wartezeiten führen. So betrug im Jahr 2014 die durchschnittliche Wartezeit von der Überweisung bis zu einer Hüftersatz-Operation 91 Tage und bis zu einer Bypass-Operation 73 Tage (siehe Kapitel 4.2). Es existiert

<sup>172</sup> Vgl. Olejaz et al. (2012), S. 162.

ein gut ausgebauter privater Gesundheitssektor parallel zum öffentlichen Sektor. Dieser ist teilweise innerhalb des NHS-Systems angesiedelt (Privatabteilungen in öffentlichen Krankenhäusern) oder auch außerhalb (Privatkliniken oder Privatarztpraxen) (siehe Kapitel 5.1). Britische Patienten können sich im Privatsektor versorgen lassen, um die Wartezeiten zu umgehen, und die Kosten dabei entweder über eine private Krankenversicherung abdecken oder sie aus eigener Tasche selbst finanzieren. So führen die langen Wartezeiten in Großbritannien zu erheblichen Versorgungsunterschieden, da nicht jedem Patienten eine Privatbehandlung möglich ist.

## Italien



In Italien sind alle hier betrachteten Zugangshürden zu finden. So fungiert der Hausarzt als Gatekeeper und die weitere medizinische Versorgung erfolgt mittels Überweisungen, wobei der Patient nur eine lokal begrenzte Arztwahl treffen kann. Beim Facharzt werden Zuzahlungen fällig und der Leistungskatalog ist eingeschränkt. Zudem sind Wartezeiten in Italien ein großes Problem. Obwohl der nationale Gesundheitsdienst SSN allen Bürgern einen einheitlichen Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleisten sollte, gibt es große Versorgungsunterschiede, die mehrfach durch Studien belegt wurden: So lassen sich viele Italiener von privat tätigen Ärzten oder anderen Leistungserbringern behandeln, da sie diese ohne Überweisung direkt aufsuchen können. Aktuellen Daten zufolge wurden 92 % der zahnärztlichen Behandlungen und 48 % aller weiteren fachärztlichen Behandlungen direkt aus eigener Tasche bezahlt. Der Hauptgrund für eine Behandlung außerhalb des SSN im privaten Sektor ist das größere Vertrauen in private Leistungserbringer und -praxen, gefolgt von der Vermeidung von Wartelisten und besseren Zugangsmöglichkeiten.<sup>173</sup> Vor allem, wenn Patienten über eine private Krankenversicherung verfügen, die die Kosten übernimmt, wird oftmals eine Privatbehandlung gewählt.<sup>174</sup>

## Schweden



Das öffentliche Gesundheitssystem in Schweden weist erhebliche Zugangshürden auf. Insbesondere existieren lange Wartelisten auf geplante Behandlungen. Auch Eigenbeteiligungen (z. B. umgerechnet 25 bis 35 Euro für einen Besuch beim Facharzt) können den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren.<sup>175</sup> Leistungen privat zu erwerben ist möglich, da es private Praxen gibt – obwohl die Anstellung der Ärzte in Gesundheitszentren dominiert (siehe Kapitel 5.1). Studien belegen, dass es insbesondere in Schweden Versorgungsunterschiede gibt, die sich auf den sozioökonomischen Status

173 Vgl. Glorioso/Subramanian (2014).

174 Vgl. Ferré et al. (2014), S. 138.

175 Vgl. Anell/Glenngård/Mercur (2012), S. 62f.

zurückführen lassen. Beispielsweise suchen einkommensschwache Personen seltener einen Facharzt auf.<sup>176</sup>



## Spanien

Im spanischen nationalen Gesundheitssystem S.N.S. ist der Zugang zum Arzt stark reglementiert. So fungiert der Hausarzt als Gatekeeper, und der Zugang zu Fachärzten, die in der Regel in Gesundheitszentren arbeiten, ist ebenfalls nicht frei. Zum anderen treten auch im spanischen S.N.S. relativ lange Wartezeiten auf. So warteten Patienten im Jahr 2014 durchschnittlich über 80 Tage auf die Operation eines Leistenbruchs und über 100 Tage auf eine Hüftersatz-Operation (siehe Kapitel 4.2). Neben den angestellten Ärzten im S.N.S. existiert eine Parallelstruktur von privaten Ärzten, die bei Selbstzahlung aufgesucht werden können. Zur Absicherung dieser Leistungen stehen auch Zusatzversicherungen zur Verfügung. Rund 15% der Spanier besitzen eine private Krankenversicherung, um eine schnellere Behandlung zu erhalten (siehe Kapitel 5.4). Zwischen Patienten, die nur über den S.N.S. abgesichert sind, und Patienten, die eine zusätzliche private Krankenversicherung besitzen, unterscheidet sich die Wartezeit signifikant. Patienten, die sich keinen privaten Versicherungsschutz leisten können, suchen auch bei nicht lebensbedrohlichen Beschwerden die ambulanten Notfallzentren auf, um dort dem Problem der langen Wartezeiten zu entgehen.<sup>177</sup> Aufgrund der starken Rationierung im S.N.S. sind die privat erbrachten Gesundheitsleistungen attraktiv und werden insbesondere von finanzstarken Patienten genutzt, so dass sich in Spanien große Versorgungsunterschiede herausgebildet haben.

## 6.2 Beitragsfinanzierte Gesundheitssysteme

In den folgenden Ländern sind die Gesundheitssysteme vorwiegend beitragsfinanziert und in Form einer Sozialversicherung konzipiert. Der Anspruch auf medizinische Leistungen entsteht durch Zahlung von Beiträgen.



## Frankreich

Charakteristisch für das französische System sind die hohen Zuzahlungen. Hier werden im internationalen Vergleich die höchsten Eigenbeteiligungen verlangt (im Durchschnitt 30% der Behandlungskosten) (siehe Kapitel 3.3). Diese können über eine private Zusatzversicherung abgesichert werden. Da die durchschnittliche Höhe der Zuzahlungen im Laufe der letzten Jahre immer weiter anstieg, ist die private Zusatzversicherung mittlerweile ein be-

<sup>176</sup> Vgl. Anell/Glenngård/Merkur (2012), S. 127.

<sup>177</sup> Vgl. García-Armesto et al. (2010), S. 191 f.

stimmender Faktor hinsichtlich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung.<sup>178</sup> Mehrere Studien des IRDES bestätigen einen Zusammenhang zwischen dem Abschluss einer privaten Zusatzversicherung und dem Zugang zum französischen Gesundheitssystem. So verzichteten im Jahr 2012 15 % der befragten Personen aus finanziellen Gründen auf den Besuch beim Hausarzt, jedoch nur 5 % der Personen mit privater Zusatzversicherung. Bei der Versorgung mit Sehhilfen verzichteten sogar 24 % der Befragten ohne Zusatzversicherung aus finanziellen Gründen gegenüber nur 9 % der Befragten mit privatem Versicherungsschutz. Die größten Unterschiede zeigten sich bei der zahnärztlichen Behandlung: Über 41 % der erwachsenen Bevölkerung verzichteten aus Kostengründen auf eine medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung. Im Vergleich war dies nur bei 16 % der Befragten mit privater Krankenversicherung der Fall.<sup>179</sup> Personen ohne private Zusatzversicherung nehmen somit in Frankreich weniger Leistungen in Anspruch und weisen oftmals einen schlechteren Gesundheitszustand auf als Personen mit privater Absicherung.<sup>180</sup> Damit zeigt sich in Frankreich, wie die private Zusatzversicherung Versorgungsunterschiede nivelliert.

Ein weiteres Problem hinsichtlich des Zugangs zur ärztlichen Versorgung ist die französische Besonderheit, dass Ärzte in unterschiedlichen Honorarsektoren arbeiten. Ambulant tätige Kassenärzte im sogenannten Sektor 2 können ihre Honorare frei außerhalb der staatlichen Gebührenordnung festsetzen. Dies trifft vor allem auf Fachärzte (z. B. auf 85 % der Chirurgen) zu, die die Kassensätze um ein Vielfaches überschreiten (siehe Kapitel 4.4). In einigen Fachgebieten ist es für Patienten schwer, einen Arzt zu finden, der in Sektor 1 tätig ist und nur die Kassenhonorare in Rechnung stellt. Private Krankenzusatzversicherungen erstatten jedoch die Differenz zwischen den von den Krankenkassen erstatteten Kosten und den höheren Honoraren der in Sektor 2 und 3 tätigen Ärzte. Besteht eine solche Zusatzversicherung nicht, können sich finanziell schlechter gestellte Patienten die Honorare in Sektor 2 und 3 oftmals nicht leisten. Dies wird zu einem wachsenden Problem beim Zugang zur ärztlichen Versorgung in Frankreich.

## Niederlande



In den Niederlanden herrscht ein striktes Gatekeeping durch den Hausarzt. Die Möglichkeiten der niederländischen Bürger, schnelleren Zugang zu Ärzten zu erhalten, liegen vorrangig in der Behandlung im Ausland oder der Finanzierung von Privatbehandlungen aus eigenen Mitteln, da Zusatzversicherungen zur Verkürzung von Wartezeiten nicht existieren (siehe Kapitel 5.4). Alle über 18-jährigen Versicherten müssen einen obligatorischen

178 Vgl. Perronnin/Pierre/Rochereau (2011).

179 Vgl. Célant et al. (2014), S. 5.

180 Vgl. Perronnin/Pierre/Rochereau (2011), S. 5.

Selbstbehalt in Höhe von 385 Euro pro Jahr unabhängig vom Einkommen zahlen, außer für die hausärztliche Versorgung und Geburtshilfe (siehe Kapitel 3.3). Dies kann vor allem für einkommensschwache Versicherte eine Hürde beim Zugang für die fachärztliche Versorgung darstellen.

In den Niederlanden sind verschiedene Leistungsbereiche von der Erstattung ausgenommen, wie z. B. Zahnbehandlung oder Physiotherapie für Erwachsene (siehe Kapitel 3.1). Um das Leistungsspektrum nach eigenen Wünschen aufzustocken, werden zahlreiche Zusatzversicherungen angeboten. Das niederländische Zentrale Amt für Statistik (CBS) hat erhoben, dass der Abschluss einer Zusatzversicherung stark vom Einkommen abhängig ist: Während in der höchsten Einkommensgruppe im Jahr 2013 14 % der Personen keine private Zusatzkrankenversicherung abgeschlossen hatten, lag dieser Anteil in der niedrigsten Einkommensgruppe doppelt so hoch (bei 28 %).<sup>181</sup> Diejenigen Personen, die weder über eine Zusatzversicherung noch über die erforderlichen finanziellen Mittel zur Selbstzahlung der Leistung verfügen, müssen sich mit dem Basispaket der Grundversorgung zufriedengeben.



### Österreich

In Österreich werden keine offiziellen Angaben zu Wartezeiten erfasst, es gibt aber Hinweise, dass Wartezeiten dennoch in nicht unerheblichem Maße auftreten. In Österreich hat sich die Meinung etabliert, dass eine private Krankenzusatzversicherung und/oder der Besuch in einer Privatpraxis die Wartezeit auf Elektivoperationen verkürzen.<sup>182</sup> In Österreich gibt es Vertragsärzte und Wahlärzte. Bei Konsultation eines Wahlarztes ist ein Teil der Kosten selbst zu tragen, so dass hier Versorgungsunterschiede angelegt sind. Insgesamt sind die Rationierungsmaßnahmen in Österreich nicht stark ausgeprägt, sie sind aber sehr wohl zu finden, so dass sich auch hier ein gewisses Maß an Versorgungsunterschieden einstellt.



### Schweiz

Das Schweizer Gesundheitssystem finanziert sich als einziges allein über Kopfpauschalen. Durch eine obligatorische Jahresfranchise (umgerechnet mindestens rund 250 Euro pro Jahr für Erwachsene) und einen Selbstbehalt von 10 % (begrenzt auf umgerechnet rund 575 Euro pro Jahr) werden die Versicherten in nicht unerheblichem Maß an den Kosten der Gesundheitsversorgung beteiligt (siehe Kapitel 3.3). Für Personen mit geringem Einkommen kann dies ein Problem beim Zugang zur Versorgung darstellen. Der Leistungsumfang des gesetzlichen Basiskataloges enthält bestimmte

181 Vgl. Zentrales Amt für Statistik (2015).

182 Vgl. Cypionka/Kraus/Röhring (2013).

Teile wie z. B. Zahnbehandlung nicht (siehe Kapitel 3.1). Diese Leistungen müssen vom Patienten selbst getragen oder über eine private Zusatzversicherung abgesichert werden.

## Deutschland



Das deutsche Gesundheitssystem zeichnet sich durch die Dualität von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung aus. Unabhängig vom Versicherungsstatus werden Patienten überwiegend innerhalb derselben Versorgungsstruktur behandelt. Diese profitiert vom überproportionalen Finanzierungsbeitrag, den der private Versicherungsmarkt in der Versorgung leistet.<sup>183</sup> Im Vergleich zu den übrigen OECD-Ländern spielen Wartezeiten in Deutschland keine Rolle und auch ein Gatekeeping-System ist hierzulande nicht bekannt. In der GKV bietet der gesetzliche einheitliche Leistungskatalog ein relativ breites Leistungsspektrum, wobei in Teilbereichen, wie z. B. bei der Versorgung mit Zahnersatz, Leistungseinschränkungen zu verzeichnen sind. In der PKV existieren Tarife mit unterschiedlichen Leistungsspektren. Zuzahlungen werden in der GKV in bestimmten Leistungsbe-  
reichen als Steuerungsinstrument eingesetzt. In Deutschland können Patienten eine private Krankenzusatzversicherung für Leistungen abschließen, die die GKV nicht vorsieht.

## 7. Zusammenfassung und Fazit

Die vorliegende Studie dokumentiert, dass in allen öffentlichen Gesundheitssystemen, die kollektiv über Steuern oder Beiträge finanziert werden, Zugangshürden zur Gesundheitsversorgung existieren. Dabei handelt es sich insbesondere um Leistungsbegrenzungen, Einschränkungen der Wahlfreiheit des Patienten, obligatorische Zuzahlungen und Wartezeiten. Je nach Ausgestaltung des öffentlichen Gesundheitssystems fallen diese Hürden in Art und Umfang unterschiedlich aus.

Insgesamt ist festzustellen, dass das deutsche duale Krankenversicherungssystem im internationalen Vergleich über einen der umfangreichsten Leistungskataloge verfügt – sei es im Krankheitsfall oder bei Schwanger- und Mutterschaft. Zudem haben Patienten im deutschen Gesundheitssystem im internationalen Vergleich den schnellsten Zugang zu innovativen Medikamenten. Das breite Leistungsspektrum in Deutschland lässt sich dadurch erklären, dass die PKV als wettbewerbliches Korrektiv wirkt: Geringe Qualität oder Leistungskürzungen würden die Wettbewerbsposition der GKV

183 Vgl. Wild (2016).

gegenüber der PKV schwächen und werden daher vermieden. In anderen europäischen Ländern mit einheitlichen Gesundheitssystemen sind oftmals deutlich weniger Leistungen vom öffentlichen System abgedeckt und müssen privat finanziert werden (z. B. Physiotherapie für Erwachsene in den Niederlanden oder die zahnärztliche Versorgung in der Schweiz). Insbesondere in steuerfinanzierten Systemen sind Patienten kaum vor Leistungskürzungen geschützt. Ein viel zitiertes Beispiel ist der britische NHS, der faktisch auf Basis der zur Verfügung stehenden Budgets über Leistungsrestriktionen rationiert.

In Deutschland ist es für Patienten zudem selbstverständlich, einen Haus- oder Facharzt ihrer Wahl aufzusuchen. Auch die Pflicht zur Registrierung bei einem Hausarzt existiert in Deutschland nicht. Dagegen ist die Einschränkung der Wahlfreiheit des Patienten eine Zugangshürde, die in vielen anderen europäischen Gesundheitssystemen vorkommt. Auch wenn das Patientenwahlrecht in vielen Ländern ausgeweitet wurde, ist ein Gatekeeping in Verbindung mit einer verpflichtenden Registrierung bei einem bestimmten Hausarzt nach wie vor weit verbreitet (z. B. in den Niederlanden, Dänemark oder Spanien). Dadurch wird für Patienten die Möglichkeit erheblich eingeschränkt, im ambulanten Sektor weitere Ärzte zu kontaktieren.

Patienten müssen sich in vielen Ländern an den Behandlungskosten beteiligen. Besonders hoch sind die Zuzahlungen in Frankreich, wo das öffentliche Gesundheitssystem nur etwa drei Viertel der Kosten medizinisch notwendiger Behandlungen übernimmt. In Deutschland sind die Zuzahlungen relativ gering. Im haus- und fachärztlichen Bereich muss ein Patient in Deutschland gar keine Zuzahlungen leisten. Dies trifft nur auf sechs der anderen Vergleichsländer zu. In diesen wird dann jedoch mehrheitlich über andere Hürden der Zugang zur Versorgung beschränkt. Hier zeigt die vorliegende Studie einen Zusammenhang zwischen Art der Zugangshürde und Finanzierungsform des Gesundheitssystems: Länder, die keine oder nur geringe Zuzahlungen für ärztliche Behandlung erheben, begrenzen den Zugang zur Versorgung über Gatekeeping, d. h. es gibt keinen freien Zugang zum Facharzt. Dies ist beispielsweise der Fall in Dänemark, Großbritannien, Italien, Polen und Spanien. In Finnland, den Niederlanden, Norwegen, Portugal und Slowenien werden sowohl Eigenbeteiligungen als auch Gatekeeping als Zugangshürden eingesetzt. Andersherum wird deutlich, dass Länder mit vergleichsweise hohen Zuzahlungen auf ein Gatekeeping im Gesundheitssystem verzichten (z. B. Belgien, Frankreich und die Schweiz).

Wartezeiten sind in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen deutlich weiter verbreitet als in beitragsfinanzierten Systemen. Internationale Vergleichsstudien, administrative Daten sowie Umfrageergebnisse belegen, dass Wartezeiten in Deutschland eine untergeordnete Rolle spielen. Beispielsweise äußerten 76 % der befragten deutschen Patienten in einer Stu-



die des Commonwealth Fund, dass sie am selben oder nächsten Tag einen Arzttermin erhielten, als sie das letzte Mal ärztliche Hilfe benötigten. Damit liegt Deutschland auf Platz eins aller befragten Länder und weit vor den Niederlanden (63%) oder Schweden (58%). Auf einen Termin beim Facharzt mussten in Deutschland nur 3% der Befragten zwei Monate oder länger warten. In den Niederlanden waren es mehr als doppelt so viele (7%), in der Schweiz drei Mal so viele (9%) und am höchsten war der Anteil in Norwegen mit 28%. Auch die OECD bescheinigt Deutschland kurze Wartezeiten im Hinblick auf die Situation in anderen Ländern: Im internationalen Vergleich führe Deutschland eine Phantomdebatte über die Wartezeiten auf einen Arzttermin.

Stoßen Patienten auf die beschriebenen Zugangshürden im öffentlichen Gesundheitssystem, kommt es zu Ausweichreaktionen und die gewünschten Leistungen werden auf dem privaten Gesundheitsmarkt nachgefragt – sei es im In- oder auch im Ausland. In allen untersuchten europäischen Ländern steht Patienten die Möglichkeit offen, sich privat behandeln zu lassen. Mit einer Privatbehandlung können beispielsweise lange Wartezeiten im öffentlichen Gesundheitssystem umgangen werden oder es ist ein direkter Zugang (ohne Gatekeeping) zum privat praktizierenden Facharzt der eigenen Wahl möglich. Im Unterschied zu Deutschland existiert in der Mehrzahl der Länder parallel zum staatlichen System ein gut ausgebautes privater Gesundheitsmarkt mit rein privat praktizierenden Ärzten. Die privat generierten Einnahmen fließen – im Gegensatz zum dualen System in Deutschland – nicht auch in das staatliche Versorgungssystem, sondern verbleiben ausschließlich im privaten Sektor. Insbesondere in beitragsfinanzierten Ländern, in denen sowohl Haus- als auch Fachärzte überwiegend selbstständig in eigener Praxis niedergelassen sind, hat sich ein Teil der Ärzte gegen eine Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitssystem entschieden. So erbringen in Frankreich über 25% und in Österreich über 50% der niedergelassenen Ärzte ihre Leistungen gegen Privatrechnung.

Anders als in Deutschland besteht in allen übrigen hier untersuchten Ländern zudem eine große Bereitschaft, für eine medizinische Behandlung ins Ausland zu reisen. Eine Studie der Europäischen Kommission ergab, dass die Bereitschaft zu einer Behandlung im Ausland in den Niederlanden mit 66% der Befragten am höchsten ist und in Deutschland am geringsten (nur 11% der Befragten). Dies ist auch ein Indikator für die Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitssystem.

Patienten, die die finanziellen Mittel hierfür aufbringen können und wollen, schließen bei entsprechendem Angebot in allen hier untersuchten Ländern private Zusatzversicherungen ab – teilweise in beträchtlicher Zahl. In Deutschland ist der Anteil privater Zusatzversicherungen im internationalen Vergleich eher gering (22,9% der Bevölkerung im Jahr 2015). Dies

spricht für das sehr hohe medizinische Versorgungsniveau in Deutschland. In anderen Ländern scheint der Abschluss von Zusatzversicherungen dagegen mehrheitlich als existenziell notwendig bewertet zu werden. So entscheiden sich zum Beispiel in den Niederlanden 84,5 %, in der Schweiz 80 % oder Frankreich 95,5 % der Bürger für eine den Grundschutz ergänzende Zusatzversicherung. Aber auch in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen werden in nicht unerheblichem Umfang Zusatzversicherungen abgeschlossen. Diese haben hier immer einen duplizierenden Charakter, da jeder Einwohner weiterhin durch seine Steuerzahlung in das öffentliche System eingebunden bleibt und dort einen vollen Leistungsanspruch hat. Insbesondere in diesen Ländern kann der Abschluss einer privaten Zusatzversicherung als Ausdruck des Misstrauens in die Qualität des öffentlichen Gesundheitssystems und die Zugangsmöglichkeit zu medizinischen Leistungen gewertet werden.

Zusammenfassend macht der Ländervergleich deutlich: Alle öffentlichen, nach einheitlichen Finanzierungsregeln konzipierten Gesundheitssysteme verfehlen das Ziel einer einheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Vielmehr werden durch Zugangshürden und die damit einhergehenden Rationierungen Versorgungsunterschiede innerhalb der Bevölkerung befördert. Als unmittelbare Folge entsteht ein privater Gesundheitsmarkt für ausgegliederte oder schwer erreichbare medizinische Leistungen. Patienten mit niedrigerem Einkommen können es sich oftmals nicht leisten, die im öffentlichen System nicht verfügbaren Leistungen privat zu zahlen und bleiben auf das (eingeschränkte) Versorgungsniveau des öffentlichen Gesundheitssystems verwiesen. Einheitlich kollektiv finanzierte Gesundheitssysteme bieten somit keinen Schutz vor Versorgungsunterschieden.

Das deutsche duale Gesundheitssystem bietet dagegen allen Versicherten ein hohes Versorgungsniveau, die im europäischen Vergleich größte Wahl- und Therapiefreiheit und einen problemlosen Zugang zu ärztlichen Leistungen und Innovationen. Zudem haben die deutschen Versicherten im europäischen Vergleich die kürzesten Wartezeiten. Der in dieser Arbeit vorgenommene Vergleich der europäischen Gesundheitssysteme zeigt damit, dass Einheitssysteme keinen besseren, sondern gerade für einkommensschwache Bevölkerungsschichten einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung bieten als das gewachsene duale Gesundheitssystem in Deutschland.

## Literaturverzeichnis

Albrecht, Tit et al. (2016): Slovenia – Health system review. Health Systems in Transition, 18(3).

Alexa, Jan et al. (2015): Czech Republic – Health system review. Health Systems in Transition, 17(1).

Amelung, Volker Eric (2011): Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 5. Auflage, Wiesbaden.

Anell, Anders/Glenngård, Anna H./Merkur, Sherry (2012): Sweden – Health system review 2012. Health Systems in Transition, 14(5).

Arrow, Kenneth J. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. In: The American Economic Review, Vol. 53, No. 5., S. 941-973.

Baji, Petra et al. (2015): Does the Implementation of Official User Charges Help to Eradicate Informal Payments – Lessons to be Learnt from the Hungarian Experience. In: Frontiers in Public Health ;3:181.

Bauer, Ullrich (2009): Soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung. In: Zeitschrift für Sozialreform 55 Heft 4, S. 389-407.

Berthet, Françoise et al. (2015): Luxembourg – HIT in brief 2015. Health Systems in Transition.

Bremer, Patrick (2013): Zuzahlungsbedingter Leistungsverzicht und finanzielle Belastung durch Zuzahlungen bei Personen über 50 in Deutschland. Discussionpaper der Wirtschaftswissenschaften der Universität Witten/Herdecke Nr. 25, Witten/Herdecke.

Breyer, Friedrich (2012): Implizite versus explizite Rationierung von Gesundheitsleistungen. In: Bundesgesundheitsblatt (55), S. 652-659.

Breyer, Friedrich/Zweifel, Peter/Kifmann, Mathias (2005): Gesundheitsökonomik, 5. Auflage, Berlin/Heidelberg/New York.

Britisches Gesundheitsministerium [Department of Health] (2009): Guidance on NHS patients who wish to pay for additional private care, London.

Britisches Gesundheitsministerium [Department of Health] (2004): A Code of Conduct for Private Practice - Recommended Standards of Practice for NHS Consultants, London.

Bundesärztekammer (2011): Ärzttestatistik 2011, online unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestatistik/aerzttestatistik-der-vorjahre/aerzttestatistik-2011/> (Stand: 23.02.2017).

Bundesministerium für Gesundheit (2016a): Zuzahlung, online unter: <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/medizinische-versorgung-und-leistungen-der-krankenversicherung/zuzahlung.html> (Stand: 23.02.2017).

Bundesministerium für Gesundheit (2016a): Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen, online unter: <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/stationaere-versorgung/leistungsabrechnung.html> (Stand: 23.02.2017).

Bundeszahnärztekammer (2015): Pressemitteilung vom 03.03.2015: Europäischer Systemvergleich: Zahnmedizin in Deutschland auf hohem Niveau, online unter: <https://www.bzaek.de/fuer-medien/presseinformationen/presseinformation/bzaek/2015/03/03/europaeischer-systemvergleich-zahnmedizin-in-deutschland-auf-hohem-niveau.html> (Stand: 23.02.2017).

Busse, Reinhard, Blümel, Miriam (2014): Germany – Health system review. *Health Systems in Transition*, 16(2).

Carlson, Sandra Birte (2014): Leistungsausschlüsse als Rationierungsinstrument im Gesundheitswesen: Eine vergleichende Untersuchung der Rechtslage in Deutschland und England, Münster.

Célant, Nicolas et al. (2014): The 2012 Health, Health Care and Insurance Survey (ESPS) – First Results. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), *Questions d'économie de la santé*, Nr. 198, Paris.

Censis (2016): Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo. Sintesi dei principali risultati, online unter: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7071037.pdf> (Stand: 23.02.2017).

Chevreur, Karine et al. (2015): France – Health system review. *Health Systems in Transition*, 17(3).

Citizens Information Board (2016): Private health insurance, online unter: [http://www.citizensinformation.ie/en/health/health\\_system/private\\_health\\_insurance.html](http://www.citizensinformation.ie/en/health/health_system/private_health_insurance.html) (Stand: 23.02.2017).

Commonwealth Fund (2017a): International Health Policy Surveys, online unter: <http://www.commonwealthfund.org/topics/current-issues/international-surveys> (Stand: 23.02.2017).

Commonwealth Fund (2017b): International Health Care System Profiles – Who is covered and how is insurance financed? Online unter: [http://international.commonwealthfund.org/features/who\\_covered/](http://international.commonwealthfund.org/features/who_covered/) (Stand: 23.02.2017).

Commonwealth Fund (2016): Access, Affordability, and Insurance Complexity Are Often Worse in the United States Compared to 10 Other Countries, online unter: <http://www.commonwealthfund.org/publications/in-the-literature/2013/nov/access-affordability-and-insurance> (Stand: 23.02.2017).

Costa-i-Font, Joan (2016): Spain. In: Sagan, Anna/Thomson, Sarah: Voluntary health insurance in Europe: country experience, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen.

Cylus Jonathan et al. (2015): United Kingdom – Health system review 2015. *Health Systems in Transition*, 17(5).

Czypionka, Thomas/Sigl, Clemens (2016): Austria. In: Sagan, Anna/Thomson, Sarah: Voluntary health insurance in Europe: country experience, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen.

Czypionka, Thomas/Kraus, Markus/Röhrling Gerald (2013): Wartezeiten auf Elektivoperationen – Neues zur Frage der Transparenz? In: *Health System Watch*, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit, erstellt durch das IHS HealthEcon, Wien.

Descamps, Ursula (2010): Ambulante Versorgungssituation in Frankreich, online unter: [www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/AmbulanteVersorgunginFrankreich1.pdf](http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/AmbulanteVersorgunginFrankreich1.pdf) (Stand: 23.02.2017).

Die Presse vom 13.08.2014: Jeder vierte Wiener geht zum Wahlarzt, online unter: <http://diepresse.com/home/leben/gesundheit/3854404/Jeder-vierte-Wiener-geht-zum-Wahlarzt> (Stand: 23.02.2017).

Dunn, Phoebe/McKenna, Helen/Murray, Richard (2016): Deficits in the NHS 2016, The King's Fund, London.

Edwards, Nigel/Crump, Helen/Dayan, Mark (2015): Rationing in the NHS, Policy Briefing #2, Nuffield Trust, London.

Engelhardt, H. Tristram (1988): Zielkonflikte in nationalen Gesundheitssystemen. In: Sass, Hans-Martin (Hrsg): Ethik und öffentliches Gesundheitswesen, Berlin/Heidelberg.

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

Europäische Kommission (2017): Drittes Gesundheitsprogramm (2014–2020), online unter: [http://ec.europa.eu/health/programme/policy\\_de](http://ec.europa.eu/health/programme/policy_de) (Stand: 23.02.2017).

Europäische Kommission (2015): Special Eurobarometer 425 – Patients' rights in cross-border healthcare in the European Union.

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

Europäische Kommission (2012): Cross-Border-Care: New rules on treatment and reimbursement, online unter: [http://ec.europa.eu/health/cross\\_border\\_care/legislative\\_framework/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/legislative_framework/index_en.htm) (Stand: 23.02.2017).

Evers, Annemieke et al. (2010): Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. *BMJ* 2010;341:c5639.

Ferré et al. (2014): Italy – Health system review 2014. *Health Systems in Transition*, 16(4).

Finas Norge (2016): Over 480 000 nordmenn har behandlingsforsikring [Über 480.000 Norweger haben eine Krankenversicherung, in norwegischer Sprache], online unter: <https://www.finansnorge.no/aktuelt/nyheter/2016/05/over-480-000-nordmenn-har-behandlingsforsikring/> (Stand: 23.02.2017).

Finas Norge (2015): Non-life insurance - Market statistics: Total number of non life policies, online unter: <https://www.finansnorge.no/en/statistics1/non-life-insurance> (Stand: 23.02.2017).

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

Finnische Sozialversicherungsanstalt [Kansaneläkelaitos] (2015): Staying in Finland: Visitor entitlements under European Health Insurance Card - Outline of Finnish health care system, online unter: <http://www.kela.fi/web/en/european-health-insurance-card> (Stand: 23.02.2017).

Fischer, Wolfram (2013): Universitätsmedizin und DRGs – Eine Recherche in Österreich, Grossbritannien, den Niederlanden und den USA. Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin, Wolfertswil.

Forrest, Christopher B. (2003): Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? In: *BMJ* 2003;326:692.

Franc, Carine/Pierre, Aurélie (2016): High Out-Of-Pocket Payments: Beneficiaries' Profiles and Persistence Over Time. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), Questions d'économie de la santé, Nr. 217, Paris.

Französische Direktion für Rechts- und Verwaltungsinformation [Direction de l'information légale et administrative] (2016): Quels sont les tarifs d'un médecin (conventionné ou non)? (Was sind die Preise eines Arztes, in französischer Sprache), online unter: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17042> (Stand: 23.02.2017).

Fricke, Arno (2015): OECD-Bericht: Diskussion über Wartezeiten ist eine „Phantomdebatte“. In: *ÄrzteZeitung* online vom 04.11.2015, online unter: [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/gesundheitspolitik\\_international/article/898223/oecd-bericht-diskussion-wartezeiten-phantomdebatte.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/article/898223/oecd-bericht-diskussion-wartezeiten-phantomdebatte.html) (Stand: 23.02.2017).

- Gaál, Péter et al. (2011): Hungary – Health system review 2011. *Health Systems in Transition*, 13(5).
- Garcia-Armesto, Sandra et al. (2010): Spain – Health system review 2010. *Health Systems in Transition*, 12(4).
- Generalinspektion der Sozialversicherung [Inspection générale de la Sécurité sociale, IGSS] (2015): *Droit de la sécurité sociale Luxembourg 2015* [Recht der Sozialversicherung Luxemburgs, in französischer Sprache].
- Glenngård, Anna H. (2016): *The Swedish Health Care System, 2015*. In: Mossialos, Elias et al. (Hrsg.): *International Profiles of Health Care Systems 2015*, Commonwealth Fund, Washington.
- Glorioso, Valeria/Subramanian S.V. (2014): *Equity in Access to Health Care Services in Italy*. In: *Health Services Research*; 49(3):950-70.
- GVM Care & Research (2017): *Assistenza integrative* [Zusatzversicherung, in italienischer Sprache], online unter: <http://www.assicurazionisanitarie.it/assicurazionisanitarie/assistenza-integrativa> (Stand: 23.02.2017).
- Helsana AG (2015): *Nichtvertragsärzte*, online unter: <http://www.helsana.ch/de/private/leistungsthemen/nichtvertragsaerzte/themeninformation> (Stand: 23.02.2017).
- Holst, Jens (2004): *Modalitäten und Effekte von Zuzahlungen im Gesundheitswesen*. Arbeitspapier Nr. 24 des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Zentrum der Psychosozialen Grundlagen der Medizin, Institut für Medizinische Soziologie, Frankfurt am Main.
- Hofmarcher, Maria M./Quentin, Wilm (2013): Austria – Health system review. *Health Systems in Transition*, 15(7).
- IKK classic (2015): *Bevölkerungsbefragung Arztsuche und Arztauswahl 2015*, online unter: <https://www.ikk-classic.de/oc/de/presse/pressemitteilungen/bundesweit/studien/Haus-und-Facharztwahl> (Stand: 23.02.2017).
- IMS Consulting Group (2015): *Pricing & Market Access Outlook, 2015/2016 Edition*, San Francisco.
- Ingliz, Patrick (2016): *Hepatitis C – Update 2016*, online unter: <http://www.hivandmore.de/archiv/2016-1/hepatitis-c-update-2016.shtml> (Stand: 23.02.2017).
- Irisches Gesundheitsministerium (2016): *Health in Ireland – Key Trends 2016*, Dublin.
- Iversen, Tor et al. (2016): *Coordination of health care in the Nordic countries*. In: *Nordic Journal of Health Economics*, Vol. 4 (2016), No. 1, pp. 41-55.
- Johnsen, Jan Roth (2016): *Norway*. In: Sagan, Anna/Thomson, Sarah: *Voluntary health insurance in Europe: country experience*, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV (2017): *Versichertenbefragung – Wartezeiten*, online unter: <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/24045.php> (Stand: 23.02.2017).
- Kiil, Astrid (2012): *What characterizes the privately insured in universal health care systems? A review of the empirical evidence*. In: *Health Policy*, 106: 60–75.
- Kliemt, Hartmut (1996): *Rationierung im Gesundheitswesen als rechts-ethisches Problem*. In: Oberender, Peter (Hrsg.): *Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen*, Gräfeling.
- Klingenberger et al. (2015): *Euro-Z-II – Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext*, Institut der deutschen Zahnärzte, Köln.

Kötter, Jana (2017): Terminservice - Viele Patienten erscheinen nie in der Praxis. In: *Ärzte-Zeitung online* vom 25.01.2017, online unter: [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/article/928193/terminservice-viele-patienten-erscheinen-nie-praxis.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/928193/terminservice-viele-patienten-erscheinen-nie-praxis.html) (Stand: 23.02.2017).

Kötter, Jana (2015): Griechenland – Großbaustelle Gesundheitssystem. In: *Ärzte Zeitung online* vom 22.07.2015, online unter: [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/gesundheitspolitik\\_international/article/890950/griechenland-grossbaustelle-gesundheitssystem.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/article/890950/griechenland-grossbaustelle-gesundheitssystem.html) (Stand: 23.02.2017).

Kowalska, Iwona et al. (2015): The first attempt to create a national strategy for reducing waiting times in Poland: Will it succeed? In: *Health Policy*, Volume 119, Issue 3, S. 258–263.

Kroneman Madelon et al. (2016): The Netherlands – Health system review. *Health Systems in Transition*, 18(2).

Lai, Taavi et al. (2013): Estonia © Health system review 2013. *Health Systems in Transition*, 15(6).

Luxemburgischer Vorsitz des Rats der Europäischen Union (2015): Luxemburg – Europäische Hauptstadt und Sitz mehrerer EU-Institutionen, online unter: [www.eu2015.lu.eu/de/la-presidence/luxembourg-et-ue/luxembourg-siege-institutions-europeennes/index.html](http://www.eu2015.lu.eu/de/la-presidence/luxembourg-et-ue/luxembourg-siege-institutions-europeennes/index.html) (Stand: 23.02.2017).

McDaid, David et al. (2009): Ireland – Health system review. *Health Systems in Transition*, 11(4).

Meyer, Elisabeth/Rees, Ray (2012): Watchfully waiting: Medical intervention as an optimal investment decision. In: *Journal of Health Economics*, 31(2):349-358.

Milenkovic Kramer, Anja (2016): Slovenia. In: Sagan, Anna/Thomson, Sarah: *Voluntary health insurance in Europe: country experience*, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen.

National Health Service – NHS (2017): NHS general practitioners (GPs) services, online unter: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/doctors/Pages/patient-choice-GP-practices.aspx> (Stand: 23.02.2017).

National Health Service – NHS (2016a): NHS waiting times – Comparing waiting times, online unter: <http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/Waitingtimes/Pages/Guide%20to%20waiting%20times.aspx> (Stand: 23.02.2017).

National Health Service – NHS (2016b): If I pay for private treatment, how will my NHS care be affected? Online unter: <http://www.nhs.uk/chq/Pages/2572.aspx?CategoryID=96> (Stand: 23.02.2017).

Nationale Krankenkasse für Arbeitnehmer [Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés] (2014): Le parcours de soins coordonnés [Der koordinierte Behandlungspfad, in französischer Sprache], online unter: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/choisir-et-declarer-votre-medecin-traitant.php> (Stand: 23.02.2017).

Nationale Krankenkasse für Arbeitnehmer [Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés] (2011): Médecins exerçant en secteur 2: une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système [Ärzte, die in Sektor 2 arbeiten: kontinuierliches Wachstum der Honorare – die Notwendigkeit einer Strukturreform des Systems, in französischer Sprache], Point d'information, 17.05.2011.

Nikolić, Bruno (2015): Slovenian Complementary Health Insurance as a Service of General Economic Interest. In: *International Public Administration Review*, 13(1), 49–67.

Niederländische Aufsichtsbehörde für Gesundheit [Nederlandse Zorgautoriteit - NZa] (2015): Verschil natura en restitutiepolis [Unterschied zwischen Sachleistungs- und Kostenerstattungspolice, in niederländischer Sprache], online unter: <https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/zorgverzekering/uitgelicht/zorgverzekering-kiezen/natura-of-restitutiepolis/> (Stand: 23.02.2017).

Niederländisches Institut für Gesundheitsleistungen (2017): Basispakket Zorgverzekeringswet (Zvw) „Basispaket gemäß Krankenversicherungsgesetz (Zvw)“, in niederländischer Sprache], online unter: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/b/basispakket-zorgverzekeringswet-zvw> (Stand: 23.02.2017).

Nationale Behörde für das Gesundheits- und Sozialwesen [Socialstyrelsen] (2017): Public and private healthcare in Sweden, online unter: <http://www.socialstyrelsen.se/healthcare-visitators-sweden/about-swedish-healthcare-system/public-private-healthcare-sweden> (Stand: 23.02.2017).

Nationales Institut für Gesundheit und Invaliditätsversicherung [Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité] (2017a): Tarifs; médecins - consultations et visites; 01-01-2017 corrigendum, online unter: <http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/prestations-individuelles/prix/Pages/medecin-partie01.aspx#.WKXvZc8CtF> (Stand: 23.02.2017).

Nationales Institut für Gesundheit und Invaliditätsversicherung [Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité] (2017b): Prix de la journée d'hospitalisation, online unter: <http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/hopitaux/Pages/prix-journee-hospitalisation.aspx#.WKXyoZc8CtE> (Stand: 23.02.2017).

Niederländische Regierung [Rijksoverheid] (2017): Wie hoch ist mein Selbstbehalt in der Krankenversicherung und wann bezahle ich diesen? [Wat is het eigen risico van mijn zorgverzekering en wanneer betaal ik dit? In niederländischer Sprache], online unter: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/eigen-risico-zorgverzekering> (Stand: 23.02.2017).

Niederländisches Reichsinstitut für Volksgesundheit und Umwelt [Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu] (2017): Wachttijden ziekenhuiszorg [Krankenhaus-Wartezeiten, in niederländischer Sprache], online unter: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/ziekenhuiszorg/regionaal-internationaal/wachttijden> (Stand: 23.02.2017).

Niemietz, Kristian (2016): Universal Healthcare without the NHS – Towards a Patient-Centred Health System. Institute of Economic Affairs, London.

OECD (2016a): Social protection, OECD Health Statistics (database).

OECD (2016b): OECD Health Statistics 2016: Definitions, Sources and Methods – Waiting times for selected elective surgeries.

OECD (2016c): Health Care Utilisation: Waiting times, OECD Health Statistics (database).

OECD (2016d): Health Workforce Policies in OECD Countries – Right Jobs, Right Skills, Right Places, OECD Publishing, Paris.

OECD (2016e): OECD Health Statistics 2016: Definitions, Sources and Methods – Private Health Insurance.

OECD (2016f): OECD Health Policy Overview – Health policy in Ireland, online unter: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-policy-in-your-country.htm> (Stand: 23.02.2017).

OECD/EU (2016): Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris.

OECD (2015): Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.



OECD (2012): Organisation of health care delivery, Questions 41 and 42, OECD Health System Characteristics Survey 2012 and Secretariat's estimates. Information as of April 2013, online unter: <http://www.oecd.org/els/health-systems/organisation-health-care-delivery.htm> (Stand: 23.02.2017).

OECD (2011a): Health at a glance 2011: OECD Indicators, Paris.

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

Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2013): Kassen-, Wahl- oder Privatarzt? Online unter: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/leistungen/arztbesuch/wahlarzt-kosten> (Stand: 23.02.2017).

Olejaz, Maria et al. (2012): Denmark – Health system review 2012. Health Systems in Transition, 14(2).

Oliveira, Mónica Duarte/da Silva, Sofia Nogueira (2016): Portugal. In: Sagan, Anna/Thomson, Sarah: Voluntary health insurance in Europe: country experience, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen.

Osborn, Robin et al. (2015): Primary care physicians in ten countries report challenges caring for patients with complex health needs. In: Health Affairs, Vol. 34, No. 12, 2104-2112.

Paris, Valérie et al. (2016): Health care coverage in OECD countries in 2012, OECD Health Working Papers, No. 88, OECD Publishing, Paris.

Paris, Valérie (2015): Health benefits plans in OECD countries, Inter-American Development Bank, Social Protection and Health Division.

Pauly, Mark V. (1968): The Economics of Moral Hazard: Comment. In: American Economic Review 1968(58).

Perronnin, Marc (2016): High Out-Of-Pocket Payments: Beneficiaries' Profiles and Persistence Over Time. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), Questions d'économie de la santé, Nr. 218, Paris.

Perronnin, Marc/Pierre, Aurélie/Rochereau, Thierry (2011): Complementary health insurance in France: Wide-scale diffusion but inequalities of access persist. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), Questions d'économie de la santé, No. 161.

Pfaff, Anita B. et al. (2003): Zuzahlungen nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) unter Berücksichtigung von Härtefallregelungen. Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe, Beitrag Nr. 253 der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Augsburg, Augsburg.

PKV-Verband (2017): Pressemitteilung vom 26.01.2017, online unter: <https://www.pkv.de/presse/pressemitteilungen/2017/0126-pkv-zahlen-2016/> (Stand: 23.02.2017).

PricewaterhouseCoopers – PwC (2017): Healthcare-Barometer 2017, online unter: <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/gerade-juengere-patienten-erwarten-mehr-zuwendung-service-und-flexibilitaet.html> (Stand: 23.02.2017).

Riedler, Katharina (2013): Private Mittel im Gesundheitssystem: Entwicklung, Bedeutung und Steuerung. In: ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik, Ausgabe 03/2013.

Ringard, Ånen et al. (2013): Norway – Health system review 2013. Health Systems in Transition, 15(8).

Rodrigues, Ricardo/ Schulmann, Katharine (2014): Impacts of the crisis on access to healthcare services: Country report on Portugal. European Centre for Social Welfare Policy and Research, Wien.

- Sacharis, Filippou (2015): Gastbeitrag zu Griechenland – Im Gesundheitssystem herrscht pures Chaos. In: *ÄrzteZeitung online* vom 25.03.2015, online unter: [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/gesundheitspolitik\\_international/?sid=882370](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/?sid=882370) (Stand: 23.02.2017).
- Sagan, Anna/Thomson, Sarah (2016): Voluntary health insurance in Europe – role and regulation, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen.
- Saltman, Richard B. (1994): Patient Choice and Patient Empowerment in Northern European Health Systems – a Conceptual-Framework. In: *International Journal of Health Services* 24: 201-229.
- Schmitt-Sausen, Nora (2011): Ausländische Gesundheitssysteme: Auf in den hohen Norden. In: *Deutsches Ärzteblatt Studieren.de*, 4/2011: 14.
- Schölkopf, Martin/Pressel, Holger (2014): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik, 2., aktualisierte und erweiterte Auflage, Berlin.
- Schoen, Cathy et al. (2013): Access, Affordability, And Insurance Complexity Are Often Worse In The United States Compared To Ten Other Countries. In: *Health Affairs* 32, No. 1, Web First published online 13.11.2013.
- Schreyögg, Jonas et al. (2005): Defining the “Health Benefit Basket” in nine European countries – Evidence from the European Union Health BASKET Project. In: *The European Journal of Health Economics*; 6(Suppl 1):2-10.
- Schwarz, Johanna (2016): Behandlungszeit erkaufen beim Wahlarzt. In: *derStandard.at*, online unter: <http://derstandard.at/2000042916054/Wahlarzt-Behandlungszeit-erkaufen> (Stand: 23.02.2017).
- Schwedisches Institut (2017): Health care in Sweden, online unter: <https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/> (Stand: 23.02.2017).
- Schweizer Bundesamt für Gesundheit – BAG (2016): Sie fragen, wir antworten - Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt (28.11.2016), Bern.
- Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft (o. J.): Zahnbehandlung: Was bezahlen die Krankenkassen? Online unter: <https://www.sso.ch/patienten/versicherungen.html> (Stand: 23.02.2017).
- Siciliani, Luigi/Borowitz, Michael/Moran, Valerie (2013): Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works? OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.
- Sigurgeirsdóttir, Sigurbjörg/Waagfjörð, Jónína/Maresso, Anna (2014): Iceland – Health system review 2014. *Health Systems in Transition*, 16(6).
- Skoglund, Caj (2016): Sweden. In: Sagan, Anna/Thomson, Sarah: Voluntary health insurance in Europe: country experience, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen.
- Smatana, Martin et al. (2016): Slovakia – Health system review 2016. *Health Systems in Transition*, 18(6).
- Smith, Peter C./Mossialos, Elias/Papanicolas, Irene (2013): Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen.
- Solano, Catherine (2017): Dépassements d'honoraires : ce que vous devez savoir [Überschreiten der Honorare. Was Sie wissen müssen, in französischer Sprache], La Mutuelle Générale, online unter: <https://www.lamutuellegenerale.fr/le-mag-sante/sante-au-quotidien/depassements-d-honoraires-ce-que-vous-devez-savoir.html> (Stand: 23.02.2017).

Spanisches Ministerium für Gesundheit, Sozialpolitik und Gleichstellung [Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad] (2016): Sistema de Información de Listas de Espera - Listas de Espera del SNS a 31 de diciembre de 2015 [Wartelisten-Informationssystem – Wartelisten im SNS am 31. Dezember 2015, in spanischer Sprache], online unter: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEspera.htm> (Stand: 23.02.2017).

Stadt Kopenhagen (2017): How do I change my doctor? Online unter: <http://international.kk.dk/artikel/how-do-i-change-my-doctor> (Stand: 23.02.2017).

Statistikportal Luxemburg (2016): Population structure, online unter: [http://www.statistiques.public.lu/stat/ReportFolders/ReportFolder.aspx?IF\\_Language=eng&MainTheme=2&FldrName=1](http://www.statistiques.public.lu/stat/ReportFolders/ReportFolder.aspx?IF_Language=eng&MainTheme=2&FldrName=1) (Stand: 23.02.2017).

Suter, Peter et al. (2007): Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen, Kurzfassung. Projekt „Zukunft Medizin Schweiz“ – Phase III, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Bern.

Techniker Krankenkasse (2016): Wartezeiten sind für die Mehrheit der Patienten in Ordnung – die KV-Terminservicestellen haben daran nichts geändert, Pressemitteilung vom 06.05.2016, online unter: <https://www.tk.de/tk/pressemitteilungen/bundesweite-pressemitteilungen/836992> (Stand: 23.02.2017).

Thomas, Steve/Thomson, Sarah/Evetovits, Tamás (2015): Analysis of the health system of Slovenia. Making Sense of Complementary Health Insurance (CHI) - Final Report.

Tost, Daniel (2014): Der Marktzugang von Medikamenten, Fondation EurActiv, online unter: <https://www.euractiv.de/section/forschung-und-innovation/linksdossier/der-marktzugang-von-medikamenten/> (Stand: 23.02.2017).

Tynkkynen, Liina-Kaisa et al. (2016): Expanding choice of primary care in Finland: much debate but little change so far. In: Health Policy, Volume 120, Issue 3, 227-234.

Universität Süd-Dänemark (2017): Health Insurance, online unter: [http://www.sdu.dk/en/information\\_til/international\\_staff/insurance/health+insurance](http://www.sdu.dk/en/information_til/international_staff/insurance/health+insurance) (Stand: 23.02.2017).

van der Wees, Philip J. et al. (2016): The Relationship Between the Scope of Essential Health Benefits and Statutory Financing: An International Comparison Across Eight European Countries. In: International Journal of Health Policy and Management 5(1), 13-22.

Vektis (2015): Zorgthermometer „Verzekerden in beeld 2015“ [Versorgungsthermometer „Versicherte in Bildern 2015“, in niederländischer Sprache], Jahrgang 20, Zeist.

Vuorenkoski, Lauri (2016): Finland. In: Sagan, Anna/Thomson, Sarah: Voluntary health insurance in Europe: country experience, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen.

Wammes, Joost et al. (2017): The Dutch Health Care System, International Health Care System Profiles, The Commonwealth Fund, online unter: <http://international.commonwealthfund.org/countries/netherlands/> (Stand: 23.02.2017).

Whitehead, Margaret/Dahlgren, Göran/Evans, Timothy (2001): Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? In: The Lancet, Volume 358, Issue 9284, 833-836.

Wild, Frank (2016): Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV – Eine Analyse auf Basis der Daten von 2006-2014, Diskussionspapier 1/2016, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Köln.

Zentner, Annette/ Garrido, Marcial Velasco/Busse, Reinhard (2010): Macht der Hausarzt als Lotse die Gesundheitsversorgung wirklich besser und billiger? Ein systematischer Review zum Konzept Gatekeeping. In: Das Gesundheitswesen; 72(8/09): e38-e44.

Zentner, Annette/ Garrido, Marcial Velasco/Busse, Reinhard (2008): Effekte des Gatekeeping durch Hausärzte. Systematischer Review für das Sondergutachten „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Berlin.

Zentrales Amt für Statistik [Centraal Bureau voor de Statistiek] (2015): Huishoudens besparen op aanvullende zorgverzekering [Haushalte sparen über die Zusatzkrankenversicherung, in niederländischer Sprache], online unter: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2015/22/huishoudens-besparen-op-aanvullende-zorgverzekering> (Stand: 23.02.2017).

ZorgWijzer.nl (2017): Ziekenhuisbevalling [„Geburt im Krankenhaus“, in niederländischer Sprache], online unter: <http://www.zorgwijzer.nl/vergoeding/ziekenhuisbevalling> (Stand: 23.02.2017).

## WIP-Veröffentlichungen seit 2012

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

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

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

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2014 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-9-1, (Mai 2016)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



**WIP**

Wissenschaftliches  
Institut der PKV