

Warum warten wir noch?

Über die Verkürzung der Wartezeiten in der vertragsärztlichen Versorgung

STEPHAN FELDMANN

Stephan Feldmann ist Referent „Vergütung“ in der Abteilung Ambulante Versorgung – Geschäftsführungseinheit Versorgung – im AOK-Bundesverband in Berlin

Zum zweiten Mal innerhalb von vier Jahren hat der Gesetzgeber die Regelungen zur Verkürzung der Wartezeiten auf einen Termin beim Facharzt verschärft. Dabei sieht die Große Koalition die Lösung des Problems zu langer Wartezeiten in amtlicher Vermittlung und Kapazitätsausweitung. Im Fokus stehen die Kassenärztlichen Vereinigungen, die zukünftig eine kurzfristige Terminvergabe organisieren müssen. Dabei ist umstritten, ob überhaupt und in welchem Ausmaß die Patienten in Deutschland zu lange auf einen Arzttermin warten müssen. Aber warum warten wir überhaupt? Haben wir zu lange Wartezeiten? Und wodurch ließen sie sich verkürzen? Der Beitrag analysiert diese und andere Fragen zum Thema „Wartezeiten in der vertragsärztlichen Versorgung“.

1. Einleitung

Zum zweiten Mal innerhalb von vier Jahren hat der Gesetzgeber die Regelungen zur Verkürzung der Wartezeiten auf einen Termin beim Facharzt verschärft. Dabei sieht die Große Koalition die Lösung des Problems zu langer Wartezeiten in amtlicher Vermittlung und Kapazitätsausweitung. Aber haben wir zu lange Wartezeiten? Und wodurch lassen sie sich verkürzen? Eine Analyse.

Wartezeiten auf einen Arzttermin sind eine Konstante in der ambulanten Versorgung, nicht nur in Deutschland, sondern in allen entwickelten Gesundheitssystemen. Wie lange ein Patient auf einen Arzttermin wartet, ist pauschal nicht zu beantworten. Die Dauer unterscheidet sich von Versichertenstatus, der Facharztgruppe, bei der man gerne vorstellig werden möchte und der Studie, die gerade diese Frage gestellt hat.

Das Harren auf einen Arzttermin an sich ist erst einmal nichts Dramatisches.

Viele Behandlungsanlässe sind nicht dringend und nicht wenige Therapien sind vor Ablauf einer bestimmten Frist gar nicht angezeigt. Die Wartezeit auf die Behandlung durch einen Arzt wird erst dann zu lang, wenn die damit verbundene Verzögerung zu einem gesundheitlichen Nachteil führt, sei es weil es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands kommt oder sich ein Behandlungserfolg nicht einstellt. Diese gilt es zu vermeiden, das ist ein legitimes Ziel von Gesundheitspolitik. Aber warum haben wir überhaupt Wartezeiten? Und warum ist dieses Thema der Politik so wichtig? Und wie können diese verkürzt werden?

2. Erklärungsversuche

Ein dominantes Erklärungsmuster für Wartezeiten ist das Rationierungsargument. Wartezeiten ergeben sich demnach aus einem Nachfrageüberhang. Das aktuelle Angebot sei nicht in der Lage, den bestehenden Bedarf zu bedienen. Da eine

Anpassung des Preises ausgeschlossen sei, werde daher die Befriedigung des Bedarfs in die Zukunft verschoben oder, wenn die überschließende Nachfrage nicht nur temporaler Natur ist, die Angebotskapazität erhöht. Demnach liegt die Ursache von Wartezeiten in einem Mangel an Ärzten.

Dieses Argument ist intuitiv eingängig, weil Wartezeiten und Lieferfristen täglichen Erfahrungen entsprechen. Bei Lichte besehen greift es jedoch für die Analyse für die Ursachen ärztlicher Wartezeiten zu kurz.

Grundsätzliche Vorbehalte kann man bereits dagegen äußern, Konzepte, die

Sicht faktisch unbegrenzte Finanzmittel bereitstellt. Daher kann von der tatsächlichen Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen nicht auf den objektiv bestehenden Behandlungsbedarf geschlossen werden, vielmehr sind in der Menge von Ärzten abgerechneten Leistungen zahlreiche Leistungen enthalten, die aus anderen, versorgungsfremden Motiven erbracht worden sind.

Das für die ärztliche Versorgung gut belegte Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage relativiert das Rationierungsargument erheblich. Denn wenn die Nachfrage eine Funktion des Angebots ist, ist ein Nachfrageüberhang system-

immanent. Denn aus betriebswirtschaftlicher Hinsicht ist es rational, die eigenen Kapazitäten nicht nur auszulasten, sondern für eine Überbelegung zu sorgen, um möglichen Lehrläufen vorzubeugen. Damit wäre auch mit einer theoretisch ausreichenden Angebotskapazität das Wartezeitenproblem kaum in den Griff zu bekommen. Eine Gesundheitsversorgung ohne oder mit nur sehr geringen Wartezeiten lieferte eher ein Indiz für Überkapazitäten.

Ohnehin ist empirisch überhaupt nicht gesichert, inwieweit Wartezeiten in Deutschland nach dem eingangs beschriebenen qualitativen Maßstab zu lang oder eher angemessen sind. Internationale Übersichten, die für Deutschland im Vergleich mit anderen Industriestaaten kurze – quantitative – Wartezeiten bescheinigen, sind nur begrenzt aussagefähig. Zum einen verzerren strukturelle Unterschiede auf der Angebotsseite die Vergleichbarkeit. In nicht wenigen Ländern wird beispielsweise ein hoher Anteil der Primärversorgung durch nicht-ärztliches Personal sichergestellt, was in Deutschland aufgrund des anhaltenden Widerstands der Vertragsärzte noch unüblich ist. Bei der Untersuchung der Wartezeit auf einen *Facharzttermin* würden die Nursing Practitioners nicht mitgezählt, eine vergleichbare Versorgung durch Ärzte in Deutschland hingegen schon.

Auch die Ergebnisse von Versicherungsbefragungen liefern nur beschränkten Aufschluss. Die Erkenntnis, dass mehr als 60% der Versicherten innerhalb von drei Tagen eine Behandlung erhalten haben, wie sie die kürzlich veröffentlichte KBV-Versicherungsbefra-

gung liefert, trifft keine Aussage darüber, ob die Wartezeit für die übrigen 40% hinsichtlich der medizinischen Dringlichkeit angemessen war. Insbesondere verdecken Durchschnittswerte über das gesamte Versichertenkollektiv möglicherweise bestehende punktuelle regionale oder indikationsbezogene Versorgungsdefizite.

Ebenfalls keine Aussagen über die Angemessenheit der erhobenen Wartezeiten bieten die Vergleiche zwischen der Terminvergabe bei gesetzlich und privat Versicherten ein. Die meisten Studien, die sich mit dieser Fragestellung beschäftigen, kommen zu dem Ergebnis, dass Privatpatienten deutlich kürzer auf einen Termin warten müssen.

Was diese Studien aber zeigen, und das verleiht den Wartezeiten erst die politische Aufmerksamkeit, ist eine medizinisch nicht begründete Ungleichbehandlung und die Privilegierung des privatversicherten Teils der Bevölkerung. Gleichzeitig wird das Potential offengelegt, in welchem Maße die Wartezeiten für gesetzlich Versicherte noch verkürzt werden können.

Unabhängig von der Studienlage ist es kaum ernsthaft zu bezweifeln, dass es tatsächlich Versicherte gibt, die zu lange auf einen Arzttermin warten müssten und dadurch gesundheitliche Nachteile erleiden. Diese Fälle kommen sicherlich vor. Aber wie häufig passiert das? Sind diese individuell unvertretbaren Verzögerungen der Behandlung Ausdruck eines systematischen Versorgungsdefizits? Oder sind sie Ergebnis des Umstands, dass es eigentlich genug Behandlungskapazitäten gibt, der Patient sie aber nicht rechtzeitig für sich erschließen kann?

Das Wartezeitenproblem besteht in all ihrer empirischen Unschärfe eher nach politischen Kategorien von Verteilungsgerechtigkeit als im Sinne der Statistik. Auch die große Koalition kann nicht wissen, ob die Wartezeiten zu lang oder angemessen sind, was allein schon die dünne Begründung in den Gesetzentwürfen zeigt. Im Fokus der Politik und Triebfeder des Handelns verbleibt als gesicherte Tatsache die Diskriminierung von gesetzlich Versicherten gegenüber den Privatversicherten. Die mit jeder neuen Erhebung zu den Wartezeiten immer und immer wiederkehrende Erkenntnis, dass Privatversicherte deutlich schneller einen Termin erhielten als gesetzlich Versicherte, röhrt an einem tiefen menschlichen

Das Wartezeitenproblem besteht eher in der Kategorie Verteilungsgerechtigkeit als im Sinne der Statistik.

die Funktionsweise von Gütermärkten gut widerspiegeln, ohne weiteres auf den „Markt“ der ärztlichen Leistungen zu übertragen. Wie die gesundheitsökonomische Literatur bereits regalmeterweise festgestellt hat, besteht bei Gesundheitsleistungen ein kausaler Zusammenhang zwischen Angebotskapazität und Nachfrage (angebotsinduzierte Nachfrage).

Nachfrage wird gemeinhin definiert als Bedarf, der mit Kaufkraft ausgestattet ist, wobei Kaufkraft nicht nur die Fähigkeit, sondern auch den Entschluss zum Kauf umfasst. Aber wer ermittelt im Sprechzimmer den Bedarf des Patienten und trifft diesen Entschluss? In der Regel der Arzt, dessen Therapieempfehlung in aller Regel vom Patienten befolgt wird, sieht man einmal von der Aufnahme regelmäßiger sportlicher Tätigkeit oder der Raucherentwöhnung mal ab. Aller Rhetorik von patient empowerment oder dem mündigen Patienten zum Trotz besteht immer noch ein erhebliches Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient. Wenn der Arzt aber letztlich über den Bedarf des Patienten entscheidet und er die „Kaufentscheidung“ des Patienten maßgeblich bestimmt, steuert er die Nachfrage. Diese Abhängigkeit kann von der Angebotsseite, ob willentlich oder nicht, dazu genutzt werden, im eigenen Interesse die Absatzmengen auszuweiten, insbesondere in einem Gesundheitssystem, was durch das Versicherungsprinzip aus individueller

Bedürfnis, dem Wunsch nach Fairness und nährt immer wieder aufs Neue den Vorwurf der Zweiklassenmedizin. Daher ist es im Interesse aller Koalitionspartner gewesen, zumindest scheinbar die Diskriminierung der gesetzlich Versicherten bei der Terminvergabe zu mindern. Die einen, weil sie ohnehin lieber die Bürgerversicherung eingeführt sähen und einen Wettbewerbsvorteil der PKV beseitigen möchten. Die anderen, die die PKV gerne erhalten möchten, fürchten die wiederkehrenden Legitimationsdebatten.

3. „Zusätzliche Maßnahmen“ – die Terminservicestellen

Bereits mit dem Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) hatte die damalige christlich-liberale Koalition die Wartezeiten in den Blick genommen. Mit der Änderung des §75 Abs. 1 Satz 2 SGB V konkretisierte man den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen dahingehend, dass nunmehr die Kassenärztlichen Vereinigungen auch die „angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung“ zu gewährleisten haben. Die nähere Ausgestaltung oblag den Partnern des Gesamtvertrages, also den Kassenärztlichen Vereinigungen und dem jeweiligen Landesverband der Krankenkassen. Entsprechenden Niederschlag in den Gesamtverträgen fand das neue Recht aber nur in Ausnahmefällen.

So musste die inzwischen große Koalition feststellen und hielt dies auch in der Begründung zum Kabinettsentwurf zum neuen § 75 Abs. 1a SGB V fest, dass immer noch viele Versicherte über zum Teil sehr lange Wartezeiten berichteten, was „zusätzliche Maßnahmen“ erforderlich mache.

Die Lösung glaubt der Gesetzgeber in den Terminservicestellen gefunden zu haben. Auf den ersten Blick sind sie beredtes Beispiel einer detailfreudigen Gesetzgebungstechnik, die man im selbstverwalteten Gesundheitswesen bis vor wenigen Jahren nicht kannte, deren Häufigkeit aber stetig zunimmt. Es ist keine gewagte Vermutung, darin einen fortschreitenden Vertrauensverlust der Politik in die Lösungskompetenz der Selbstverwaltung zu sehen.

Der neue §75 Abs. 1a SGB V hält an der Konkretisierung der Sicherstellungsauftrages fest. Im folgenden geht der Gesetzgeber aber darüber hinaus und

schreibt den KVen unmittelbar vor, dass sie ihre Aufgabe durch die Einrichtung der Terminservicestellen wahrzunehmen haben, ggf. in Kooperation mit den Krankenkassen. Aufgabe dieser Terminservicestellen ist nicht mehr als die Vermittlung eines Patienten an einen Leistungserbringer. Hat ein Patient eine Überweisung zu einem Facharzt erhalten, kann er sich an die Stelle wenden und diese hat eine Woche Zeit, ihm einen Termin bei einem Vertragsarzt in zumutbarer Entfernung in den darauf folgenden vier Wochen anzubieten. Kann sie dies nicht, muss sie einen Termin in einem zugelassenen Krankenhaus anbieten, für den ebenfalls die Vier-Wochen-Frist gilt.

Die Große Koalition verfolgt damit einen zweistufigen Lösungsansatz. In der ersten Stufe nach einer allokativen Problemauffassung eine Vermittlung innerhalb der bestehenden Kapazitäten angestrebt. Wird dies nicht erreicht, werden ganz im Sinne der Rationierungslogik die Angebotskapazitäten für den konkreten Patienten ausgeweitet, indem auf die Krankenhäuser zurückgegriffen werden soll.

Schmerhaft dürfte es für die Kassenärztlichen Vereinigungen sein, dass sie in der Finanzierung sowohl der Stellen selbst als auch der ärztlichen Leistungen weitgehend auf sich allein gestellt sind. In den Errichtungs- und Betriebskosten sieht der Gesetzgeber lediglich Mehrkos-

vergüten und zwar nach den Sätzen der EURO-Gebührenordnung. Die gilt nicht für Leistungen, die extrabudgetär direkt von den Krankenkassen zu entrichten sind. Es besteht daher ein erheblicher Anreiz für die KVen, eine ambulante Behandlung von Patienten im Krankenhaus zu verhindern.

Die Stellschrauben, um die Inanspruchnahme der Terminservicestellen zu beschränken, sind dabei recht zahlreich, sodass eine optimistische Prognose schwerlich zu stellen ist. Offenbar war dem Gesetzgeber selbst bewusst, dass nicht alle Behandlungsanlässe von einer derartigen Dringlichkeit sind, dass sie binnen Monatsfrist einer fachärztlichen Inaugenscheinnahme bedürfen. Dementsprechend werden verschiebbare Routineuntersuchungen, Bagatellerkrankungen und „weitere vergleichbare“ Fälle von der Terminvermittlung ausgenommen. Die Einzelheiten zu den vermittelbaren Fällen sollen im Bundesmantelvertrag getroffen werden. Auf die Anforderungen, die ein Patient erfüllen muss, um in den Genuss der Vermittlungsleistung zu kommen, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung somit unmittelbar Einfluss.

Auch inwieweit die Krankenhäuser im Rahmen der Terminvermittlung überhaupt zur ambulanten Behandlung zu mobilisieren sind, ist Skepsis angebracht. Die Krankenhäuser haben bereits

in der Vergangenheit moniert, in der ambulanten Versorgung oftmals lediglich dann tätig werden zu dürfen, um Versorgungslücken zu schließen. Die Planungsunsicherheit über die Nachhaltigkeit des ambulanten Engagements sei zu groß, um in die ambulanten Strukturen zu investieren. Auch im

Falle einer Vermittlung von Patienten durch die Terminservicestelle dienten die Krankenhäuser lediglich nur als subsidiäres Versorgungsangebot. Zudem ist eine Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung stets auch mit der Anwendung der geltenden Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsbestimmungen verbunden, die von den Krankenhäusern grundsätzlich abgelehnt werden. Daher ist die Attraktivität, durch Terminservicestellen vermittelte Patienten anzunehmen, denkbar gering, was die Chancen, neue Kapazitäten für die ambulante Versorgung zu mobilisieren, deutlich senkt.

Die Terminservicestellen sind ein beredtes Beispiel einer detailfreudigen Gesetzgebung, deren Häufigkeit stetig zunimmt.

ten für die KVen, eine Mitverantwortung der Kostenträger sieht er offenbar nicht. Dies wird die ein oder andere Körperschaft vielleicht dazu bewegen, eine Zusammenarbeit mit den Kassen zu suchen, um diese auch zu einer finanzielle Kooperation zu bewegen. Wesentlich einschneidender ist allerdings die Vergütung der ärztlichen Leistungen. Die Behandlung im Krankenhaus, die nach dem Willen des Gesetzgebers nicht nur den vermittelten Termin selbst, sondern auch unmittelbar damit verbundene Folgebehandlungen einschließt, hat die KV aus dem fachärztlichen Honorartopf zu

4. Gegen den Willen der Kassenärztlichen Vereinigungen

Obgleich fraglich ist, welche Relevanz für die Versorgung die Terminservicestellen haben werden, findet das Konzept in den Kreisen des KV-Systems, also der künftigen Betreiber, ausgesprochen kritische Resonanz, was nicht unbedingt eine entschlossene Umsetzung der Terminservicestellen erwarten lässt.

Generell wurde der Großen Koalition vorgeworfen, sie höhle mit den GKV-VSG die Freiberuflichkeit der Ärzte aus und setze in Zeiten des „flächendeckenden Ärztemangels“ ein falsches Zeichen. Auch bei Terminservicestellen wurde dieser Einwand erhoben. Zudem entdeckte man im KV-System plötzlich die Zuneigung zur freien Arztwahl, die man außer Kraft gesetzt sehe, da der Versicherte einen Termin nicht bei einem von ihm gewählten, sondern von einer öffentlichen Stelle vermittelten Arzt erhalten würde.

Auf einen möglichen Widerspruch zwischen Terminservicestellen und einer vermeintlich prekären Versorgungssituation wurde von den KVen jedoch nicht hingewiesen. Auf den ersten Blick mag das erstaunen, denn worin sollte sich ein knappes Angebot an ärztlicher Versorgung denn offenkundiger und augenscheinlicher manifestieren als in Wartelisten und wochenlangen Ausharren auf die ersehnte Sprechstunde? Die Leugnung eines Wartezeitenproblems wäre doch mit dem seit Jahren vorgetragenen Lamento vom flächendeckenden Ärztemangel nur schwer in Einklang zu bringen.

Bei genauerer Betrachtung wäre die Argumentation mit dem Ärztemangel

allerdings wenig überzeugend. Zum einen stünde sie im Widerspruch mit der eigenen Versichertenbefragung, die die KBV jährlich durchführt. Diese dient sie seit mehreren Jahren der Behauptung als Grundlage, dass die Mehrheit der Versicherten binnen weniger Tage einen Termin erhält. Zum anderen enthalten die eher gering beachten Passagen der Dokumentation zu den regionalisierten Ergebnisse bemerkenswerte Ergebnisse. So wird festgestellt, dass es zwischen den Wartezeiten in der verschiedenen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen keine signifikanten Unterschiede gibt – und dies bei teilweise erheblich abweichenden Versorgungsdichten.

Zudem hätte eine Argumentation mit dem Ärztemangel das Konzept der Terminservicestellen im Grunde bestätigt, weil es eben im Falle einer gescheiterten Terminvermittlung an einen niedergelassenen Arzt mit einer Kapazitätsausweitung reagiert. Womöglich fürchteten die KVen, eine zu offensive Verknüpfung der Wartezeiten mit dem behaupteten Ärztemangel hätte die Politik zu einer noch intensiveren Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung provozieren können.

5. Des Pudels Kern – die PKV

Die verbindlichere Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen in der Frage des Zugangs der gesetzlich Versicherten zur ambulanten Versorgung tätig zu werden, ist im Grundsatz richtig. Die KVen haben sich in der Frage der Wartezeiten eher als schwerfällig erwiesen. Vereinzelte Initiativen, wie die dringliche Überweisung, sind nur zustande gekom-

men, wenn die Kassen die Finanzierung übernommen haben, was bereits die Zurückhaltung der ärztlichen Körperschaften zum Ausdruck bringt, ihren Sicherstellungsauftrag wahrzunehmen. Gleichwohl ist die gesetzliche Regelung zu den Terminservicestellen limitiert. Ein wirkungsvolles Kontroll- und Sanktionsregime für den Fall, dass die Terminservicestellen die gesetzlichen Fristen nicht einhalten, ist nicht normiert. Inwieweit die gesetzlich aufgebaute Drohkulisse mit der Terminvergabe an Krankenhäuser wirklich trägt, wird davon abhängen, in welchem Maße diese an der ambulanten Versorgung teilzunehmen bereit sind. Zur Prognose wurde ja schon ausgeführt.

Der wesentliche Schwachpunkt ist allerdings, dass die strukturellen Ursachen von Wartezeiten der GKV-Versicherten durch die Terminservicestellen unangestastet bleiben. Wie eingangs beschrieben worden ist, sind Wartezeiten eine direkte Folge der angebotsinduzierten Nachfrage und der Verknappung der Behandlungskapazitäten für die gesetzlich Versicherten durch die private Krankenversicherung.

Wer zu lange Wartezeiten beklagt, muss die Ursachen von Fehl- und Überversorgung in den Blick nehmen. Diese sind neben den Fällen therapeutischer Unsicherheit, die den Arzt dazu veranlassen kann, das zur Verfügung stehende Instrumentarium auszuschöpfen als sich dem Vorwurf der Unterlassung auszusetzen, insbesondere medizinfremde Anreizmechanismen.

Zuvordererst ist die Bedeutung der Privaten Krankenversicherung zu nennen, die mit der gesetzlichen Krankenversicherung um Behandlungskapazitäten und den Zugang zur ambulanten Versorgung

Tabelle 1: Einnahmen von Arztpraxen 2011 in 1000 EUR

Arztgruppe	Gesamt	Einnahmen von Arztpraxen 2011 in 1000 EUR					
		GKV-Praxis	Privatpraxis	Sonstige	Ausgaben	Praxiserlös	Anteil PKV
Allgemeinmedizin	261	207	48	6	123	138	18%
Internisten	400	298	91	10	216	184	23%
Frauenheilkunde	287	185	98	4	143	144	34%
Kinderheilkunde	272	209	63	0	132	140	23%
Augenheilkunde	442	278	154	9	213	229	35%
HNO	292	184	108	0	143	149	37%
Orthopädie	402	220	161	21	209	193	40%
Dermatologie	367	185	175	8	182	185	48%
Radiologie	875	503	322	50	572	303	37%
Neurologie/Psychiatrie	298	220	60	17	125	173	20%
Urologie	337	190	140	7	169	168	41%
Alle Ärzte	361	249	100	12	195	166	28%

Quelle: Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamts (2013), eigene Berechnungen

Tabelle 2: Einnahmen von Arztpraxen mit und ohne Privateinnahmen 2011 in 1000 EUR

	über alle Arztpraxen	Arztpraxen ohne Privateinnahmen	0,1 - 25% des Umsatzes	25 - 50% des Umsatzes	50-75% des Umsatzes	75-100% des Umsatzes
Einnahmen je Praxis	486	323	398	573	781	710
Aufwendungen je Praxis	251	160	198	293	459	405
Reinertrag je Praxis	235	163	200	280	321	305

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013

konkurriert. Ein wesentliches Argument für Neukunden in der PKV ist nicht zuletzt die Aussicht auf die Vermeidung von langen Wartezeiten, was sich die PKV auch einiges kosten lässt.

Die privatärztliche Vergütung ist gemessen an der Zahl der Versicherten um ein Vielfaches höher als die Honorare aus vertragsärztlicher Tätigkeit. Nach der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamts, die alle vier Jahre und zuletzt für das Jahr 2011 durchgeführt wurde, erwirtschaften bereits drei große Fachgruppen 40% und mehr ihrer Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit, die Hautärzte fast die Hälfte. Nach Untersuchungen des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) liegen die Privathonorare je Versicherten einschließlich Beihilfen und Selbstbehalten risikoadjustiert bei dem etwa 2,3fachen des vertragsärztlichen Honorars. Bei allen methodischen Limitationen der WIP-Studie zeigt dies die wirtschaftlichen Verzerrungen zwischen der Behandlung von Privat- und Kassenpatienten. Praxen, die keine PKV-Patienten behandeln, haben einen um etwa ein Drittel niedrigeren Reinertrag als die durchschnittliche Arztpraxis. Zwar ist ein Reinertrag von 160.000 EUR weit von der Existenzgefährdung entfernt, dennoch ist es aus betriebswirtschaftlicher Sicht nicht verwunderlich, wenn Ärzte Privatzahlern nicht nur schneller Termine gewähren, sondern für diese Patienten auch mehr Zeit aufwenden als für einen gesetzlich Versicherten. Hinzu kommt ein weiterer für die Privatversicherten günstiger Umstand – wo sie wohnen, gibt es auch mehr Ärzte.

„Ich bin nicht dort, wo es sich lohnt, sondern da wo man mich braucht.“ Dieser Slogan ist Teil der laufenden Imagekampagne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Auch wenn man es den auf den Plakaten gezeigten Ärztinnen gerne glauben möchte, repräsentativ für ihren Berufsstand scheinen sie damit nicht zu sein. Vielmehr zeigen die Untersuchungen von Leonie Sundmacher und Susanne

Ozegowski, die im European Journal of Health Economics veröffentlicht wurden, dass ein maßgeblicher Treiber für die Wahl des Ortes der Niederlassung der Anteil der Privatversicherten an der Wohnbevölkerung ist. So nimmt bei einem Anstieg des Anteils der Privatversicherten an der Wohnbevölkerung um 1% die Facharztdichte um 2,1% zu.

Neben den unmittelbaren wirtschaftlichen Faktoren, die Ärzten den Anreiz setzen, Privatpatienten bei der Terminvergabe zu bevorzugen, sind es bereits unterschiedliche Voraussetzungen beim Zugang zur ärztlichen Versorgung, die höhere Wartezeiten für gesetzlich Versicherte verursachen können. Die Bedeutung der privaten Krankenversicherung induziert eine Verknappung der ärztlichen Behandlungskapazitäten, und dies – man kann es nicht oft genug wiederholen – aus rein ökonomischen, nicht medizinischen Gründen.

Auch in der vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlich Versicherten selbst gibt es allokationsbedingte Verknappungstendenzen. Wie eingangs beschrieben, erleichtert die Angebotsinduzierung der Nachfrage die Mengenausweitung. Bedauerlicherweise sind gerade in der ambulanten Versorgung finanzielle Anreize zur Mengen- und Indikationsausweitung weitverbreitet. Dazu können die Vollkostenkalkulation im EBM, die extrabudgetäre Vergütung von Leistungen wie dem ambulanten Operieren oder Preiszuschläge bei vermeintlich förderungswürdigen Leistungen gezählt werden. Inzwischen beklagen sich selbst medizinische Fachgesellschaften über nicht leitliniengerechte Indikationsstellungen und Therapien, beispielsweise bei der Durchführung von Herzkatheteruntersuchungen oder des Einsatzes bildgebender Verfahren bei Rückenschmerz. Die Ausweitung der einen Leistungen führen bei einer gleichbleibenden Angebotskapazität jedoch zu einer Verknappung bei anderen. Im Gegensatz dazu sind Anreize zur Vermeidung unnötiger Eingriffe, insbesondere durch eine

verbindlichere Anwendung verfügbarer Evidenz, spärlich gesät.

Dabei ist eine expansive Ausübung der ärztlichen Definitionsmacht bei der Auswahl der Leistungen kein Naturgesetz. Es sind vielmehr die zugrundeliegenden finanziellen Anreize, die diese Entwicklung befeuern. Es wäre nicht nur ein Gedankenexperiment, sondern den praktischen Versuch wert, wie sich Ärzte in einem anreizneutralen Vergütungsregime mit Evidenzorientierung verhalten würden.

6. Fazit

Die Wartezeiten der gesetzlich Versicherten sind zumindest in Teilen eine Konsequenz aus der im Gesundheitswesen generell herrschenden Angebotsinduzierten Nachfrage und eines versorgungsfeindlichen Anreizsystems, dass Über- und Fehlversorgung belohnt und keine Anreize für die Vermeidung unnötiger Eingriffe setzt. Dabei ist nicht geklärt, inwieweit die Wartezeiten unangemessen lang sind, empirisch noch nicht belegt. Es ist aber zu vermuten, dass es Potentiale für eine Verkürzung der Wartezeiten gibt, was allein schon die deutlich kürzeren Fristen für Privatversicherte zeigen.

Mit den geplanten Terminservicestellen bleiben strukturelle Ursachen der aktuellen Wartezeiten allerdings bestehen. Angesichts der Ausnahmetatbestände und der zu erwartenden Hemmnisse für die Versicherten wird es allenfalls punktuell zu einer Verkürzung der Wartezeiten kommen und dies weniger aufgrund der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall, sondern aufgrund des unbedingten Willens der KVen, Behandlungen in Krankenhäusern zu verhindern.

Die Diskriminierung der gesetzlich Versicherten gegenüber den Privatpatienten wird auf diese Weise nicht gelöst. Da nicht zu erwarten ist, dass sich bei den Wartezeiten etwas spürbar im Sinne der Patienten verändert, wird es auch in Zukunft weitere Eingriffe des Gesetzgebers geben. ■