

Wartezeiten in der ambulanten Versorgung

THOMAS KOPETSCH

Dr. rer. pol. Thomas Kopetsch ist Abteilungsleiter Dezernat 4 – Ärztliche Leistungen und Versorgungsstruktur in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Berlin

Der Gesetzgeber hat durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, sogenannte Terminservicestellen einzurichten, die den Versicherten einen Facharzttermin innerhalb von vier Wochen vermitteln sollen. In diesem Beitrag soll der Frage nachgegangen werden, ob es eines solchen staatlichen Eingriffes überhaupt bedurfte oder ob die Wartezeiten im ambulanten Bereich des deutschen Gesundheitswesens – auch und gerade im internationalen Vergleich – nicht bereits hinreichend kurz sind.

1. Einführung

„Für gesetzlich Versicherte wollen wir die Wartezeit auf einen Arzttermin deutlich reduzieren.“¹ Dieser Satz findet sich im Koalitionsvertrag der derzeitig regierenden großen Koalition. Er suggeriert, dass es im vertragsärztlichen Bereich Probleme mit langen Wartezeiten auf einen Behandlungstermin gäbe, die zu lösen wären. Dies ist der Anlass, sich mit der Thematik der Wartezeiten im Gesundheitswesen allgemein und speziell mit der Situation im vertragsärztlichen Bereich in Deutschland zu beschäftigen.

2. Wartezeiten als Rationierungsinstrument

Wartezeiten entstehen durch die Rationierung von Leistungen und sind dadurch ein wichtiger Indikator für das Versorgungsniveau und die Versorgungsqualität von Gesundheitssystemen. Sie entstehen, wenn das Versorgungssystem den aktuellen Bedarf an medizinischen Behandlungen nicht bedienen kann.

Was bedeutet Rationierung? Rationierungsprobleme treten immer dann auf, wenn die knappen Ressourcen oder bestimmte Güterangebote nicht ausrei-

chen, um alle potenziellen Nachfrager zu befriedigen. In einer Welt, in der knappen Ressourcen unbegrenzte Bedürfnisse gegenüberstehen, ist Rationierung eine unausweichliche Notwendigkeit, denn „[s]carcity in general remains a fact of life“². Was aber ist konkret unter Rationierung zu verstehen? Rationierung (i.w.S.) meint jede institutionelle Regelung, die gewisse Individuen vom Zugang zu Ressourcen ausschließt.³ Rationierung erfolgt beim marktlichen Allokationsprozess über den Preis. Diejenigen, die nicht bereit oder in der Lage sind, den geforderten Preis zu bezahlen, werden von der Nutzung des Gutes ausgeschlossen. Im System der GKV ist die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen allerdings von der Zahlungswilligkeit und der Zahlungsfähigkeit abgekoppelt. Jeder Versicherte hat, unabhängig von der Höhe des eigenen Einkommens und damit der Beitragszahlungen sowie des Ausmaßes der Kosten für die gewünschten bzw. notwendigen Aufwendungen jederzeit und an jedem Ort gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen nach dem neuesten Stand des

1 Koalitionsvertrag (2013, S. 75)

2 Calabresi/Bobbitt (1978), S. 22.

3 Vgl. Breyer/Kliemt (1994), S. 132.

medizinischen Wissens. Dies ist die Folge des Bedarfs- und Sachleistungsprinzips. Die (Nicht-Preis-)Rationierung besteht in Entscheidungen, die auf das Vorenthalten wirksamer, von den betroffenen Patienten erwünschter Maßnahmen hinauslaufen.⁴ Diese Definition lässt allerdings offen, ob die entsprechenden medizinischen Maßnahmen allen oder nur einigen Patienten vorenthalten werden. Die Definition von Aaron/Schwartz (1984) ist diesbezüglich genauer, für sie bedeutet Rationierung: „not all care expected to be beneficial is provided to *all* patients.“⁵ Andere Autoren stellen explizit auf den Kostenaspekt ab, demnach ist Rationierung „the deliberate and systematic denial of certain types of services, even when they are known to be beneficial, because they are deemed *too expensive*.“⁶

Dies sind negative Umschreibungen des Sachverhaltes, dabei weist Kliemt (1996) darauf hin, dass Rationierung im Kern öffentlich-rechtliche Bereitstellung

Verantwortung. Somit gibt es im Bereich der Absicherung im Krankheitsfall in weiten Teilen keinen freien Markt. Die Zuteilung von Gesundheitsleistungen findet in kollektiv finanzierten Gesundheitssystemen nicht über den Preis statt, sondern die Versichertengemeinschaft oder der Steuerzahler trägt die Kosten für die Versorgung entweder ganz oder teilweise. Dem Patienten wird damit die Inanspruchnahme von Leistungen zu einem Preis unterhalb des Marktpreises ermöglicht, wobei die medizinischen Leistungen für den Patienten sogar oft unentgeltlich sind. Der Patient wird damit nicht durch einen (hohen) Preis von der Nachfrage der Leistung abgehalten. Hieraus resultiert in der Regel eine große Nachfrage, die das vom Gesundheitssystem bereitgestellte Angebot übersteigt. Dies führt zu einem Nachfrageüberhang, der nicht befriedigt werden kann. In einem Gesundheitssystem mit kollektiver Finanzierung mittels Beiträge oder

Steuern findet an dieser Stelle kein Ausgleich von Angebot und Nachfrage durch einen Preismechanismus statt, der einen Markt mit flexiblen Preisen voraussetzen würde. Es müssen damit andere Mechanismen an die Stelle des Preismechanismus treten, um festzulegen, welche Leistungen in welchem Umfang vom kollektiv finanzierten Gesundheitssystem bezahlt werden. Damit ist Rationierung unvermeidbar.

Grundsätzlich kann Rationierung entweder implizit oder explizit erfolgen.⁸ Bei der impliziten Rationierung wird nicht spezifiziert, welche medizinischen Leistungen angeboten werden sollen und welche nicht, es wird nicht konkretisiert, welche Abwägungen getroffen bzw. nach welchen Kriterien die Anbieter medizinischer Leistungen Rationierungsentscheidungen fällen sollen. Die Rationierung wird nicht öffentlich diskutiert, Ärzte haben die Allokationsentscheidung innerhalb ihrer Indikation zu treffen.⁹ Explizit ist Rationierung dann, wenn durch direkte administrative Entscheidungen die Verfügbarkeit bestimmter Leistungen beschränkt wird, bestimmten Personen bzw. Personengruppen nach bestimmten Kriterien eine Leistung versagt wird, oder wenn gewisse Leistungen grundsätzlich aus der Versicherungsdeckung herausgenommen werden.¹⁰

Es existieren nun verschiedene Maßnahmen expliziter Rationierung von medizinischen Maßnahmen: Wartezeiten, eingeschränkte Arztkwahl, Leistungsbeschränkungen, Leistungsausgrenzungen und obligatorische Zuzahlungen. Bei der Wartezeitenproblematik und der Einschränkung der Wahlfreiheit handelt es sich um für den Patienten wichtige und fühlbare Qualitätsindikatoren eines Gesundheitssystems. Die Begrenzung und Einschränkung des Leistungskataloges und obligatorische Zuzahlungen betreffen den Absicherungsgrad der vom Gesundheitssystem gebotenen Leistungen. Während Leistungsbeschränkungen, eingeschränkte Arztkwahl und Zuzahlungen eindeutig Ausprägungen expliziter Rationierung sind, können Wartezeiten eher als Ausdruck impliziter Rationierung betrachtet werden, wenn sie sich ungeplant aufgrund von zu geringen Kapazitäten ergeben.

Wartezeiten entstehen folglich, wenn die Kapazität nicht ausreicht, um die aktuelle Nachfrage zu befriedigen. Durch Rationierung in Form von Warteschlangen wird der Zugang zu Gesundheitsleistungen für Patienten erschwert und einige Patienten werden durch Wartezeiten sogar ganz von der Behandlung abgehalten.

Wartezeiten stellen ökonomisch betrachtet Kosten für den Wartenden dar. Durch diesen „Preis“, den Wartezeiten einer Behandlung zuordnen, lässt sich die Nachfrage reduzieren. Das heißt, anstatt Leistungen bzw. medizinische Güter denjenigen zu verkaufen, die am meisten bezahlen, erhalten diejenigen die medizinische Versorgung, die bereit sind am längsten dafür anzustehen.

4 Vgl. Schöne-Seifert (1992), S. 35.

5 Aaron/Schwartz (1984), S. 8, Hervorhebung vom Verfasser.

6 Relman (1990), S. 1809, Hervorhebung vom Verfasser.

7 Vgl. Kliemt (1996), S. 24.

8 Vgl. Breyer (2012). Gebräuchlich ist auch die Unterscheidung zwischen formeller und informeller Rationierung.

9 Vgl. Mechanic (1979), S. 19 f. und S. 95 f. Die implizite Rationierung kann verschiedene Ausprägungen annehmen. Harrison/Hunter (1994) unterscheiden *Deterrence*: Abschreckung, Aufbau von Hürden/Zugangsbeschränkungen, *Delay*: Verzögerung, bspw. durch Warteschlangen, *Deflection*: Umleiten der Nachfrage, bspw. von stationären auf ambulante Versorgung, *Dilution*: Verwässerung im Sinne von Qualitätsreduktion medizinischer Leistungen und *Denial*: Verweigerung.

10 Vgl. Mechanic (1979), S. 20 und S. 96.

Fast kein OECD-Land überlässt die Gesundheitsversorgung allein der privaten Verantwortung.

von Ressourcen zu typischerweise privater Verwendung ist. Es geht also nicht um den Entzug von Ansprüchen auf Ressourcen, sondern um deren Gewährung. Im Vergleich zum Nachtwächterstaat des klassischen Liberalismus erkennt man, dass das Wesen der Rationierung nicht der generelle Ausschluss von Leistungen, die die Einzelnen nicht finanzieren können, sondern deren umverteilende Zuteilung ist. Denn in einem solchen Staat käme es nicht zur Rationierung von Gesundheitsleistungen, das heißt zur staatlich gelenkten Verteilung knapper Gesundheitsgüter, weil sie nicht öffentlich bereitgestellt würden. Rationierung ist somit die Rückseite jener Medaille, die (Anspruchs-)Rechte (kodifiziert im SGB V) auf ihrer Vorderseite trägt. Sie ist die Konsequenz aus der öffentlichen Bereitstellung der Gesundheitsleistungen im Wohlfahrtsstaat.⁷ Rationierung bedeutet somit die Beschränkung individueller Ansprüche bzw. Anspruchsrechte.

Fast kein OECD-Land überlässt die Gesundheitsvorsorge allein der privaten

Tabelle 1: OECD-Länder mit offizieller Erfassung von Wartezeiten im Jahr 2012

Land	Information zu Wartezeiten für Patienten	Statistik über Wartezeiten auf nationaler Ebene
Australien	Über Homepage des Gesundheitsministeriums: Verweis auf Homepages der Territorien mit Wartezeiten (je Quartal) in öffentlichen Krankenhäusern (ambulant und stationär). Dort können Patienten die aktuellen Wartezeiten pro Einrichtung abrufen.	Über Homepage des AIHW: Statistik über Wartezeiten auf geplante Eingriffe in öffentlichen Krankenhäusern für ausgewählte Behandlungen
Dänemark	Aktuelle Wartezeiten für ausgewählte Behandlungen in öffentlichen und privaten Krankenhäusern (ambulant und stationär).	nein
Estland	Aktuelle Wartezeiten für ausgewählte Behandlungen Krankenhäusern (ambulant und stationär).	nein
Finnland	Auf Homepage des Gesundheitsministeriums nur Hinweis, dass Informationen zu Wartezeiten bei den jeweiligen Krankenhäusern angefragt werden können.	nein
Großbritannien	Über Homepage des NHS England: aktuelle Wartezeit für alle Behandlungen/Operationen in allen Krankenhäusern verfügbar. Über Homepage des Gesundheitsministeriums: Statistiken zu Anzahl der wartenden Patienten pro Einrichtung.	ja
Irland	Statistiken zu aktuellen Wartezeiten für Behandlungen/Operationen in 44 Krankenhäusern verfügbar (ambulant und stationär).	nein
Italien	Auf Homepage des Gesundheitsministeriums nur Hinweis, dass Informationen zu Wartezeiten bei den jeweiligen Regionen angefragt werden können.	nein
Kanada	Über Homepages der einzelnen Provinzen sind aktuell Wartezeiten für verschiedene Behandlungen/Diagnoseverfahren verfügbar (teilweise mit Anzahl der wartenden Patienten).	Über Homepage des CIHI Statistik darüber, in welchen Provinzen mindestens 90 % der Patienten innerhalb der vorgesehenen Benchmark behandelt wurden (für 6 Eingriffe und 2 Diagnoseverfahren).
Neuseeland	Nein	Ja, aber Zugang zu Wartezeitdaten (z. B. Anzahl der wartenden Patienten) ist nicht öffentlich.
Niederlande	Aktuelle Wartezeiten in Krankenhäusern für ausgewählte Behandlungen.	nein
Norwegen	Monatliche Statistik über durchschnittliche Wartezeit (somatisch und psychisch).	nein
Polen	Durchschnittliche Wartezeit und Zahl der wartenden Patienten am Monatsende je Krankenhaus.	ja
Schweden	nein	Statistik zur Überwachung der Wartezeitgarantie in den Regionen sowie Anzahl der wartenden Patienten je Region; keine durchschnittlichen Wartezeiten oder Differenzierung nach Behandlungen bzw. Krankenhäusern.
Spanien	nein	Statistik zu durchschnittlicher Wartezeit für ausgewählte Behandlungen und Anzahl der wartenden Patienten für Spanien gesamt pro Jahr.

Quelle: Finkenstädt/Niehaus (2013), S. 18f

3. Internationaler Vergleich der Wartezeiten

In einer Vielzahl von Studien wird die Qualität eines Gesundheitssystems anhand der Informationen zu Wartelisten und zu Wartezeiten definiert.¹¹

Bei einem internationalen Vergleich von Wartezeiten ist zu beachten, dass die Länder mit Wartezeiten unterschiedlich umgehen. In einigen Ländern existieren transparente Wartelisten, Wartezeiten werden offiziell erfasst und Angaben darüber auch veröffentlicht (explizite Rationierung). Andere Länder führen zwar offizielle Wartelisten, veröffentlichen aber

keine Angaben darüber und ein Teil der Länder erfasst Wartezeiten gar nicht und veröffentlicht auch keine entsprechenden Daten (implizite Rationierung).

Tabelle 1 zeigt, in welchen OECD-Ländern offizielle Informationen zu Wartezeiten von den zuständigen Stellen (Gesundheitsministerien und andere öffentliche Behörden oder Institute) für Patienten im Internet veröffentlicht werden und in welchen Ländern die Wartezeiten ausgewertet und in Form von Statistiken publiziert werden.

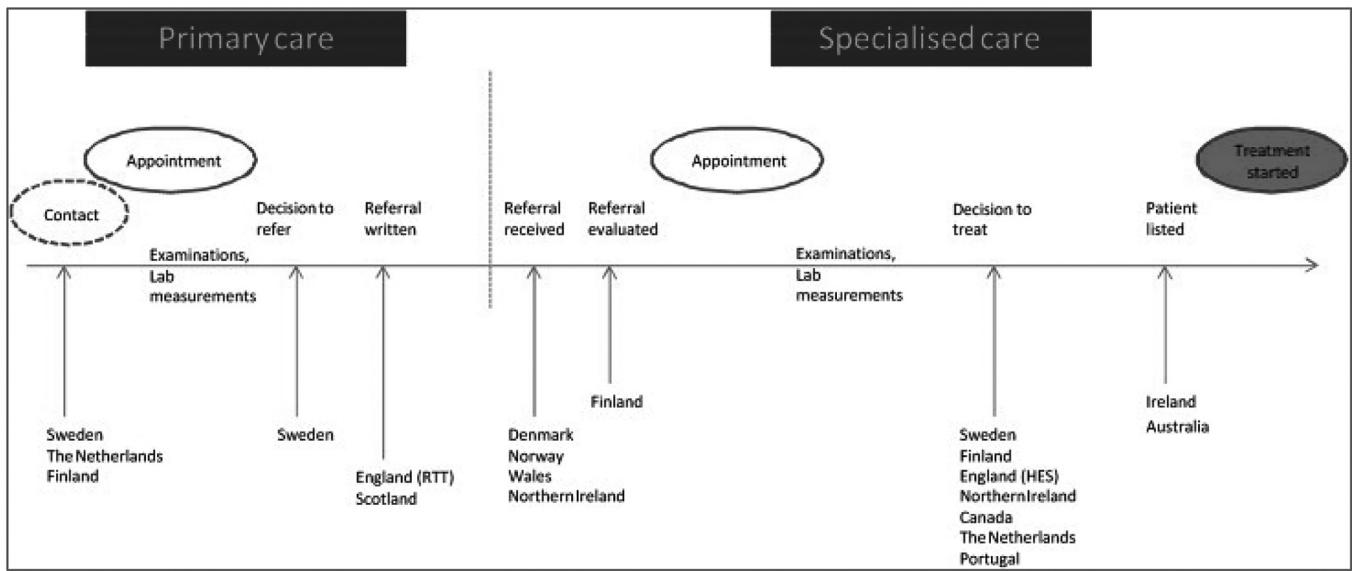
Für 14 der 34 OECD-Länder können offizielle Angaben zu Wartezeiten recherchiert werden, die im Internet abrufbar

sind. Allerdings gibt es nur in drei dieser Länder transparente Wartelisten, aus denen die Anzahl der wartenden Patienten pro Einrichtung hervorgeht. Für die übrigen 20 OECD-Länder sind dagegen keine behördlichen Informationen zu Wartezeiten verfügbar. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass auch in Ländern, in denen keine Informationen zu Wartezeiten vorhanden sind, Wartezeiten vorkommen. In vielen Fällen werden sie lediglich nicht offiziell dokumentiert und veröffentlicht.

Auch wenn Wartezeiten in bestimmten Ländern offiziell erfasst werden, sind

11 Vgl. Kiil (2012).

Abbildung 1: Examples of starting points for measuring waiting times for contact, primary care appointments, specialist care appointment and treatment



Quelle: Vilberg et al (2013), S. 56

sie nur schwer miteinander vergleichbar. Faktisch gleiche Wartezeiten in unterschiedlichen Ländern können sich aus folgenden Gründen in ihrer Darstellung in den Statistiken unterscheiden:

- Definition der Wartezeit (Beginn/Ende der Wartezeit)
- Darstellung der Wartezeit (Durchschnitt/Median)
- Definition, welche Patienten als warten erfasst werden
- Stichtags- versus Zeitraumbetrachtung

In der Abbildung 1 sind Beispiele von verschiedenen „Messzeitpunkten“ der einzelnen Länder, die Wartezeiten erheben, dargestellt.

Zusätzliche Informationen zur Statistik sind wichtig, um die Ergebnisse beurteilen zu können. Entscheidend ist vor allem, wie stark die Länge der Wartezeiten unter den Wartenden variiert. Werden nur Mittelwerte bekanntgegeben, sagt dies wenig über die Wartezeit einzelner Patienten aus. Um diesen Vergleichsproblemen zu begegnen und

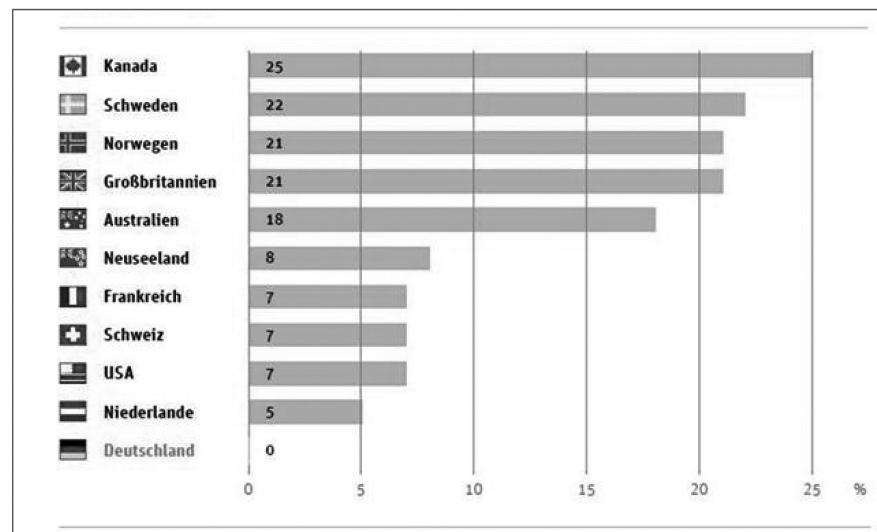
einen Überblick der Wartezeiten im Ländervergleich zu erhalten, wird an dieser Stelle eine Umfrage des Commonwealth Fund aus dem Jahr 2010 herangezogen. Im Rahmen einer Telefonumfrage wurden über 19.000 Personen ab 18 Jahre in Australien, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Kanada, Neuseeland, den Niederlanden, Norwegen, Schweden, der Schweiz und den USA unter anderem zu ihren Erfahrungen mit Wartezeiten im Gesundheitssystem befragt (geplante Operationen und fachärztliche Versorgung). Der verwendete einheitliche Fragenkatalog bietet die Möglichkeit einer Erhebung von Wartezeiten in den unterschiedlichen Ländern nach grundsätzlich gleichen Kriterien. Problematisch ist trotzdem eine gewisse Subjektivität, da sich die Ergebnisse auf die von Teilnehmern selbstgeschätzte Wartezeit beziehen.

Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen, dass sich Wartezeiten im Ländervergleich stark unterschieden. Mehrere Fragen zum Auftreten von Wartezeiten wurden gestellt, deren Antworten im Folgenden dargestellt werden.

Abbildung 2 zeigt, wie viel Prozent der Bürger nach ihren Angaben vier Monate oder länger auf einen geplanten Eingriff warten mussten.

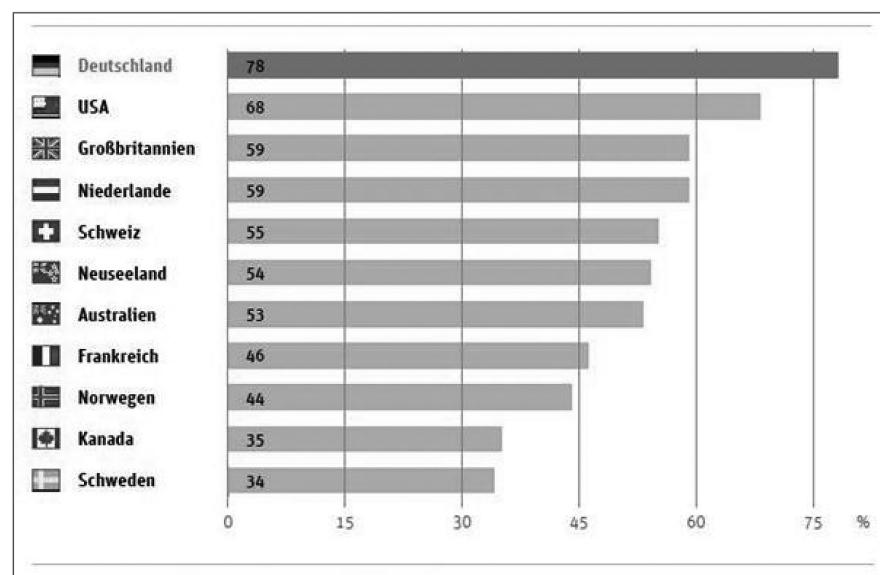
Die Wartezeiten auf einen geplanten Eingriff sind in Kanada am längsten. Hier wartet ein Viertel der befragten Patienten nach eigenen Angaben län-

Abbildung 2: Anteil der Befragten, die 4 Monate oder länger auf einen geplanten Eingriff warten mussten



Quelle: Commonwealth Fund (2010) zitiert nach Finkenstädt/Niehaus (2013), S. 37

Abbildung 3: Anteil der Befragten, die weniger als einen Monat auf einen geplanten Eingriff warten mussten



Quelle: Commonwealth Fund (2010) zitiert nach Finkenstädt/Niehaus (2013), S. 38

ger als vier Monate auf einen Termin. In Schweden, Norwegen und Großbritannien waren es über 20 Prozent. In Deutschland musste dagegen niemand der Befragten länger als vier Monate warten.

Wird dagegen die Frage gestellt, wer weniger als einen Monat auf einen geplanten Eingriff warten musste, so lag Deutschland mit einem Anteil von 78 Prozent im Jahr 2010 auf dem Spitzensplatz. In Kanada und Schweden betrug

dieser Anteil nur rund ein Drittel der Befragten.

Ähnlich stellt sich das Bild dar, wenn nach Wartezeiten auf einen Termin beim Facharzt gefragt wird. Abbildung 4 zeigt, wie viel Prozent der Befragten in den einzelnen Ländern zwei Monate oder länger auf einen Termin beim Facharzt warten mussten.

Während in Deutschland nur 7 Prozent der Patienten länger als zwei Monate auf einen Facharzttermin warten muss-

ten, sind es in Schweden und Norwegen rund ein Drittel und in Kanada über 40 Prozent.

Abbildung 5 zeigt, wie viel Prozent der Befragten weniger als einen Monat auf einen Termin beim Facharzt warten mussten.

In Deutschland erhielten 83 Prozent aller Patienten innerhalb eines Monats einen Facharzttermin, während dies in Australien, Frankreich und Norwegen nur für rund die Hälfte der Befragten zutraf und Kanada mit einem Anteil von 41 Prozent auf dem letzten Platz rangiert. Gemäß der Studie des Commonwealth-Fund sind die Wartezeiten in Deutschland und der Schweiz im internationalen Vergleich somit am geringsten.

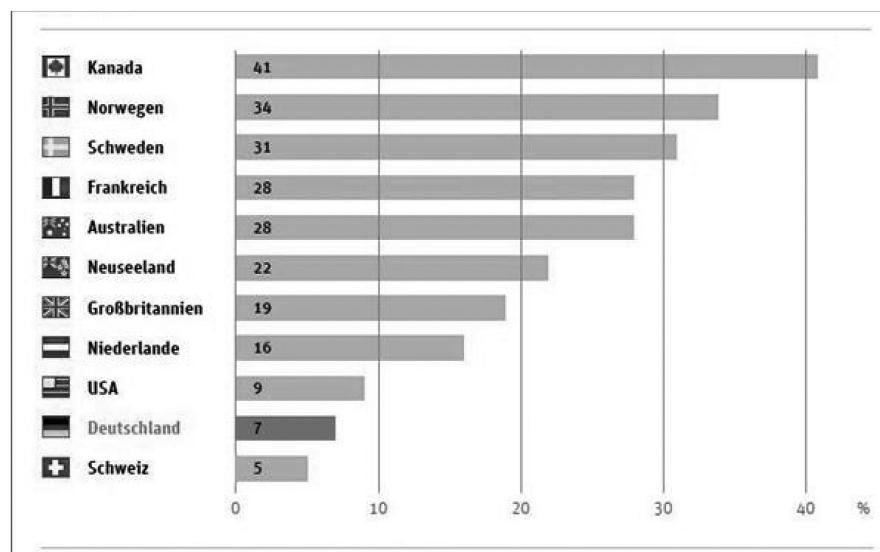
4. Diskussion der Wartezeitenproblematik in Deutschland

Offizielle Wartelisten werden in Deutschland nicht geführt. Umfragen und Erhebungen zeigen jedoch, dass auf einen Arzttermin in Deutschland – unabhängig vom Versichertenstatus – relativ kurz gewartet werden muss.

In der Versichertbefragung, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung regelmäßig durchführt, werden auch Daten zu Wartezeiten im ambulanten Sektor erfragt. Bei der Versichertbefragung 2013 wurden im April und Mai des Jahres 2013 insgesamt 6.093 zufällig ausgewählte Bürgerinnen und Bürger telefonisch interviewt. Dabei sind die Ergebnisse repräsentativ für die Deutsch sprechende Wohnbevölkerung im Alter zwischen 18 und 79 Jahren.

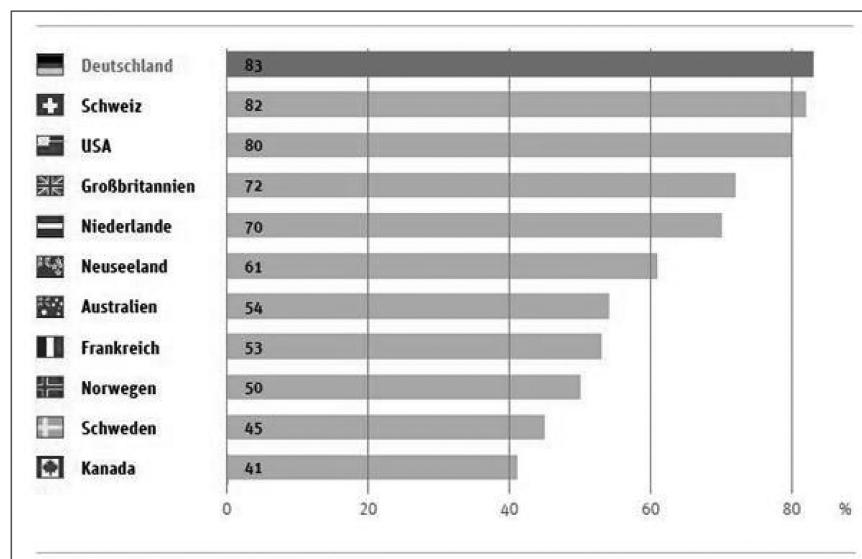
Die KBV-Umfrage ergab, dass die Mehrheit der Patienten in GKV und PKV gar nicht bzw. maximal eine Woche auf einen Termin warten mussten. Insgesamt haben 48 % aller Patienten für ihren letzten Arztbesuch entweder „sofort“ (32 %) einen Termin bekommen, sind „ohne Terminvereinbarung“ (14 %) zum Arzt oder waren in einer „Praxis, die keine Termine vergibt“ (2 %). Rund die Hälfte der Befragten musste sich dagegen gedulden, wobei im Detail 8 % „einen Tag“ warten mussten, 10 % „zwei bis drei Tage“ und 11 % „bis zu einer Woche“. Ebenfalls 11 % hatten eine Wartezeit im Bereich von „zwei bis drei Wochen“, jeder zehnte Befragte musste „über drei Wochen“ auf einen Termin warten.

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



Quelle: Commonwealth Fund (2010) zitiert nach Finkenstädt/Niehaus (2013), S. 39

Abbildung 5: Anteil der Befragten, die weniger als einen Monat auf einen Termin beim Facharzt warten mussten



Quelle: Commonwealth Fund (2010) zitiert nach Finkenstädt/Niehaus (2013), S. 40

Die Art der Krankenversicherung macht bei der Terminvergabe einen Unterschied: Privat versicherte Bürgerinnen und Bürger kommen tendenziell schneller zum Zug als die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen.

Deutlich größere Unterschiede als bei der Art der Krankenversicherung offenbart der Hausarzt- und Facharztvergleich: Zu Hausärzten gehen Patienten nicht nur besonders oft auch ganz

direkt ohne vorherige Anmeldung, sondern bekommen auch wesentlich schneller Termine.

Darüber hinaus variieren die Wartezeiten auch zwischen den einzelnen Facharztgruppen, wobei Patienten bei Hals-Nasen-Ohren-Ärzten, Chirurgen oder Augenärzten relativ schnell Termine bekommen. Bei Kardiologen, Gynäkologen und Urologen ist dagegen mehr Geduld gefragt.

Entscheidend für die Verkürzung der Wartezeiten ist die Aktualität der Beschwerden: Hatten Patienten ein dringendes Anliegen oder akute Beschwerden, bekam gut die Hälfte von Ihnen sofort (37 %) einen Termin bzw. sind gleich ganz ohne Voranmeldung (18 %) beim Arzt vorstellig geworden. 23 % der akuten Fälle mussten allerdings länger als drei Tage warten.

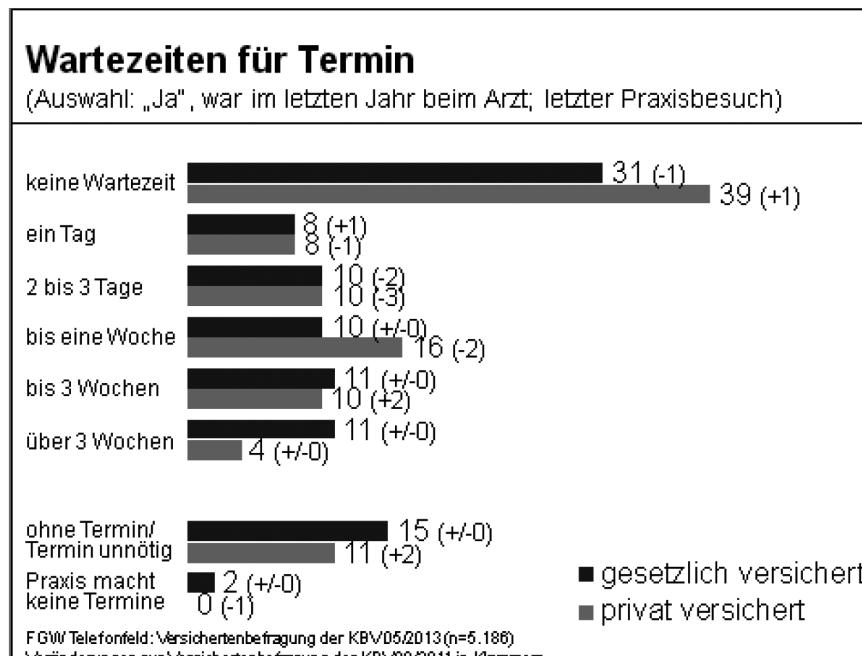
Wenn Patienten auf einen Arzttermin warten müssen, sehen sie dies in der Regel entspannt: Mit anteilig 9 % hat es nur knapp jeden zehnten Befragten zu lange gedauert, bis ein Termin für den letzten Praxisbesuch zu bekommen war. 41 % haben sich daran nicht gestört und bei 48 % sind – wegen sofortiger Terminvergabe bzw. einem Arztbesuch ohne Voranmeldung – überhaupt keine Wartezeiten angefallen. Unter denjenigen Befragten, die mindestens einen Tag warten mussten, bis die Praxis ein passendes Zeitfenster anbieten konnte, hat die Terminvergabe 17 % zu lange gedauert, wobei die Kritik mit der Wartezeit anwächst. Insgesamt 82 % aller Patienten mit Wartezeit hat diese aber nicht gestört.

In der KBV-Versichertenbefragung wurden auch Fragen zu den Wartezeiten in der Praxis gestellt. Fast drei Viertel aller Befragten waren innerhalb einer halben Stunde beim Arzt, gut zwei Fünftel mussten maximal eine Viertelstunde warten. Unter allen Befragten hatten 12 % bei ihrem jeweils letzten Praxisbesuch „keine Wartezeit“, bei 32 % hat es nach eigener Einschätzung bis zu 15 Minuten gedauert, bis sie in der Sprechstunde an der Reihe waren. Insgesamt 16 % haben bis zu einer Stunde warten müssen und 7 % sogar bis zu zwei Stunden, 2 % saßen länger als zwei Stunden im Wartezimmer.

Wie schnell man bei Ärzten in Deutschland behandelt wird, ist auch eine Frage der Krankenversicherung: 56 % der Privatpatienten, aber nur 41 % der Bürgerinnen und Bürger mit gesetzlicher Krankenversicherung waren innerhalb einer Viertelstunde an der Reihe. Dagegen mussten sich annähernd doppelt so viele Kassen- wie Privatpatienten länger als eine halbe Stunde gedulden, bis der Arzt Zeit für sie hatte.

Wartezeiten innerhalb der Praxis dürfen allerdings eher als Komfortmerkmal zu werten sein, mit dem zumindest keine medizinischen Konsequenzen verbunden sein dürften.¹²

Abbildung 6: Wartezeiten auf einen Termin nach Art der Krankenversicherung



Quelle: KBV-Versichertenbefragung 2013

12 Vgl. Schellhorn (2007), S. 96.

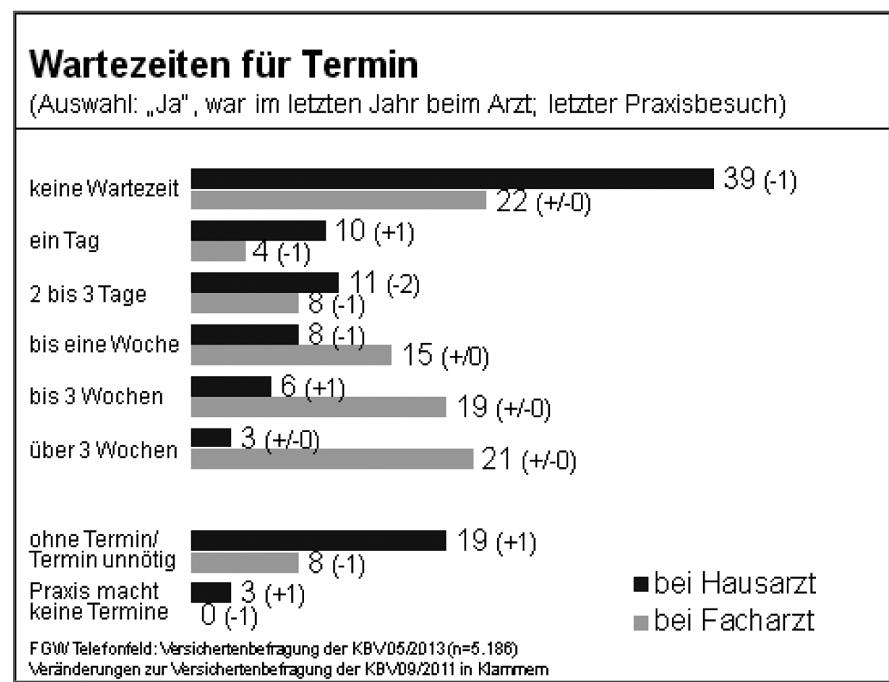
Andere Studien bestätigen die Ergebnisse der KBV-Versichertenbefragung zu Wartezeiten auf einen Arzttermin. So zeigt eine Studie der Universität Hamburg auf der Basis von 5.122 Befragten, dass es zwar unterschiedliche Wartezeiten je nach Versichertenstatus gibt. Allerdings seien 16 Tage Wartezeit in der fachärztlichen Versorgung für einen gesetzlich krankenversicherten Patienten im europäischen Vergleich relativ gering.¹³

Die kurzen Wartezeiten im deutschen Gesundheitssystem spiegeln sich auch in der Zufriedenheit der Versicherten wider. Eine Untersuchung des Wissenschaftlichen Institutes der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) unter 1.000 Versicherten hat gezeigt, dass neun von zehn Versicherten mit der Wartezeit auf einen Arzttermin zufrieden sind. Mehr als zwei Drittel der Befragten haben sich ebenfalls positiv zur Wartezeit in der Arztpraxis geäußert.¹⁴

Auch eine Umfrage im Auftrag des BKK-Bundesverbandes im Juni/Juli 2012 unter 4.023 Bundesbürgern ergab, dass Wartezeiten nur von einem geringen Teil der Versicherten als Problem wahrgenommen werden.¹⁵

Zusammengefasst dreht sich in Deutschland die Diskussion um Wartezeiten im Gesundheitswesen weniger

Abbildung 7: Wartezeiten auf einen Termin beim Hausarzt oder Facharzt



Quelle: KBV-Versichertenbefragung 2013

um die absolute Länge der Wartezeit auf einen Arzttermin, als vielmehr um die unterschiedliche Länge der Wartezeiten zwischen GKV- und PKV-Patienten. Diese unterschiedlich langen Wartezeiten bei GKV- und PKV-Versicherten finden sich bspw. in Erhebungen des WIdO¹⁶ und in Untersuchungen der Universität Köln¹⁷.

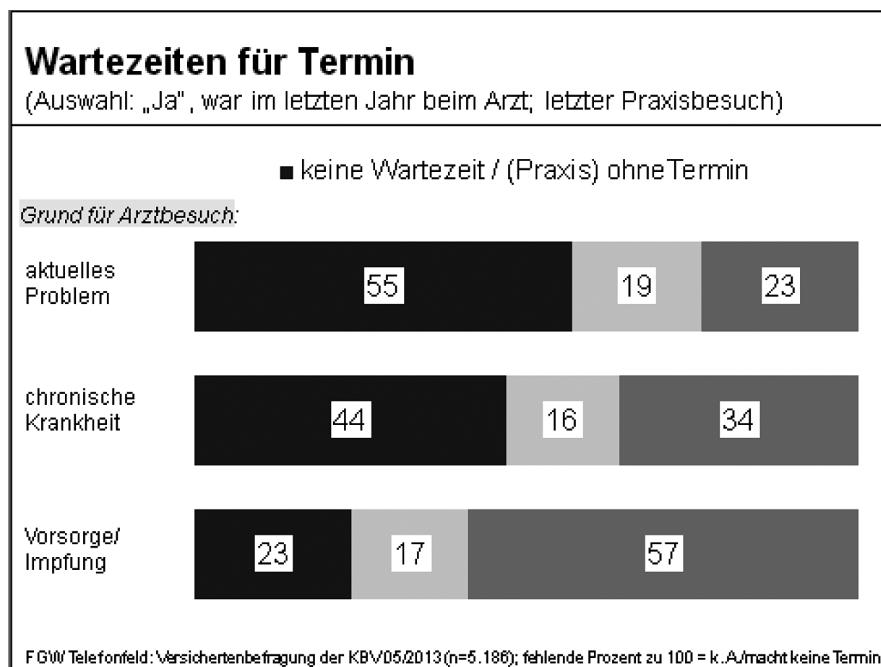
5. Resümee

Wartezeiten auf eine medizinische Behandlung stellen eine Form der Rationierung medizinischer Leistungen dar. Werden die Wartezeiten der betroffenen Bevölkerung transparent dargestellt, handelt es sich um explizite Rationierung, ergeben sich die Wartezeiten ungeplant aufgrund zu geringer Kapazitäten, spricht man von impliziter Rationierung.

Der internationale Vergleich der Wartezeiten zeigt, dass diese in Deutschland und der Schweiz am niedrigsten sind. Das bedeutet, dass die absolute Länge der Wartezeiten in Deutschland im Durchschnitt bei Heranziehung anderer Länder als Vergleichsmaßstab als gering anzusehen sind und somit kein Problem darstellen, das einer Lösung bedarf.

Betrachtet man das Phänomen der Wartezeiten ausschließlich durch die deutsche Brille, dann lassen sich unterschiedlich lange Wartezeiten auf einen Arzttermin für GKV- und PKV-Versicherte bei Fachärzten identifizieren. Selbst wenn es in Deutschland leicht abweichende Wartezeiten zwischen gesetzlich

Abbildung 8: Wartezeiten auf einen Termin nach Dringlichkeit



Quelle: KBV-Versichertenbefragung 2013

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

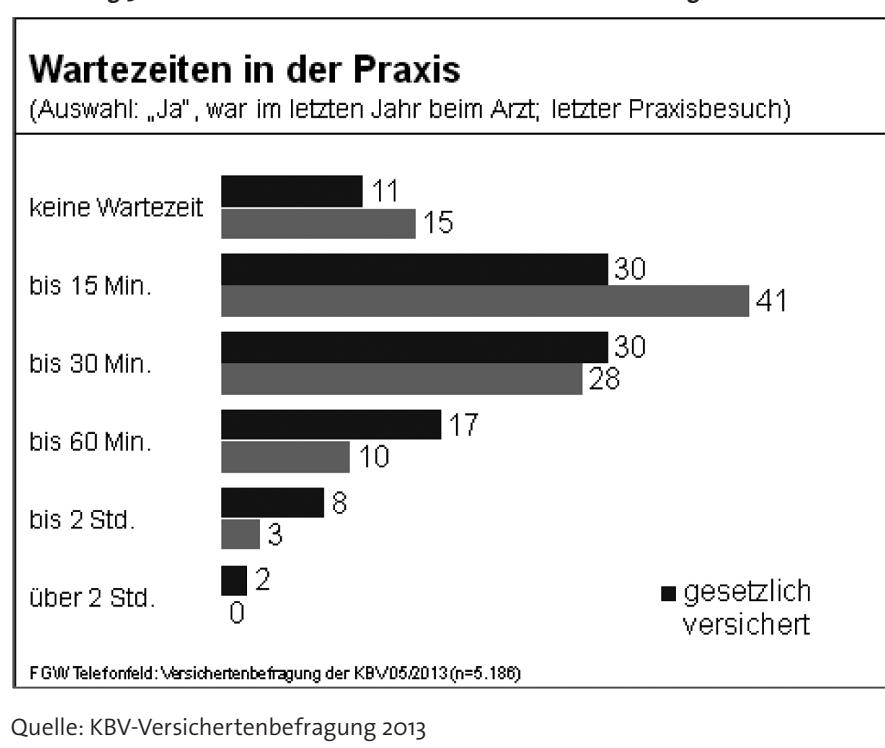
14 Vgl. Bestmann/Verheyen (2010).

15 Vgl. Danowski/Richter (2012).

16 Vgl. Zok (2007).

17 Vgl. Lüngen et al. (2008)

Abbildung 9: Wartezeiten in der Praxis nach Krankenversicherungsart



Quelle: KBV-Versichertenbefragung 2013

und privat krankenversicherten Personen gibt, so sind die Wartezeiten insgesamt relativ gering. Daher konstatieren Roll/Stargardt/Schreyögg (2012): „Kürzere Wartezeiten für PKV-Patienten sind im deutschen Kontext somit eher als Komfortindikator und weniger als Indikator für Versorgungsqualität zu interpretieren.“¹⁸ Zudem liegen bisher keine Studien vor, die belegen, dass geringe oder moderate Wartezeit von wenigen Tagen einen negativen Einfluss auf die Behandlungsqualität hat oder dadurch gesundheitliche Nachteile entstehen.¹⁹ Daher entpuppt sich die Diskussion in Deutschland über Wartezeiten auf einen Arzttermin als ein Scheinproblem bzw. beim Vergleich mit anderen hochindustrialisierten Ländern als Luxusproblem. ■

18 Vgl. Roll/Stargardt/Schreyögg (2012), S. 10.

19 Vgl. Roll/Stargardt/Schreyögg (2012), S. 9f.

Literatur

- Aaron, H. J./W. B. Schwartz** (1984), The Painful Prescription: Rationing Hospital Care, Washington
- Bestmann, B./F. Verheyen** (2010), Patientenzufriedenheit: Ergebnisse einer repräsentativen Studie in der ambulanten ärztlichen Versorgung, WINEG Wissen 01, Hamburg
- Breyer, F.** (2012), Implizite versus explizite Rationierung von Gesundheitsleistungen, Bundesgesundheitsblatt, 55, S. 652-659
- Breyer, F./H. Kliemt** (1994), Lebensverlängernde medizinische Leistungen als Clubgüter? Ein Beitrag zum Thema „Rationierung im Gesundheitswesen“, in: Homann, K. (Hrsg.), Wirtschaftsethische Perspektiven I: Theorie, Ordnungsfragen, Internationale Institutionen, Berlin, S. 132-158
- Calabresi, G./P. Bobbitt** (1978), Tragic Choices, New York
- Commonwealth Fund** (2010), 2010 Commonwealth Fund International Health Policy Survey, online unter: <http://www.commonwealthfund.org/surveys/2010/nov/2010-international-survey.aspx>
- Danowski, B./C. Richter** (2012), Beschwerdefrei? Was die Bundesbürger zum Gesundheitswesen sagen, Die BKK 10/2012, S. 420-425
- Finkenstädt, V./F. Niehaus** (2013), Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln
- Harrison, S./D. J. Hunter** (1994), Rationing Health Care, London
- Kassenärztliche Bundesvereinigung** (2013), Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2013, Berlin
- Kiil, A.** (2012), What characterizes the privately insured in universal health care system? A review of the empirical evidence, Health Policy 106, S. 60-75
- Kliemt, H.** (1996), Rationierung im Gesundheitswesen als rechts-ethisches Problem, in: Oberender, P. (Hrsg.), Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen, Gräeling, S. 23-30
- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD (2013), Deutschlands Zukunft gestalten, Berlin
- Lüngen, M. et al.** (2008), Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany, International Journal for Equity in Health, 7:1
- Mechanic, D.** (1979), Future Issues in Health Care: Social Policy and the Rationing of Medical Services, New York/London
- Relman, A. S.** (1990), Is Rationing Inevitable?, New England Journal of Medicine 322, 25, S. 1809-1810
- Roll, K./T. Stargardt/J. Schreyögg** (2012), Einfluss von Versichertenstatus und Einkommen auf die Wartezeit im ambulanten Bereich, Monitor Versorgungsforschung 05/2012, 5. Jahrgang
- Roll, K./T. Stargardt/J. Schreyögg** (2011), Effect of type of insurance and income on waiting time for outpatient care, hche Research Paper, Hamburg Center for Health Economics, No. 2011/03
- Schellhorn, M.** (2007), Vergleich der Wartezeiten von gesetzlich und privat Versicherten in der ambulanten ärztlichen Versorgung, in: Böcken, J. u. a. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2007: Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten, Gütersloh, S. 95-113
- Schöne-Seifert, B.** (1992), Was sind "gerechte" Verteilungskriterien?, in: Mohr, J./C. Schubert (Hrsg.), Ethik der Gesundheitsökonomie, Berlin u. a., S. 34-44
- Vilberg, N. et al.** (2013), International comparisons of waiting times in health care – Limitations and prospects, Health Policy 112, S. 53-61
- Zok, K.** (2007), Warten auf den Arzttermin: Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter GKV- und PKV-Versicherten, WIdOmonitor 01/2007, S. 1-7