



Rationierung und Versorgungs- unterschiede in Gesundheitssystemen

Ein internationaler Überblick

Verena Finkenstädt, Dr. Frank Niehaus

WIP

Wissenschaftliches
Institut der PKV

Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen Ein internationaler Überblick

Autoren:
Verena Finkenstädt, Dr. Frank Niehaus

März 2013

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

ISBN 978-3-9813569-4-6

Inhalt

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis	6
1. Einleitung.....	8
2. Die Absicherung im Krankheitsfall in den OECD-Ländern.....	9
3. Rationierung im Gesundheitssystem	12
3.1 Der Begriff Rationierung	12
3.2 Gründe für Rationierung	13
3.3 Formen der Rationierung	14
4. Ausprägung von Rationierung im Ländervergleich.....	16
4.1 Wartezeiten im Gesundheitssystem	16
4.1.1 Länder mit offiziellen Statistiken zu Wartezeiten	20
4.1.2 Länder ohne offizielle Statistiken zu Wartezeiten	34
4.1.3 Internationale Vergleichbarkeit von Wartezeiten	36
4.2 Eingeschränkte Wahlfreiheit des Patienten.....	41
4.2.1 Beschränkung der freien Arztwahl.....	44
4.2.2 Gatekeeping	47
4.3 Begrenzter Leistungsumfang.....	51
4.3.1 Rationierung durch Positiv- und Negativlisten	52
4.3.2 Rationierung der zahnmedizinischen Versorgung	54
4.3.3 Rationierung bei der Versorgung mit Arzneimitteln.....	56
4.3.4 Leistungsbegrenzung auf Basis gesundheitsökonomischer Evaluation.....	60
4.4 Obligatorische Zuzahlungen	61
5. Rationierung vor dem Hintergrund der Finanz- und Schuldenkrise	66
5.1 Die Entwicklungen im OECD-Vergleich	67
5.2 Die Situation in Europa.....	69
6. Der Zusammenhang von Rationierung und privatem Gesundheitsmarkt	80
6.1 Das Angebot privater Gesundheitsleistungen	81
6.1.1 Beschaffung von rationierten Gesundheitsleistungen im Inland	81

6.1.2	Beschaffung von rationierten Gesundheitsleistungen im Ausland	84
6.1.3	Das Problem der illegalen Beschaffung	86
6.2	Die Finanzierung privater Gesundheitsleistungen	87
6.3	Art und Umfang der privaten Krankenzusatz- versicherung im Ländervergleich	89
6.3.1	Die duplizierende Zusatzversicherung als Antwort auf Wartezeiten und Zugangsbeschränkungen	93
6.3.2	Die supplementäre Zusatzversicherung als Antwort auf Leistungseinschränkungen	96
6.3.3	Die komplementäre Zusatzversicherung als Antwort auf hohe Zuzahlungen	97
7.	Versorgungsunterschiede als Folge von Rationierung	99
7.1	Einkommensabhängige Versorgungsunterschiede	100
7.2	Ausmaß der Versorgungsunterschiede in ausgewählten Ländern	103
8.	Fazit	113
9.	Quellenverzeichnis	115

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Organisation der Absicherung im Krankheitsfall für typische Arbeitnehmer im OECD-Vergleich	11
Tabelle 2:	OECD-Länder mit offizieller Erfassung von Wartezeiten im Jahr 2012	18
Tabelle 3:	Anzahl der Personen auf Wartelisten in Kanada in den Jahren 2009 und 2011	25
Tabelle 4:	Freie Wahl des Leistungserbringers im OECD-Vergleich	44
Tabelle 5:	„Gatekeeping“ im Gesundheitswesen im OECD-Vergleich	48
Tabelle 6:	Definition des Leistungskataloges für medizinische Behandlung im OECD-Vergleich	53
Tabelle 7:	Ausschluss von Leistungen der zahnmedizinischen Versorgung im Ländervergleich	55
Tabelle 8:	Definition des Leistungskataloges für Arzneimittel im OECD-Vergleich	57
Tabelle 9:	Obligatorische Zuzahlungen in den OECD-Ländern	62
Tabelle 10:	Reaktionen auf die Finanzkrise in Bezug auf das Gesundheitsbudget (Ergebnisse der WHO-Umfrage 2011)	71
Tabelle 11:	Rationierung durch Erhöhung der Zuzahlungen als Reaktion auf die Finanzkrise (Ergebnisse der WHO-Umfrage 2011)	73
Tabelle 12:	Duale ärztliche Praxis im OECD-Vergleich	77
Tabelle 13:	Zusammenhang von privater Krankenzusatz- versicherung und Rationierung im öffentlichen Gesundheitssystem	85
Tabelle 14:	Die private Krankenzusatzversicherung im OECD-Vergleich	86

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Bevölkerungsanteil mit Absicherung im Krankheitsfall im Jahr 2011 (oder letztes verfügbares Jahr)	10
Abbildung 2:	Screenshot der NHS-Homepage (Wartezeiten auf eine Hüftoperation in der Region Manchester)	22
Abbildung 3:	Screenshot der Homepage der Provinz Ontario (Wartezeiten auf eine Hüftoperation in Toronto)	26
Abbildung 4:	Screenshot der Homepage des Dänischen Amtes für Gesundheit (Wartezeiten auf eine Hüftoperation in öffentlichen Krankenhäusern)	29
Abbildung 5:	Screenshot des Jahresberichtes 2011 zu Wartezeiten des spanischen Ministeriums für Gesundheit, Sozialpolitik und Gleichstellung.....	30
Abbildung 6:	Screenshot der Homepage des niederländischen staatlichen Instituts für Volksgesundheit und Umwelt (Wartezeit auf eine Hüftprothese).....	34
Abbildung 7:	Anteil der Befragten, die 4 Monate oder länger auf einen geplanten Eingriff warten mussten.....	37
Abbildung 8:	Anteil der Befragten, die weniger als einen Monat auf einen geplanten Eingriff warten mussten	38
Abbildung 9:	Anteil der Befragten, die 2 Monate oder länger auf einen Termin beim Facharzt warten mussten.....	39
Abbildung 10:	Anteil der Befragten, die weniger als einen Monat auf einen Termin beim Facharzt warten mussten.....	40
Abbildung 11:	Anteil der Befragten in den EU27-Ländern, die angaben, der Zugang zum Hausarzt in ihrem Land sei einfach	42
Abbildung 12:	Anteil der Befragten in den EU27-Ländern, die angaben, der Zugang zum Facharzt in ihrem Land sei einfach	43
Abbildung 13:	Jährliche reale Zuwachsraten der gesamten und öffentlichen Gesundheitsausgaben in der OECD von 2001 bis 2010	67
Abbildung 14:	Durchschnittliches reales Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern seit 2000	68

Abbildung 15:	Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Irland, Italien, Spanien, Portugal und Griechenland pro Kopf in US-Dollar (kaufkraftbereinigt) 2006 bis 2010	70
Abbildung 16:	Anteil der EU-Bürger, die für eine medizinische Behandlung ins EU-Ausland reisen würden	85
Abbildung 17:	Anteil der Erwachsenen, die überzeugt oder sehr überzeugt waren, dass sie die wirksamste Behandlung erhalten, nach Einkommenshöhe	101
Abbildung 18:	Einkommensabhängige Differenz der Anteile an Erwachsenen, die überzeugt oder sehr überzeugt waren, dass sie die wirksamste Behandlung erhalten .	102

1. Einleitung

Die Dualität von Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung ist ein Hauptmerkmal des deutschen Gesundheitssystems. In der derzeitigen Form bietet das deutsche Gesundheitswesen nicht nur aus internationaler Perspektive für alle Bürger einen hohen Versorgungsstandard, ein nahezu flächendeckendes Angebot an Gesundheitsleistungen und die freie Arztwahl.¹ Laut einer Stellungnahme des Deutschen Ethikrates aus dem Jahr 2011 ist das deutsche Gesundheitssystem eines der leistungsfähigsten weltweit.² Auch Beske et al. konstatieren in einer Studie aus dem Jahr 2005, dass Deutschland im Vergleich mit 13 anderen OECD-Ländern den umfassendsten Katalog an Gesundheits- und Geldleistungen und das umfangreichste Versorgungsangebot aufweist.³ Zuletzt trifft das deutsche Gesundheitssystem auch bei der Bevölkerung auf hohe Akzeptanz: 82 Prozent der Deutschen insgesamt und sogar 93 Prozent der Ärzte schätzen das bestehende System.⁴ Trotz des hohen medizinischen Versorgungsniveaus für alle Versicherten und der Zufriedenheit der Bevölkerung wird die Versorgungssituation in der gesundheitspolitischen Diskussion mitunter als problematisch eingestuft und das deutsche Gesundheitssystem mit dem Begriff der „Zwei-Klassen-Medizin“ diskreditiert. Abhilfe – so die Forderung der Gegner des bestehenden dualen Versicherungssystems – soll eine Einheitsversicherung schaffen, in die alle Bürger zwangsweise einbezogen werden („Bürgerversicherung“).

Doch führt die Organisation über ein Einheitssystem tatsächlich zu mehr Gleichheit in der medizinischen Versorgung? Oder ist es vielmehr so, dass Einheitssysteme Versorgungsunterschiede verstärken? Die vorliegende Studie geht diesen Fragen im Rahmen eines internationalen Vergleichs nach. Der Schwerpunkt der Analyse liegt dabei auf der Betrachtung der Gesundheitssysteme in den OECD-Staaten.

Zunächst wird in Kapitel 2 dargestellt, wie die Absicherung des Krankheitsrisikos in den OECD-Ländern organisiert ist. Hieran schließt sich eine Definition von Rationierung, ihrer Entstehung im Gesundheitswesen und ihren Folgen an (Kapitel 3). Auf der Grundlage dieser Definition wird in Kapitel 4 untersucht, für welche Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich Rationierung typisch ist. Hierbei werden die Aspekte Einschränkung der Wahlfreiheit des Patienten, Begrenzung des Leistungskataloges,

1 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2011), S. 15; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2003), S. 14.

2 Vgl. Deutscher Ethikrat (2011), S. 7.

3 Vgl. Beske/Drabinski/Golbach (2005).

4 Vgl. MLP (2013).

Wartezeiten und obligatorische Zuzahlungen in den Fokus gerückt. Kapitel 5 geht darauf ein, wie sich die Rationierung in den Einheitssystemen vor dem Hintergrund der aktuellen Finanzkrise noch verschärft. In Kapitel 6 wird beleuchtet, inwiefern ein Zusammenhang zwischen Rationierungen im öffentlichen Gesundheitssystem und dem privaten Gesundheitsmarkt besteht. Zudem wird gezeigt, in welcher Form sich private Krankenversicherungsmärkte in den einzelnen Ländern bilden und wie diese Märkte die Rationierung im Einheitssystem für die Versicherten abmildern. Im Schlusskapitel 7 wird dargestellt, wie die Bürger Versorgungsunterschiede in Abhängigkeit ihres Einkommens wahrnehmen. Abschließend folgt eine Zusammenführung der Ergebnisse der vorherigen Kapitel. Es wird erläutert, in welchem Maße die beschriebenen Rationierungsmaßnahmen unter Berücksichtigung des jeweiligen Gesundheitssystems und der Bedeutung des privaten Marktes zu Versorgungsunterschieden führen.

2. Die Absicherung im Krankheitsfall in den OECD-Ländern

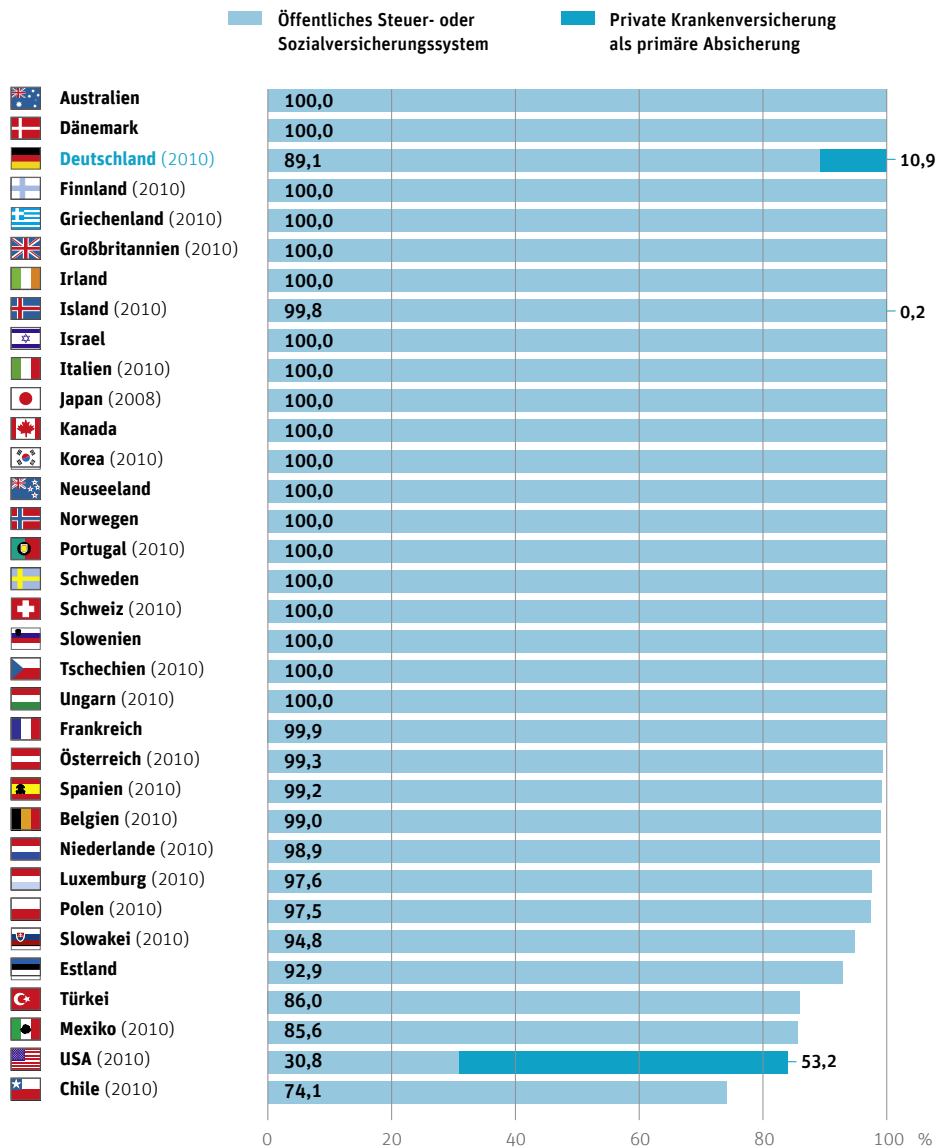
In der Mehrzahl der OECD-Staaten verfügt die gesamte Bevölkerung über eine Grundabsicherung im Krankheitsfall, die über ein öffentliches Steuer- oder Sozialversicherungssystem finanziert wird (→ Abbildung 1).

In Ländern, in denen das öffentliche System nicht 100% der Bevölkerung umfasst, existieren entweder eigene Absicherungssysteme für bestimmte Gruppen (z. B. für selbstständig Erwerbstätige in Österreich oder Spanien)⁵ und/oder es gibt einen kleinen Anteil Personen, die gar nicht gegen Krankheit versichert sind. Nur in den USA, Mexico, Chile und der Türkei verfügen relevante Teile der Bevölkerung über keinen (kollektiv finanzierten) Versicherungsschutz.⁶ In den USA wird der Versicherungsschutz in erster Linie durch private Krankenversicherungen gewährleistet (53% der Bevöl-

5 In Österreich können bestimmte Gruppen von Freiberuflern (z. B. Ärzte, Rechtsanwälte) aus der öffentlichen Krankenversicherung austreten und eine private Krankheitsvollversicherung abschließen (vgl. Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (2012)). Auch 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 99,2% der spanischen Bevölkerung mit öffentlicher Absicherung im Krankheitsfall enthalten. Die spanischen Beamten können sich freiwillig für eine private Absicherung im Krankheitsfall entscheiden. Diese Option wird von 86% der Beamten wahrgenommen (vgl. García-Armesto, Sandra et al. (2010), S. 42, 90). Diese Gruppe Beamter mit privater Absicherung im Krankheitsfall umfasst rund 4% der spanischen Bevölkerung und wird in den OECD-Daten nicht abgebildet.

6 Vgl. OECD (2011), S. 132f.

Abbildung 1:
Bevölkerungsanteil mit Absicherung im Krankheitsfall im Jahr 2011
(oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: OECD (2012a).

kerung). Anspruch auf öffentlichen Krankenversicherungsschutz durch Medicaid und Medicare haben nur rund 31 % der Bevölkerung.⁷

Deutschland unterscheidet sich von den übrigen Gesundheitssystemen durch sein duales System mit Privater (PKV) und Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV). Im Jahr 2010 bestand für 10,9 % der Bevölkerung eine private Krankheitsvollversicherung. 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 gegen Krankheit für relevante Teile der Bevölkerung existieren. Dagegen sind die Gesundheitssysteme der übrigen OECD-Länder nach uniformen Finanzierungsregeln für die gesamte Bevölkerung kollektiv konzipiert.

Die staatliche Absicherung im Krankheitsfall kann entweder in Form eines steuerfinanzierten öffentlichen Gesundheitsdienstes oder als beitragsfinanzierte Krankenversicherung mit Zwangsmitgliedschaft organisiert sein (→Tabelle 1).

Tabelle 1:
Organisation der Absicherung im Krankheitsfall für typische Arbeitnehmer im OECD-Vergleich

Träger der öffentlichen Krankenversicherung	Finanzierung	Land
öffentlicher Gesundheitsdienst (nationale Ebene)	Steuern	Großbritannien, Irland, Island
öffentlicher Gesundheitsdienst (regionale Ebene)		Spanien, Portugal, Italien, Kanada, Australien, Neuseeland, Estland
öffentlicher Gesundheitsdienst (kommunale Ebene)		Schweden, Dänemark, Norwegen, Finnland
Einheits-Krankenkasse	Beiträge	Luxemburg, Polen, Ungarn, Slowenien, Korea
verschiedene Krankenversicherer (keine Kassenwahl)		Österreich, Frankreich, Griechenland, Japan
verschiedene Krankenversicherer (freie Kassenwahl)		Deutschland (GKV), Niederlande, Belgien, Schweiz, Tschechien, Slowakei, Israel

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Paris/Devaux/Wei (2010), S. 10.

Auch wenn in fast allen OECD-Ländern eine Basisabsicherung im Krankheitsfall existiert, sagt dies noch nichts über die tatsächliche Versorgung der Bevölkerung aus. Durch Rationierungsmaßnahmen (z.B. Wartezeiten, Leistungsausschlüsse oder Zuzahlungen) kann sich der Zugang zum Ge-

⁷ Medicare und Medicaid sind staatliche Hilfsprogramme der amerikanischen Regierung (Medicare für ältere oder behinderte Bürger und Medicaid für Bürger mit nur geringem oder ohne Einkommen).

undheitssystem im Ländervergleich stark unterscheiden. Warum es zu Rationierung im Gesundheitswesen kommt, wird im Folgenden erläutert.

3. Rationierung im Gesundheitssystem

3.1 Der Begriff Rationierung

Rationierung im Gesundheitswesen ist ein Begriff, zu dem es eine Vielzahl von Definitionen gibt und der in der gesundheitspolitischen Diskussion vielfältig benutzt wird.⁸ Häufig wird das Vorenthalten von medizinisch notwendigen Leistungen als Rationierung bezeichnet. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat Rationierung wie folgt definiert: „*Rationierung kann verstanden werden als Verweigerung oder Nichtbereitstellung von Behandlungsleistungen trotz Nachfrage und zugleich festgestelltem objektivem Bedarf (oder latentem Bedarf)*.“⁹ Der objektive Bedarf wird hier in der Regel medizinisch definiert. In einer engeren Definition von Rationierung tritt zum Kriterium der medizinisch indizierten Leistung das Vorenthalten von Leistungen aus Kostengründen.¹⁰ Damit würde eine Rationierung aus anderen Gründen, wie z. B. ethischen, nicht unter diesen Begriff fallen.

Für die hier vorgenommene Untersuchung wird über diese engen Definitionen hinausgegangen und Rationierung weiter gefasst. Von Rationierung im Gesundheitssystem wird im Rahmen dieser Arbeit gesprochen, wenn es eine Nachfrage nach Gesundheitsleistungen gibt, die nicht vom Gesundheitssystem befriedigt wird.

Diese weitgefasste Auslegung von Rationierung ist insofern begründet, als dass auch medizinisch nicht notwendige Leistungen die Qualität eines Gesundheitssystems aus Patientensicht mitbestimmen, wenn eine Nachfrage besteht. Immer dann, wenn ein Teil der Bevölkerung medizinisch nicht notwendige Leistungen zukauf, führt dies unter Umständen zu Versorgungsunterschieden. Ein Beispiel hierfür ist die Unterbringung im Ein-Bett-Zimmer eines Krankenhauses. Hier besteht eine Nachfrage nach einem medizinisch nicht notwendigen Gut, welches das Gesundheitssystem nicht für alle Patienten vorsieht.

8 Vgl. zum Beispiel Beske/Brix (2011); Breyer (2012); Althammer (2008); Marckmann (2008).

9 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000).

10 Vgl. zum Beispiel Fuchs (1998), S. 42ff.; Beske/Hallauer/Kern (1996), S. 15.

3.2 Gründe für Rationierung

Wie Kapitel 2 zeigt, überlässt kein OECD-Land die Gesundheitsvorsorge seiner gesamten Bevölkerung allein der privaten 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. Oft sind die Gesundheitsleistungen für die Patienten sogar unentgeltlich. Der Patient wird damit nicht durch einen (hohen) Preis von der Nachfrage nach Leistungen 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.¹¹ In einem Gesundheitssystem mit kollektiver Finanzierung mittels Beiträgen 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. Rationierung kann in einem staatlich regulierten Gesundheitssystem zudem bewusst als Strategie eingesetzt werden, um der Diskrepanz zwischen steigenden Ausgaben und sinkenden Einnahmen zu begegnen.¹² Insgesamt zeigen diese Überlegungen, dass es in einem kollektiv finanzierten Gesundheitssystem zwingend zu Rationierung kommt.¹³

Die Absicherung des Krankheitsfalls über ein kollektiv finanziertes Steuer- oder Sozialversicherungssystem zieht zudem folgende Effekte nach sich, die die Lücke zwischen Angebot und Nachfrage im Gesundheitssystem zusätzlich vergrößern:

Moral hazard

Mit moral hazard wird allgemein die Verhaltensänderung einer Person nach Abschluss einer Versicherung bezeichnet. Moral hazard wurde erstmals 1968 von Pauly beschrieben.¹⁴ Pauly konstatiert, dass umfassende Versicherungen immer eine Ressourcenverschwendung mit sich bringen, solange der Versicherte Umfang und Eintritt und Wahrscheinlichkeit des

11 Vgl. Breyer (2012); Kliemt (1998).

12 Vgl. Marckmann (2008).

13 Vgl. Breyer (2012).

14 Vgl. Pauly (1968).

Schadensfalles beeinflussen kann. Die Versicherten werden verleitet, mehr Leistungen nachzufragen, da ihre Nachfrage sich nicht auf ihre individuelle Zahlungsverpflichtung auswirkt.

Angebotsinduzierte Nachfrage

Der Anbieter von Leistungen (beispielsweise der Arzt) verfügt grundsätzlich über ein deutlich besseres (medizinisches) Wissen hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten als der Nachfrager (Patient). Es herrscht eine Informationsasymmetrie, die es den Ärzten erlaubt, eine angebotsinduzierte Nachfrage zu erzeugen. Das heißt, der Arzt empfiehlt dem Patienten beispielsweise eine nicht unbedingt nötige Behandlung, wobei der Patient die medizinische Notwendigkeit nicht einschätzen kann.¹⁵ Das Ausmaß der angebotsinduzierten Nachfrage ist abhängig vom Vergütungssystem und der Ausgestaltung des Gesundheitssystems des jeweiligen Landes.

Diese den Versicherungssystemen immanenten Probleme des moral hazard und der angebotsinduzierten Nachfrage führen grundsätzlich zu einer Lücke zwischen Angebot und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Zusätzlich wirken der medizinisch-technische Fortschritt und der demografische Wandel ausgabensteigernd. Im Zeitablauf wird damit das Finanzierungsproblem weiter zunehmen. Hier sind alle OECD-Staaten mit demselben Grundkonflikt hinsichtlich der kollektiv finanzierten Gesundheitsversorgung konfrontiert: Auf der einen Seite steigen die Ausgaben aus den genannten Gründen immer weiter. Auf der anderen Seite sind die finanziellen Mittel des Staates oder der Versicherungsgemeinschaft begrenzt.

Diese Zusammenhänge führen dazu, dass im Gesundheitssystem rationiert wird. Keine Rationierung würde laut Beske bedeuten, „*dass jeder Leistungserbringer uneingeschränkt jede von ihm für erforderlich gehaltene Leistung erbringen oder veranlassen und der Patient jede von ihm für notwendig gehaltene Leistung nachfragen kann. Dies ist nicht finanzierbar. Eine solche Situation gibt es in keinem Land der Welt.*“¹⁶

3.3 Formen der Rationierung

An dieser Stelle werden unterschiedliche Formen der Rationierung dargestellt, die insbesondere die vom Patienten wahrgenommene Qualität des Gesundheitssystems beeinflussen und letztlich zu Versorgungsunterschieden in der Bevölkerung führen.¹⁷

15 Die These der angebotsinduzierten Nachfrage wurde als erstes von Evans beschrieben (vgl. Evans (1974)). Einen guten Überblick bietet McGuire (2000).

16 Beske (2006), S. 6.

17 Ein umfassender Überblick findet sich bei Schulze Ehring (2006) und Breyer (2012).

Harte und weiche Rationierung

Harte und weiche Rationierung unterscheiden sich darin, ob der private Erwerb von Leistungen rechtlich verboten bzw. erlaubt ist. Bei harter Rationierung können vorenthaltene Leistungen nicht in finanzieller Eigenverantwortung beschafft werden. Es besteht in diesem Fall keine legale Möglichkeit, der Rationierung innerhalb des Landes zu entgehen. Ein Beispiel für eine harte Rationierung ist die Zuteilung von Spenderorganen. In Deutschland ist der Handel mit Organen zum Zweck der Transplantation verboten und strafbar (§§ 17ff. Transplantationsgesetz). Besteht die Möglichkeit, die rationierten Leistungen privat zu erwerben, spricht man von weicher Rationierung.

Ein privater Markt kann sich bei harter Rationierung nicht (so leicht) entwickeln. Für Patienten bleibt der Gang ins Ausland oder gegebenenfalls in die Illegalität. Weiche Rationierung führt leichter zu Versorgungsunterschieden, da sich ein Markt für die rationierte Leistung außerhalb des kollektiv finanzierten Gesundheitssystems bilden kann. Besteht ein Angebot an Zusatzleistungen, ist es jedem bei entsprechender Zahlungsbereitschaft möglich, die bessere Versorgung einzukaufen.¹⁸ In fast allen OECD-Ländern gibt es einen Markt für private Zusatzversicherungen, auf dem grundsätzlich jeder die Möglichkeit hat, sich über das Maß der kollektiv finanzierten Gesundheitsleistungen hinaus nach eigenen Präferenzen abzusichern (näher dazu Kapitel 5).¹⁹

Explizite und implizite Rationierung

Rationierung lässt sich weiter differenzieren in die explizite (ausdrücklich geregelte) und die implizite (ungeregelte) Rationierung. Explizierte Rationierung im Gesundheitswesen folgt transparenten Regeln, die festlegen, wer unter welchen Bedingungen wie viele Leistungen erhält. Dies kann auf der Makroebene zum Beispiel in Form eines eingeschränkten Leistungskatalogs oder von Leistungsausschlüssen geschehen. Implizite Rationierungen sind dagegen unregelte Einzelfallentscheidungen. Sie ergeben sich vor allem aus Budgetierungen und finanziellen Anreizsystemen, die auf die Leistungserbringer wirken.²⁰ Dem Leistungserbringer wird die Rolle des Entscheiders zugewiesen und die Rationierungsentscheidungen werden auf der Mikroebene im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung getroffen.

18 Sich medizinische Leistungen entsprechend der eigenen Präferenzen zuzukaufen, entspricht dem Grundprinzip einer freiheitlichen Gesellschaft, die in Deutschland in Artikel 2 des Grundgesetzes (GG) verankert ist: Nach Art. 2 Abs. 1 GG hat jeder das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt. Nach Abs. 2 hat jeder das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden. Vgl. auch Breyer (2012).

19 Vgl. Kamm (2006), S. 20; Arnade (2010), S. 46; Groß/Schäfer/Westermann (2010), S. 138f.

20 Vgl. Marckmann (2008).

Somit ist die Rationierung häufig intransparent, insbesondere, wenn der Patient gar nicht weiß, dass er Opfer einer Rationierung geworden ist, weil er beispielsweise nicht erkennt, dass er nicht das wirksamste Medikament erhalten hat. Für den Patienten ist es daher nur schwer möglich, impliziter Rationierung zu entgehen. Da durch explizite Regeln die Rationierungsmechanismen bekannt sind, kann sich eher ein Selbstzahler- oder ein Zusatzversicherungsmarkt bilden als bei impliziter Rationierung.²¹

4. Ausprägung von Rationierung im Ländervergleich

In diesem Kapitel werden im Rahmen eines internationalen Vergleichs die Ausprägungen von Rationierung im Gesundheitswesen vorgestellt. Dazu eignen sich in erster Linie Maßnahmen expliziter Rationierung, da diese objektiv beobachtbar und in den meisten Gesundheitssystemen transparent und nachvollziehbar sind. Folgende Indikatoren von Rationierung werden einer näheren Analyse unterzogen: Wartezeiten, eingeschränkte Arztwahl, Leistungsbegrenzungen und obligatorische Zuzahlungen. Bei der Wartezeitenproblematik und der Einschränkung der Wahlfreiheit handelt es sich um für den Patienten wichtige und fühlbare Qualitätsindikatoren eines Gesundheitssystems.²² Die Begrenzung des Leistungskataloges und obligatorische Zuzahlungen betreffen den Umfang und den Absicherungsgrad der vom Gesundheitssystem gebotenen Leistungen. Während Leistungsbegrenzungen, eingeschränkte Arztwahl 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. Wie die folgenden Ausführungen zeigen, gibt es jedoch viele Gesundheitssysteme, in denen explizit über Wartelisten rationiert wird.

4.1 Wartezeiten im Gesundheitssystem

Wie in Abschnitt 3.2 erläutert, erfolgt die Allokation medizinischer Leistungen in kollektiv finanzierten Gesundheitssystemen weitestgehend nicht über den Marktpreis. Um dem Überhang der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen entgegenzutreten, werden in vielen Ländern Wartezeiten eingesetzt.²³ Wartezeiten entstehen, wenn die Kapazität nicht ausreicht, um

21 Vgl. auch Breyer (2012).

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

23 Vgl. Hurst/Siciliani (2003); Siciliani/Hurst (2004); Schoen et al. (2010).

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 ganz von der Behandlung abgehalten.²⁴

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 Gesundheitsversorgung, die bereit sind am längsten dafür anzustehen.

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 2 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.

Wartezeiten 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. Eine Umfrage im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom September 2011 ergab, dass die Mehrheit der Patienten in GKV und PKV gar nicht bzw. maximal eine Woche auf einen Termin warten mussten. Eine aktuelle Studie der Universität Hamburg zeigt, 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. Die kurzen Wartezeiten im deutschen Gesundheitssystem spiegeln sich auch in der Zufriedenheit der Versicherten wider. Eine Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) 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. Auch eine Bevölkerungsumfrage im Auftrag des BKK-Bundesverbandes im Sommer 2012 ergab, dass Wartezeiten nur von einem geringen Teil der Versicherten als Problem wahrgenommen werden.

Quellen: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2011), S. 14; Roll/Stargardt/Schreyögg (2011); Techniker Krankenkasse (2011); BKK-Bundesverband (2012), S. 420ff.

24 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 (z. B. eine Operation) durchgeführt wird oder ob sie verschoben und 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.

Tabelle 2:
OECD-Länder mit offizieller Erfassung von Wartezeiten im Jahr 2012

Land	Information zu Wartezeiten für Patienten	Statistik über Wartezeiten auf nationaler Ebene
Australien ²⁵	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 ²⁶	Aktuelle Wartezeiten für ausgewählte Behandlungen in öffentlichen und privaten Krankenhäusern (ambulant und stationär).	nein
Estland ²⁷	Aktuelle Wartezeiten für ausgewählte Behandlungen in Krankenhäusern (ambulant und stationär).	nein
Finnland ²⁸	Auf Homepage des Gesundheitsministeriums nur Hinweis, dass Informationen zu Wartezeiten bei den jeweiligen Krankenhäusern angefragt werden können.	nein
Großbritannien ²⁹	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 ³⁰	Statistiken zu aktuellen Wartezeiten für Behandlungen/Operationen in 44 Krankenhäusern verfügbar (ambulant und stationär).	nein
Italien ³¹	Auf Homepage des Gesundheitsministeriums nur Hinweis, dass Informationen zu Wartezeiten bei den jeweiligen Regionen angefragt werden können.	nein
Kanada ³²	Über Homepages der einzelnen Provinzen sind aktuelle 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 ³³	nein	Ja, aber Zugang zu Wartezeitdaten (z. B. Anzahl der wartenden Patienten) ist nicht öffentlich.
Niederlande ³⁴	Aktuelle Wartezeiten in Krankenhäusern für ausgewählte Behandlungen.	nein
Norwegen ³⁵	Monatliche Statistik über durchschnittliche Wartezeit (somatisch und psychisch).	nein
Polen ³⁶	Durchschnittliche Wartezeit und Zahl der wartenden Patienten am Monatsende je Krankenhaus.	ja

Land	Information zu Wartezeiten für Patienten	Statistik über Wartezeiten auf nationaler Ebene
Schweden ³⁷	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 ³⁸	nein	Statistik zu durchschnittlicher Wartezeit für ausgewählte Behandlungen und Anzahl der wartenden Patienten für Spanien gesamt pro Jahr.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis einer Online-Recherche auf den Seiten der öffentlichen Behörden der einzelnen OECD-Länder.

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.³⁹ An dieser Stelle sei jedoch darauf hingewiesen, dass auch in Ländern, in denen keine Informationen zu Wartezeiten vorhanden sind, Wartezeiten durchaus vorkommen. In vielen Fällen werden sie lediglich nicht offiziell dokumentiert und veröffentlicht.

25 Vgl. Australisches Institut für Gesundheit und Wohlfahrt (Australien Institute of Health and Welfare) (www.aihw.gov.au).

26 Vgl. Dänisches Amt für Gesundheit (Sundhedsstyrelsen) (www.ventinfo.dk).

27 Vgl. Estnische Krankenkasse (Eesti Haigekassa) (www.haigekassa.ee).

28 Vgl. Finnisches Gesundheitsministerium (Sosiaali- ja Terveysministeriö) (www.stm.fi).

29 Vgl. Britisches Gesundheitsministerium (Department of Health) (www.dh.gov.uk); National Health Service – NHS (www.nhs.uk).

30 Vgl. Irisches Patienten-Behandlungsregister (Patient Treatment Register) (www.ptr.ie).

31 Vgl. Italienisches Gesundheitsministerium (Ministero della Salute) (www.salute.gov.it).

32 Vgl. Kanadisches Institut für Gesundheitsinformation (Canadian Institute for Health Information) (www.cihi.ca).

33 Vgl. Neuseeländisches Gesundheitsministerium (Ministry of Health) (www.health.govt.nz).

34 Vgl. Niederländisches Institut für Volksgesundheit und Umwelt (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) (www.zorgatlas.nl).

35 Vgl. Norwegisches Gesundheitsministerium (Helsedirektoratet) (www.helsedirektoratet.no).

36 Vgl. Polnisches Gesundheitsministerium (Ministerstwo Zdrowia) (www.mz.gov.pl).

37 Vgl. Schwedischer Verband der Kommunen und Provinzlandtage (Sveriges Kommuner och Landsting) (www.vantetider.se).

38 Vgl. Spanisches Ministerium für Gesundheit, Soziales und Gleichstellung (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) (www.msps.es).

39 Dies ist der Fall in Belgien, Chile, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Island, Irland, Israel, Japan, Korea, Luxemburg, Mexiko, Österreich, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Türkei, Ungarn, USA.

Im Folgenden wird die Wartezeitenproblematik in den Gesundheitssystemen in Ländern mit und ohne offizielle Statistiken zu Wartezeiten analysiert.⁴⁰ Es sei vorangestellt, dass für Länder, die offizielle Angaben zu Wartezeiten veröffentlichen, sachlogisch oftmals eine Vielzahl an Informationen zu dieser Thematik verfügbar ist. In Ländern, in denen keine offiziellen Wartelisten existieren, gibt es dagegen kaum aussagekräftiges Informationsmaterial.

4.1.1 Länder mit offiziellen Statistiken zu Wartezeiten

Die obige Tabelle 2 hat verdeutlicht, dass offizielle Statistiken zu Wartezeiten fast nur in Ländern existieren, die die Absicherung im Krankheitsfall über ein steuerfinanziertes nationales Einheitssystem organisieren. Nur die Niederlande und Polen kennen offizielle Wartezeiten, verfügen aber über ein beitragsfinanziertes Gesundheitssystem.



Großbritannien

Der britische nationale Gesundheitsdienst (NHS) wird in den einzelnen Regionen England, Schottland, Wales und Nordirland eigenständig organisiert und ist den jeweiligen dezentralen Landesregierungen unterstellt. Somit gibt es den NHS England, den NHS Wales, den NHS Scotland und den NHS Northern Ireland, die sich in Teilbereichen unterscheiden, deren Grundstruktur jedoch ähnlich ist. Aus diesem Grund wird die Wartezeit-Situation in den einzelnen NHS-Regionen separat dargestellt. Der NHS England ist der deutlich größte NHS und ist zuständig für rund 52 Millionen Briten (ca. 84 % der Bevölkerung).⁴¹

Das britische Gesundheitsministerium veröffentlicht monatliche Wartezeit-Statistiken des englischen NHS für den Zeitraum zwischen Überweisung und dem Zeitpunkt der tatsächlichen Behandlung des Patienten („pathway“). Dabei wird unterschieden nach

- Patienten, deren Behandlung im Berichtsmonat begonnen hat und die stationär aufgenommen wurden („admitted pathways“; vormalig: „inpatient waiting time“),
- Patienten, deren Behandlung im Berichtsmonat begonnen hat und die ambulant behandelt wurden („non-admitted pathways“; vormalig: „outpatient waiting time“) und

40 Die folgenden Angaben zu Wartezeiten und Patienten auf Wartelisten beziehen sich jeweils auf die aktuell verfügbaren Daten zum Zeitpunkt der Erstellung der Studie.

41 Vgl. National Health Service – NHS (2012a).

- Patienten, deren Behandlung im entsprechenden Monat noch nicht begonnen hat und die auf den Beginn der Behandlung (ambulant oder stationär) warten („incomplete pathways“).⁴²

Im Jahr 2011 betrug die durchschnittliche Wartezeit für die erste Gruppe von der Überweisung des Hausarztes bis zur stationären Behandlung 8,5 Wochen, für die zweite Gruppe bis zur ambulanten Behandlung 4 Wochen und Patienten der letzten Gruppe, die am Ende eines Monats noch keine Behandlung erhalten hatten, warteten durchschnittlich seit 6 Wochen.⁴³ Nur die Anzahl der letztgenannten Personengruppe mit noch nicht begonnenen Behandlungspfaden (incomplete pathways) wird im NHS mit der Anzahl der Personen auf Wartelisten gleichgesetzt. Sie lag seit Ende 2008 relativ konstant bei rund 2,5 Millionen Patienten und hat sich im Laufe des Jahres 2012 auf über 2,6 Millionen Patienten erhöht.⁴⁴ „*Incomplete pathways represent those patients who have been referred on to consultant-led referral to treatment pathways, but whose treatment had not yet started at the end of the reporting period. These patients will be at various stages of their pathway, for example, waiting for diagnostics, an appointment with a consultant, or for admission for a procedure*“.⁴⁵

Dagegen werden Patienten, die ihre stationäre oder ambulante Behandlung im Berichtsmonat begonnen haben (admitted und non-admitted pathways), nicht als Wartende definiert. Diese Gruppe umfasste im Oktober 2012 insgesamt über 1,3 Millionen Patienten,⁴⁶ die im laufenden Berichtsmonat zumindest anteilig ebenfalls noch auf ihre Behandlung warteten und somit zu den 2,6 Millionen Menschen auf Wartelisten (incomplete pathways) hinzugezählt werden müssten. Die Anzahl der Patienten, deren Behandlung im Berichtsmonat begonnen hat und die ambulant behandelt wurden (non-admitted pathways), hat im Oktober 2012 erstmals seit Beginn der Statistik die 1-Million-Grenze überschritten.

Neben der Wartezeit im Bereich der ambulanten und stationären Behandlung werden auch die Wartezeiten auf 15 bestimmte Diagnoseverfahren veröffentlicht.⁴⁷ Im Oktober 2012 warteten insgesamt 652.280 Patienten auf eine diagnostische Untersuchung (z. B. MRT oder Ultraschall), davon 3.905 Patienten länger als 6 Wochen. Die Zahl der Personen, die auf eine diagnos-

42 Vgl. Department of Health (2012a).

43 Vgl. Department of Health (2012b), S. 8.

44 Vgl. Department of Health (2012c).

45 Department of Health (2011).

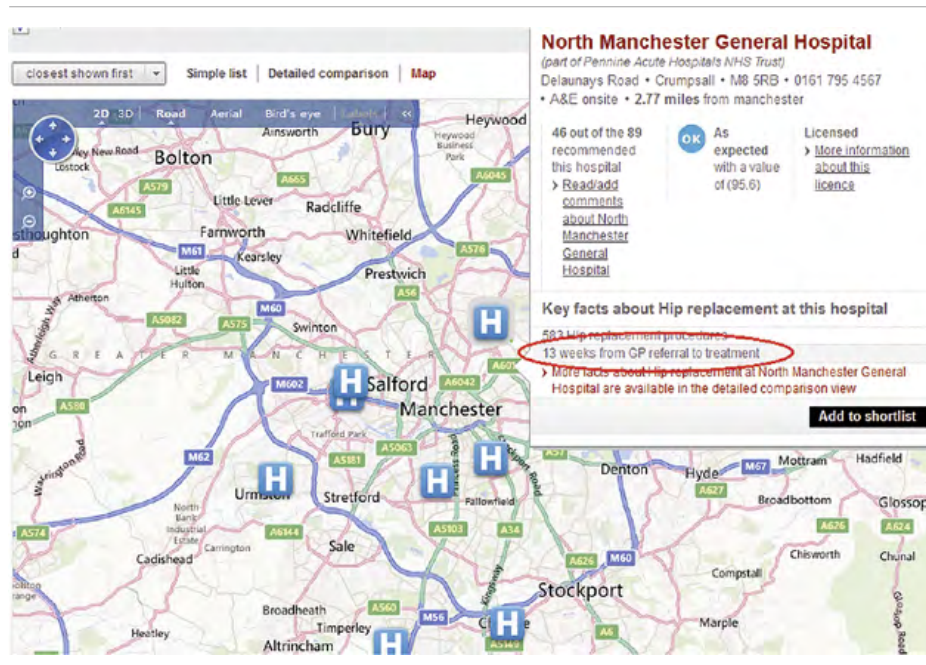
46 Vgl. Department of Health (2012c).

47 Vgl. Department of Health (2012d).

tische Untersuchung warten, hat sich immer mehr erhöht und liegt mittlerweile um rund 61.500 Wartende höher als im Oktober des Vorjahres.⁴⁸

Nach Aufsummierung aller oben genannten wartenden Patienten (incomplete pathways, admitted pathways, non-admitted pathways und Diagnoseverfahren) standen im Oktober 2012 ca. 4,6 Millionen Patienten im NHS England auf Wartelisten. Auch wenn gegebenenfalls einige Personen auf verschiedenen Wartelisten geführt werden, ist dies bei rund 52 Millionen Einwohnern mit 8,9% der Bevölkerung eine bedeutende Größe. Wartezeiten stellen in Großbritannien somit ein großes Problem dar. Vor allem Wartelisten bei Krankenhausbehandlungen gelten als „britische Krankheit“.⁴⁹ Selbst die Einführung des Patientenrechts, nach dem Patienten seit 2010 innerhalb von maximal 18 Wochen nach einer nicht notfallbedingten Überweisung behandelt werden müssen,⁵⁰ hat an den langen Wartelisten nichts ändern können.

Abbildung 2:
Screenshot der NHS-Homepage (Wartezeiten auf eine Hüftoperation in der Region Manchester)



Quelle: Homepage des NHS (Abfrage vom 26.11.2012).

48 Vgl. Department of Health (2012e).

49 Vgl. Lewis/Appleby (2006).

50 Vgl. National Health Service – NHS (2010).

Auf der Homepage des NHS können sich Patienten über die aktuelle Wartezeit je Behandlung und Krankenhaus informieren. Dabei handelt es sich um die „referral to treatment time“, d. h. die Zeit vom Tag der Ausstellung der Überweisung durch den Hausarzt bis zur Behandlung im Krankenhaus. Wird beispielsweise nach der Wartezeit für eine Hüftoperation in der Region Manchester gesucht, zeigt die NHS-Abfrage alle Krankenhäuser, die diese Leistung anbieten mit der jeweiligen Wartezeit. Zur Veranschaulichung zeigt die folgende Abbildung einen Screenshot der entsprechenden NHS-Homepage. Beispielsweise müssen Patienten im North Manchester General Hospital 13 Wochen auf den Einsatz einer neuen Hüfte warten.

Für den schottischen NHS stammen die aktuellen Daten vom September 2012. Dort standen 228.742 Patienten (über 4% der schottischen Bevölkerung) auf einer Warteliste für eine ambulante Behandlung (6.575 davon warteten länger als 12 Wochen). 55.096 Patienten warteten auf eine stationäre Behandlung (davon 1.617 länger als 12 Wochen).⁵¹ Der NHS Scotland veröffentlicht zudem die Anzahl der Patienten, die auf acht ausgewählte diagnostische Verfahren warten (z. B. CT, MRT). Die Anzahl lag Ende September 2012 bei 44.966 Personen.⁵²

Die walisische Regierung publiziert für den NHS Wales die Gesamtzahl der Personen, die eine Überweisung von einem Hausarzt erhalten haben und auf eine ambulante oder stationäre Weiterbehandlung warten. Ende Oktober 2012 standen in Wales 400.199 Patienten (rund 13% der walisischen Bevölkerung) auf Wartelisten (davon 8,5% bereits länger als ein halbes Jahr).⁵³ Von diesen Patienten warteten 68.008 auf ein diagnostisches Testverfahren (davon 14.628 länger als 8 Wochen).⁵⁴

Das Ministerium für Gesundheit, Soziales und soziale Sicherheit in Nordirland veröffentlicht die Wartezeitstatistiken des nordirischen NHS. Auf eine erste ambulante fachärztliche Untersuchung warteten Ende September 2012 demnach 107.874 Patienten (6% der Bevölkerung). 33.035 warteten bereits länger als neun Wochen, 5.610 sogar länger als 21 Wochen auf einen ersten Termin.⁵⁵ Zum selben Zeitpunkt standen 50.720 Patienten auf einer Warteliste für die Behandlung in einem Krankenhaus, wobei 20.341 länger als 13 Wochen und 2.029 länger als 26 Wochen auf die stationäre Aufnahme warten mussten.⁵⁶ Ebenfalls veröffentlicht wird die Anzahl der

51 Vgl. NHS National Services Scotland (2012a).

52 Vgl. NHS National Services Scotland (2012b).

53 Vgl. Welsh Government (2012a).

54 Vgl. Welsh Government (2012b).

55 Vgl. Department of Health, Social Services & Public Safety (2012a).

56 Vgl. Department of Health, Social Services & Public Safety (2012b).

Personen, die auf einer Warteliste für ein diagnostisches Testverfahren stehen. Dies waren Ende September 2012 63.042 Patienten.⁵⁷

In den NHS Regionen Schottland, Wales und Nordirland stehen somit insgesamt fast 1 Million Patienten auf Wartelisten für ambulante oder stationäre Behandlungen sowie für diagnostische Testverfahren. Die Darstellungsform der Wartezeiten in diesen NHS-Regionen weicht jedoch von derjenigen im englischen NHS ab und somit wird eine direkte Vergleichbarkeit der Zahlen in allen britischen NHS-Regionen erschwert. Bei Aufsummierung aller verfügbaren Zahlen warteten in Großbritannien im Herbst 2012 insgesamt rund 5,5 Millionen Patienten auf einen Termin zur ambulanten oder stationären Behandlung sowie auf diagnostische Testverfahren.



Irland

Wartezeiten werden in Irland über die Homepage des National Treatment Purchase Fund (NTPF) veröffentlicht. Dort findet sich eine Datenbank („Patient Treatment Register“), über die Informationen zu Wartezeiten in den irischen Krankenhäusern abgerufen werden können.⁵⁸ Die Länge der Wartezeit auf bestimmte Eingriffe variiert stark zwischen den einzelnen Kliniken. So müssen Patienten z. B. auf die Operation eines Leistenbruchs in einigen Krankenhäusern gar nicht und in anderen sechs Monate warten, die durchschnittliche Wartezeit auf eine Katarakt-Operation beträgt drei bis sieben Monate.

Dem Jahresbericht 2011 des NTPF ist zu entnehmen, dass die Wartezeit aller irischen Patienten durchschnittlich 2,8 Monate betrug. In 36 der 42 Krankenhäuser gab es Wartezeiten von über neun Monaten. Im Dezember 2011 standen insgesamt 25.850 Patienten auf Wartelisten für stationäre Behandlungen. Davon warteten 15.942 Patienten drei bis sechs Monate, 12.536 Patienten sechs bis zwölf Monate und 372 Patienten länger als ein Jahr.⁵⁹



Kanada

Die Anzahl der über 15-jährigen Personen auf Wartelisten wird vom kanadischen Statistikamt seit 2003 veröffentlicht. Dabei wird unterschieden nach Wartezeit auf einen Termin beim Facharzt bei einer neu aufgetretenen Erkrankung, Wartezeit auf ein diagnostisches Testverfahren (MRT oder CT) und Wartezeit auf geplante Operationen. Zudem erfolgt eine Differenzierung nach Länge der Wartezeit. In Tabelle 3 sind die Zahlen für die Jahre 2009 und 2011 dargestellt.

⁵⁷ Vgl. Department of Health, Social Services & Public Safety (2012c).

⁵⁸ Vgl. National Treatment Purchase Fund – Patient Treatment Register, online unter: <https://www.ptrie.ie>

⁵⁹ Vgl. National Treatment Purchase Fund (2012), S. 7, 17.

Werden die Patienten zusammengerechnet, die in allen drei oben genannten Bereichen im Jahr 2011 auf eine medizinische Behandlung warteten, standen insgesamt 8,1 Millionen über 15-jährige Kanadier auf Wartelisten. Das sind insgesamt rund 600.000 mehr als noch im Jahr 2009. Davon entfallen ca. eine halbe Million auf die Wartelisten für diagnostische Testverfahren. Im aktuellen Berichtsjahr 2011 warteten 1.281.743 Patienten über 3 Monate auf einen Facharzttermin, eine diagnostische Untersuchung oder eine geplante Operation. Auch wenn wahrscheinlich einige Personen auf verschiedenen Wartelisten stehen, sind dies fast 4 % der kanadischen Bevölkerung.

Tabelle 3:
Anzahl der Personen auf Wartelisten in Kanada in den Jahren 2009 und 2011

Wartezeit auf einen Termin beim Facharzt bei einer neu aufgetretenen Erkrankung	Anzahl der Personen auf Wartelisten	
	2009	2010
weniger als 1 Monat	1.384.749	1.420.723
1 bis 3 Monate	1.257.192	1.252.277
länger als 3 Monate	465.994	522.623
gesamt	3.107.935	3.195.623
Wartezeit auf ein diagnostisches Testverfahren		
weniger als 1 Monat	1.567.479	1.719.270
1 bis 3 Monate	865.353	1.052.767
länger als 3 Monate	261.546	369.323
gesamt	2.694.378	3.141.360
Wartezeit auf geplante Operationen		
weniger als 1 Monat	702.886	671.508
1 bis 3 Monate	733.732	730.201
länger als 3 Monate	289.555	389.797
gesamt	1.726.173	1.791.506

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Statistics Canada (2012a); Statistics Canada (2012b); Statistics Canada (2012c).

Über die Homepages der kanadischen Provinzen können sich Patienten über die aktuellen Wartezeiten nach Behandlungsart und Krankenhaus informieren. Zur Veranschaulichung zeigt die folgende Abbildung einen Screenshot der entsprechenden Homepage der Provinz Ontario. Auf den Einsatz einer neuen Hüfte müssen Patienten beispielsweise in Toronto je nach Einrichtung rund drei bis zehn Monate warten. Die durchschnittliche Wartezeit wird mit 196 Tagen angegeben, womit das politische Ziel, eine

Hüftoperation innerhalb von 182 Tagen zu gewährleisten, verfehlt wird. Diese langen Wartezeiten sind insofern beachtlich, da Toronto die Hauptstadt der Provinz Ontario und zudem die größte Stadt Kanadas ist. In strukturschwächeren Provinzen sind die Wartezeiten deutlich länger. So warten Patienten in Halifax (Nova Scotia) bis zu 1,5 Jahre auf den Einsatz einer neuen Hüfte.

Abbildung 3:
Screenshot der Homepage der Provinz Ontario
(Wartezeiten auf eine Hüftoperation in Toronto)

Orthopaedic Surgery (Bone/Spine)

Hip Replacement Surgery | Target: 182 days
[Jul-Aug-Sep12]

View shortest wait times in the province for this service		
Hospital Name	Location	Wait time (days)
Provincial Wait Time (9 out of 10 patients complete their procedures in this time)		196
Scarborough Hospital ** Special note	Toronto	96
North York General Hospital ** Special note	Toronto	110
Sunnybrook Health Sciences Centre ** Special note	Toronto	127
Mount Sinai Hospital	Toronto	128
Humber River Regional Hospital ** Special note	Toronto	129
Rouge Valley Health System ** Special note	Toronto	149
Toronto East General Hospital	Toronto	155
University Health Network ** Special note	Toronto	160
St. Michael's Hospital	Toronto	243
St. Joseph's Health Centre - Toronto	Toronto	313

Quelle: Homepage der Provinz Ontario (Abfrage vom 26.11.2012).



Australien

In Australien wird vor allem der Zugang zur stationären Behandlung in öffentlichen Krankenhäusern durch Wartelisten gesteuert.⁶⁰ Die durchschnittliche Wartezeit bei geplanten Eingriffen hat sich seit Ende der 1990er-Jahre immer weiter erhöht und lag im Jahr 2009 bei 34 Tagen.⁶¹ Das Department of Health and Ageing der australischen Regierung definiert geplante Eingriffe als Operationen, die mindestens 24 Stunden verschoben werden können.⁶² Im Jahr 2011/12 standen 661.707 Patienten für eine geplante Operation auf der Warteliste eines öffentlichen Krankenhauses. Diese Zahl hat sich in den letzten vier Jahren um fast 91.000 Patienten erhöht. 2,7 % der Patienten warteten im Berichtsjahr 2011/12 länger als ein ganzes Jahr.

60 Vgl. Healy/Sharman/Lokuge (2006), S. 38.

61 Vgl. Department of Health and Ageing (2010), S. 22.

62 Vgl. Department of Health and Ageing (2010), S. 121.

Am längsten war die Wartezeit bei orthopädischen Eingriffen, wie z. B. Einsatz einer Kniegelenk-Endoprothese. Hier warteten fast 12 % der Patienten (13.766 Personen) länger als ein Jahr.⁶³ Des Weiteren ist angegeben, dass 6.675 Patienten in 2011/12 von der Warteliste gestrichen wurden mit der Begründung „nicht erreichbar/verstorben“.

Schweden



Nach offiziellen Angaben des Schwedischen Verbands der Kommunen und Provinzlandtage (Sveriges Kommuner och Landsting – SKL) warteten im Oktober 2012 226.808 Patienten auf eine fachärztliche Behandlung. Trotz Einführung einer gesetzlichen Vorschrift, die Patienten eine Behandlung innerhalb von 90 Tagen garantiert, warteten 22.192 Patienten (11 % der Wartenden) länger als 90 Tage.⁶⁴

Eine ältere Patientenbefragung aus dem Jahr 2005 gibt Aufschluss darüber, was sich hinter diesen Zahlen verbirgt. So wird deutlich, dass Patienten, die eine neue Hüfte benötigen, vom Tag der ärztlichen Überweisung drei bis neun Monate auf eine erste Untersuchung im Krankenhaus warten mussten. Von dieser Erstuntersuchung vergingen dann noch einmal vier bis zwölf Monate, bis die Operation durchgeführt wurde. Auch bei anderen Eingriffen wie Rückenoperationen und arthroskopischen Eingriffen am Knie waren die Wartezeiten ebenfalls sehr lang.⁶⁵ Lange Wartezeiten auf so schwere Eingriffe stellen für den Patienten eine große Belastung dar. So zeigt auch eine aktuelle Bevölkerungsumfrage des SKL, dass nur 40 % der Schweden die Wartezeiten auf eine stationäre Behandlung für angemessen halten, 32 % halten sie dagegen für nicht angemessen.⁶⁶

Norwegen



Das norwegische Gesundheitsministerium veröffentlicht jeden Monat die aktuellen Wartezeiten auf Basis der Erhebungen des Norwegischen Patientenregisters. Demnach warteten Patienten im Jahr 2011 durchschnittlich 76 Tage auf eine fachärztliche Behandlung.⁶⁷ Im norwegischen Gesundheitssystem ist vorgesehen, dass jede Überweisung zur fachärztlichen Behandlung vom zuständigen Gesundheitszentrum evaluiert und der Patient in eine der folgenden drei Kategorien eingeteilt wird:⁶⁸

63 Vgl. Australian Institute of Health and Welfare (2012), S. 7ff.

64 Vgl. Sveriges Kommuner och Landsting – SKL (2012a).

65 Vgl. Löfvendahl et al. (2005).

66 Vgl. Sveriges Kommuner och Landsting – SKL (2012b).

67 Vgl. Helsedirektoratet (2012).

68 Vgl. Helsedirektoratet (2011), S. 3.

- Fachärztliche Behandlung hat Priorität, d. h. Patienten haben das Recht, innerhalb einer bestimmten Zeit behandelt zu werden. Diese Patienten haben den Status „Rechte-Patient“ (rettighetspasiente). Wird die Frist nicht eingehalten, kann sich der Patient bei der zuständigen Behörde (Patient Referral Unit of the Norwegian Health Economics Administration – HELFO) beschweren und hat das Recht, in einem anderen Facharztzentrum in Norwegen oder im Ausland behandelt zu werden. Wird das entsprechende Angebot der HELFO vom Patienten nicht akzeptiert, so verbleibt er auf der Warteliste.
- Fachärztliche Behandlung hat keine Priorität, d. h. der Patient hat keinen Anspruch, innerhalb einer bestimmten Zeit behandelt zu werden.
- Eine fachärztliche Behandlung wird für nicht erforderlich erklärt.

Damit werden Patienten der ersten Kategorie bevorzugt behandelt, die Patienten der zweiten Kategorie müssen dagegen mit längeren Wartezeiten rechnen und die Patienten der dritten Kategorie erhalten trotz Hausarztüberweisung keinen Zugang zum Facharzt. Eine aktuelle Studie zeigt, wie sich dieses Vorgehen auf die Wartezeiten in Abhängigkeit der Diagnose auswirkt. Im Durchschnitt warten Patienten vom Tag der Überweisung bis zur tatsächlichen Aufnahme ins Krankenhaus 278,8 Tage. Die kürzesten Wartezeiten gab es bei Behandlungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (rund 130 Tage), während Patienten mit Behandlungsbedarf aufgrund angeborener Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien bis zu 587 Tage warten mussten. Bei endokrinen Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten lag die Wartezeit bei 489 Tagen.⁶⁹ Dieses System mit den relativ langen Wartezeiten für Behandlungen in Ambulanzen und stationären Einrichtungen wird in Norwegen als großes Qualitätsdefizit wahrgenommen.⁷⁰



Dänemark

Das dänische Amt für Gesundheit (Sundhedsstyrelsen) veröffentlicht die aktuellen Wartezeiten für fast alle ambulanten und stationären Krankenhausbehandlungen im Internet.⁷¹ Es gibt keine Durchschnittswerte für Dänemark insgesamt, sondern jedes Krankenhaus übermittelt seine jeweiligen Wartezeiten in Wochen. Die Wartezeiten für verschiedene Eingriffe sind je nach Krankenhaus unterschiedlich lang. Beispielsweise variieren Wartezeiten auf den Einsatz einer neuen Hüfte von einer bis zu 19 Wochen oder auf eine Meniskusoperation von einer bis zu 23 Wochen. Auffallend ist hierbei, dass es – im Gegensatz zu den öffentlich finanzierten Krankenhäusern – in

69 Vgl. Ringard/Hagen (2011).

70 Vgl. Kjerstad/Kristiansen (2005), S. 5.

71 Vgl. Sundhedsstyrelsen (2012).

den dänischen Privatkliniken fast nie Wartezeiten gibt. In Dänemark sind Wartezeiten bereits seit Mitte der 1990er-Jahre ein politisches Thema und werden auch heute noch von der Bevölkerung als Problem angesehen.⁷²

Die folgende Abbildung zeigt einen Screenshot der landesweiten Abfrage der Wartezeit für den Einsatz einer künstlichen Hüfte in öffentlichen dänischen Krankenhäusern. Die erste Spalte gibt an, wie viele Wochen bis zur ersten Untersuchung vergehen und die zweite Spalte, wie viele Wochen bis zur Aufnahme ins Krankenhaus.

Abbildung 4:
Screenshot der Homepage des Dänischen Amtes für Gesundheit
(Wartezeiten auf eine Hüftoperation in öffentlichen Krankenhäusern)

Kunstig hofte		
Behandlingssted	Første undersøgelse	Behandling ved indlæggelse
Alb O-kir ambulant, Alb Ortopædkirurgisk område, Hoved- Orto- Hjertecenter, Aalborg Sygehus, Region Opdateret 02.11.2012	12 uger	12 uger
Bispebjerg Hospital, Region Hovedstaden Opdateret 02.11.2012	3 uger	3 uger
Far O-kir ambulatorium, Alb Ortopædkirurgisk område, Hoved- Orto- Hjertecenter, Aalborg Sygehus, Reg Opdateret 02.11.2012	5 uger	5 uger
Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden Opdateret 23.11.2012	1 uger	1 uger
Frh O-kir ambulatorium, Alb Ortopædkirurgisk område, Hoved- Orto- Hjertecenter, Aalborg Sygehus, Reg Opdateret 02.11.2012	6 uger	2 uger
Gentofte Hospital, Region Hovedstaden Opdateret 13.11.2012	1 uger	2 uger
HI Ortopædkirurgisk Overafd., Hillerød Hospital, Hospitalerne i Nordsjælland, Region Hovedstaden HI Ortopædkirurgisk Overafd., Hillerød Hospital, Hospitalerne i Nordsjælland, Region	2 uger	8 uger

Quelle: Homepage des Dänischen Amtes für Gesundheit (Abfrage vom 26.11.2012).

72 Vgl. Olejaz et al. (2012), S. 26, 73.



Spanien

Im spanischen nationalen Gesundheitssystem (Sistema Nacional de Salud – SNS) sind Wartelisten üblich. Auf eine Warteliste wird eine Person erst aufgenommen, nachdem sie das strikte Gatekeeping durch den Hausarzt durchlaufen hat. In Spanien können sich Patienten nicht online über aktuelle Wartezeiten informieren, sondern es existiert eine landesweite Statistik zu durchschnittlichen Wartezeiten für ausgewählte Behandlungen und der Anzahl der wartenden Patienten, die jedes Jahr für den Monat Juni des Vorjahres vom spanischen Ministerium für Gesundheit, Sozialpolitik und Gleichstellung veröffentlicht wird. In den Wartelisten wird unterschieden nach operativen Eingriffen und Terminen beim Facharzt. Der folgende Screenshot zeigt einen Auszug dieser Statistik für den Bereich der operativen Eingriffe.

Abbildung 5:
Screenshot des Jahresberichtes 2011 zu Wartezeiten des spanischen Ministeriums für Gesundheit, Sozialpolitik und Gleichstellung

SITUACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN EL SNS

DATOS A 30 DE JUNIO DE 2011

Distribución por Especialidades

ESPECIALIDADES	Total pacientes en espera estructural (*)	Diferencia con Junio 2010	Num. Pacientes por 1000 hab.	Porcentaje más de 6 meses	Tiempo medio de espera (días) (**)	Diferencia con Junio 2010
Cirugía General y de Digestivo	75.914	6.974	1,94	4,67	62	4
Ginecología	21.057	-20	0,54	2,27	53	2
Oftalmología	83.491	6.831	2,73	6,53	56	2
ORL	31.160	1.378	0,79	3,71	62	1
Traumatología	115.328	13.339	2,94	7,52	71	3
Urología	29.360	3.447	0,75	2,94	56	3
Cirugía Cardíaca	4.141	1.587	0,11	5,72	73	11
Angiología /Cir. Vasкуляр	10.033	-316	0,26	4,24	65	1
Cirugía Maxilofacial	7.345	1.472	0,19	5,36	72	7
Cirugía Pediátrica	10.411	-308	0,27	7,17	82	10
Cirugía Plástica	13.000	983	0,33	9,04	96	12
Cirugía Tórácica	1.568	433	0,04	8,80	72	23
Neurocirugía	6.733	284	0,17	7,28	82	6
Dermatología	7.866	562	0,20	0,24	40	-2
TOTAL	417.407	35.654	10,64	5,70	64	3

Fuente: Sistema de Información de Lista de Espera del SNS

(*) Los datos de un Servicio de Salud han sido estimados a partir de los procesos seleccionados/ no se incluyen datos de otra Comunidad Autónoma

(**) Falta datos de dos Servicios de Salud

Quelle: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012).

Im Juni 2011 standen in Spanien 417.407 Personen auf Wartelisten für Operationen, wobei die durchschnittliche Wartezeit 64 Tage betrug.⁷³ Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Anzahl der wartenden Patienten um über 35.000 Personen erhöht und die durchschnittliche Wartezeit ist im Juni 2011 um 3 Tage länger als noch 2010.⁷⁴ Die Wartezeiten unterscheiden sich jedoch deutlich nach Art der Behandlung. Auf eine Hüftprothese warteten Patienten beispielsweise im Durchschnitt 93 Tage.⁷⁵

Zudem warteten im Juni 2011 rund 4 % der spanischen Bevölkerung auf einen Termin zur ambulanten Behandlung beim Facharzt. Nach einer Überweisung durch den Hausarzt betrug die durchschnittliche offizielle Wartezeit auf einen Termin beim Facharzt 52 Tage, wobei 36 % aller Patienten länger als 60 Tage warten mussten.⁷⁶

Mit den Wartezeiten und der zu geringen Kapazität des spanischen SNS geht auch eine Überfüllung der Versorgungszentren und Krankenhäuser einher. Eine Aussage der Deutschen Botschaft in Madrid verdeutlicht dies anschaulich: „Nicht selten stehen Doppelreihen mit belegten Betten in den Fluren und die Patienten müssen schon einmal tagelang auf ihren Eingriff oder ein freies Zimmer warten.“⁷⁷

Italien

Der Zugang zum italienischen nationalen Gesundheitsdienst (Servizio Sanitario Nazionale – SSN) ist stark durch Wartezeiten eingeschränkt.⁷⁸ Vor allem die Wartezeiten auf fachärztliche Behandlung und Diagnostik führt in der Bevölkerung häufig zu Besorgnis.⁷⁹ Diese Problematik wurde bereits im Jahr 2000 vom italienischen Gesundheitsministerium in einem offiziellen Bericht zur Situation der Warteschlangen im SSN dargestellt.⁸⁰ Als Folge wurden in Italien Regelungen getroffen, die die Wartezeitenproblematik verbessern sollen. So existieren landesweite Vorgaben zu maximalen Wartezeiten für unterschiedliche Behandlungen. Im ambulanten Bereich sind beispielsweise maximal 60 Tage Wartezeiten auf die 5 wichtigsten bildgebenden Diagnoseverfahren und 30 Tage auf Augen- oder kardiologische Untersuchungen vorgesehen. Im stationären Bereich beträgt die maximale Wartezeit auf Katarakt-Operationen und eine künstliche Hüfte 180 Tage so-

73 Vgl. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012).

74 Vgl. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011).

75 Vgl. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012).

76 Vgl. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012).

77 Deutsche Botschaft Madrid (2011), S. 2.

78 Vgl. Lo Scalzo et al. (2009), S. 176.

79 Vgl. Lo Scalzo et al. (2009), S. 186.

80 Vgl. Ministero della Salute (2000).



wie 120 Tage auf eine perkutane transluminale Angioplastie (Erweiterung der Wiederöffnung der Gefäße am Herzen).

Diese Vorgaben werden aber in dem auf regionaler und lokaler Ebene organisierten SSN nur bedingt umgesetzt. So schafft es lediglich die Hälfte der Regionen, wenigstens 50 % der Patienten Zugang zum Facharzt innerhalb der vorgesehenen 30 Tage zu ermöglichen.⁸¹ Weitere aktuelle Angaben zu Wartezeiten sind nur über die einzelnen regionalen Verwaltungen verfügbar.⁸²



Niederlande

Die niederländische Gesundheitsbehörde (Nederlandse Zorgautoriteit – NZa) verpflichtet die Krankenhäuser seit dem 01.09.2008, die jeweiligen Wartezeiten auf ihren Homepages bereitzustellen.⁸³ Auf Basis dieser Daten erfolgt ein Monitoring der Wartezeiten durch die NZa. Im Rahmen eines Jahresberichtes („Marktscan“) werden – neben anderen Indikatoren des Gesundheitswesens – auch die durchschnittlichen landesweiten Wartezeiten in folgenden Bereichen dargestellt:

- fachärztliche (ambulante) Behandlung in einer Poliklinik („wachtijd polikliniek“)
- geplante stationäre Eingriffe im Krankenhaus („wachtijd behandeling“)
- diagnostische Verfahren („wachtijd diagnostiek“).⁸⁴

Im ambulanten fachärztlichen und diagnostischen Bereich gilt die Zeit von der Terminanfrage des Patienten bis zur Behandlung bzw. Diagnostik als Wartezeit. Im Bereich der stationären Eingriffe ist Wartezeit definiert als der Zeitraum zwischen der Überweisung des behandelnden Arztes bis zum Tag der Aufnahme ins Krankenhaus. Da ein Patient in den Niederlanden erst nach Überweisung des Hausarztes eine fachärztliche Behandlung in Anspruch nehmen kann (siehe Abschnitt 4.2), umfasst die gesamte Wartezeit vom Auftreten der gesundheitlichen Beschwerden bis zur Behandlung eine deutlich längere Zeitspanne.

Im Bereich der fachärztlichen Behandlung wird die Wartezeit für 25 Fachgebiete dargestellt. Im Jahr 2012 mussten Patienten im Durchschnitt am kürzesten in der Radiologie, Chirurgie und Onkologie warten (1 bis 2 Wochen)

⁸¹ Vgl. Lo Scalzo et al. (2009), S. 187.

⁸² Beispielsweise ist auf der Homepage der Region Lombardei für bestimmte Behandlungen und Operationen einsehbar, wie viel Prozent der Patienten innerhalb der vorgesehenen Zeit versorgt wurden (vgl. Regione Lombardia (2012)).

⁸³ Vgl. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu – Nationale Atlas Volksgezondheid (2012).

⁸⁴ Vgl. Nederlandse Zorgautoriteit – NZa (2012), S. 65ff. In dieser Quelle finden sich jedoch keine genauen Zahlen, sondern lediglich Abbildungen, aus denen die Wartezeit annähernd abgelesen werden kann.

und am längsten in den Bereichen Schmerztherapie/Anästhesie, Rheumatologie, Gastroenterologie/Hepatology sowie Allergologie (5 bis 7 Wochen). Auf einen CT-Scan, eine Magenspiegelung oder eine MRT-Untersuchung (diagnostische Verfahren) musste im Jahr 2012 durchschnittlich eine bis drei Wochen gewartet werden.

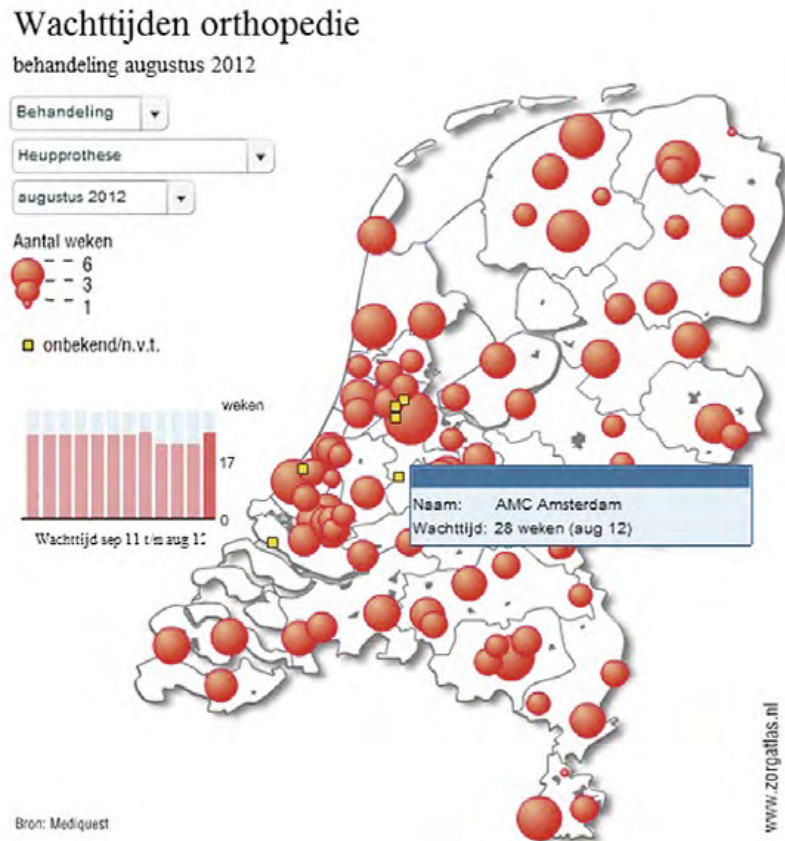
Im Bereich der planbaren Operationen werden 38 Arten von Eingriffen ausgewiesen, auf die ebenfalls unterschiedlich lange gewartet werden muss. Die kürzesten durchschnittlichen Wartezeiten des Jahres 2012 finden sich für die Behandlung von Brustkrebs, Karpaltunnelsyndrom und Diabetes (2 Wochen), die längsten Wartezeiten sind festzustellen für die plastische Chirurgie (8 bis 10 Wochen) sowie den Einsatz einer Knie- oder Hüftprothese (6 Wochen).

Durchschnittswerte bieten zwar eine erste Orientierung, können aber schnell täuschen, wenn große Abweichungen vorliegen. Um ein detaillierteres Bild der Wartezeit-Situation in den Niederlanden zu erhalten, eignet sich ein Blick auf die Wartezeiten pro Krankenhaus. Diese werden im Online-Portal „Nationaler Atlas Volksgesundheit“ des niederländischen staatlichen Instituts für Volksgesundheit und Umwelt auf Monatsbasis veröffentlicht.⁸⁵ Auch hier sind die Wartezeiten im ambulanten, stationären und diagnostischen Bereich verfügbar. Eine nähere Analyse des Online-Portals zeigt, dass die Wartezeiten für die verschiedenen Eingriffe je nach Krankenhaus sehr unterschiedlich sind. Folgend werden einige Beispiele aus dem stationären Bereich genannt. Im Monat August 2012 variierte z. B. die Wartezeit auf eine Gallenblasenentfernung zwischen den einzelnen Kliniken von einer bis zu 16 Wochen und auf die Operation eines Leistenbruchs von einer bis zu 36 Wochen. Die landesweite durchschnittliche Wartezeit lag im Jahr 2012 für beide Eingriffe bei knapp 5 Wochen. Des Weiteren ist zu erkennen, dass Patienten in den Ballungsgebieten Amsterdam und Den Haag/Rotterdam am längsten auf ihre Versorgung warten müssen. Beispielsweise warteten Patienten im August 2012 in einer Amsterdamer Klinik 28 Wochen auf den Einsatz einer Hüftprothese und in Den Haag 14 Wochen. Es zeigt sich, dass Patienten in den dichtbesiedelten Großstädten wesentlich länger auf eine neue Hüfte warten müssen, als es die landesweite durchschnittliche Wartezeit von 6 Wochen vermuten lässt.

Zur Veranschaulichung zeigt die folgende Abbildung einen Screenshot der landesweiten Abfrage der Wartezeit für den Einsatz einer künstlichen Hüfte in niederländischen Krankenhäusern. Jeder rote Kreis steht für eine einzelne Einrichtung. Je größer dieser Kreis, desto länger ist die jeweilige Wartezeit.

⁸⁵ Vgl. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu – Nationale Atlas Volksgezondheid (2012).

Abbildung 6:
Screenshot der Homepage des niederländischen staatlichen Instituts für Volksgesundheit und Umwelt (Wartezeit auf eine Hüftprothese)



Quelle: Niederländisches Institut für Volksgesundheit und Umwelt (Abfrage vom 26.11.2012).

4.1.2 Länder ohne offizielle Statistiken zu Wartezeiten

Vor allem in OECD-Ländern mit beitragsfinanzierten Krankenversicherungssystemen gibt es keine offiziellen Statistiken zu Wartezeiten. Im Folgenden wird am Beispiel von Frankreich und Österreich untersucht, ob Patienten dennoch auf ihre medizinische Versorgung warten müssen. In Frankreich und Österreich wird die Absicherung im Krankheitsfall über ein einheitli-

ches öffentliches System organisiert und mit Sozialversicherungsbeiträgen finanziert.

Frankreich



Das Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) hat im Jahr 2008 festgestellt, dass für Frankreich kaum Informationen zu Wartezeiten im Gesundheitssystem vorhanden sind. Es existierten beispielsweise keinerlei Daten zu Wartezeiten auf geplante Eingriffe in Krankenhäusern. Um dieses Informationsdefizit zu rechtfertigen, würde laut IRDES oftmals angenommen, dass es diesbezüglich in Frankreich keine Probleme gäbe.⁸⁶

Eine Auswertung der wenigen Umfragen in Frankreich zu diesem Thema weckt aber den Eindruck, dass auch in Frankreich – zumindest bei bestimmten Indikationen – Wartezeiten durchaus vorkommen. So erlaubt eine Umfrage aus dem Jahr 2004 eine Abschätzung von Wartezeiten (l'Enquête sur la santé et la protection sociale – ESPS). Im Durchschnitt betrug die Wartezeit auf einen Termin beim Facharzt 33 Tage, wobei auf die Behandlung beim Augenarzt bis zu 66 Tage und beim Diabetologen bis zu 50 Tage gewartet werden musste.⁸⁷ Auch eine aktuelle repräsentative Bevölkerungsumfrage im Auftrag des Berufsverbands der französischen Augenärzte deutet auf Wartezeiten hin: 83 % der Franzosen sind der Meinung, dass die Wartezeit auf einen Termin beim Augenarzt zu lang ist. Von dieser Gruppe vertreten 51 % die Auffassung, dass die Wartezeit unzumutbar lang ist.⁸⁸ Zudem bestehen teilweise lange Wartezeiten im Bereich der Diagnostik, wie eine Befragung der privaten Vereinigung Imagerie Santé Avenir⁸⁹ zeigt: Patienten müssen in Frankreich im Durchschnitt 32 Tage auf eine Magnetresonanztomografie (MRT) warten, in einigen Regionen sogar über zwei Monate. Diese Wartezeiten beziehen sich auf dringliche Fälle, wie z. B. ein MRT bei einem Krebspatienten, der auf Metastasen untersucht werden muss.⁹⁰

Österreich



In Österreich ist das Führen von bundes- bzw. bundeslandeseinheitlichen Wartelisten keine gängige Praxis, sondern jedes Krankenhaus reiht seine Patienten nach selbst definierten Kriterien.⁹¹ Nach Aussage des österreichi-

⁸⁶ Vgl. Or/Com-Ruelle (2008), S. 11.

⁸⁷ Vgl. Or/Com-Ruelle (2008), S. 11.

⁸⁸ Vgl. Institut français d'opinion publique – IFOP (2011).

⁸⁹ Zusammenschluss der maßgeblichen Hersteller bildgebender Verfahren in der Medizin.

⁹⁰ Vgl. Cabut (2011).

⁹¹ Vgl. Czypionka et al. (2007), S. 3.

schen Gesundheitsministeriums gibt es bundesweit keine nennenswerten Wartezeiten bei geplanten Eingriffen.⁹²

Ebenso wie in Frankreich ist das Fehlen von offiziellen Wartezeiten kein Beleg dafür, dass es diese nicht gibt. Eine Studie des Instituts für höhere Studien (IHS) hat gezeigt, dass Wartezeiten sowohl bei Hüft- und Kniegelenksoperationen sowie auch bei Kataraktoperationen existieren. Beispielsweise gibt die Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG durchschnittliche Wartezeiten für Hüft- und Kniegelenks-OP von 10,3 bzw. 21,3 Wochen und für Katarakt-OPs von 12 Wochen an. Insgesamt warten Patienten in öffentlich-gemeinnützigen Spitälern zwischen drei und sechs Monate auf die o.g. Eingriffe. In einzelnen Abteilungen privat-gemeinnütziger Spitäler muss auf derartige Operationen bis zu einem Jahr und mehr gewartet werden.⁹³

Obwohl in Frankreich und Österreich keine offiziellen Statistiken zu Wartezeiten publiziert werden, verdeutlichen die o.g. Ausführungen, dass das Problem langer Wartezeiten auf medizinische Behandlungen und Diagnoseverfahren durchaus besteht. In beiden Ländern erfolgt im Gesundheitssystem eine implizite Rationierung durch Wartelisten.

4.1.3 Internationale Vergleichbarkeit von Wartezeiten

Auch wenn Wartezeiten in bestimmten Ländern offiziell erfasst werden, sind sie nur schwer miteinander vergleichbar.⁹⁴ Faktisch gleiche Wartezeiten in unterschiedlichen Ländern können sich aus folgenden Gründen in ihrer Darstellung in den Statistiken unterscheiden:

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

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 Um-

⁹² Vgl. Czipionka et al. (2007), S. 6.

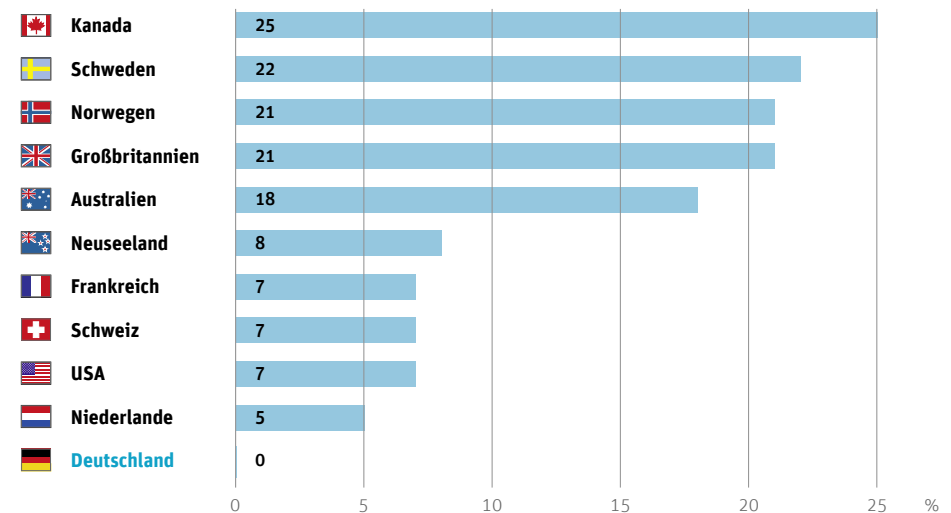
⁹³ Vgl. Czipionka et al. (2007), S. 3.

⁹⁴ Zur unterschiedlichen Messung von Wartezeiten in den OECD-Ländern siehe auch Siciliani/Borowitz/Moran (2013), S.33ff.

frage des Commonwealth Fund aus dem Jahr 2010 herangezogen.⁹⁵ Im Rahmen einer Telefonumfrage wurden über 19.000 Personen ab 18 Jahren 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).⁹⁶ Der verwendete einheitliche Fragenkatalog bietet die Möglichkeit einer Erhebung von Wartezeiten in den unterschiedlichen Ländern nach grundsätzlich gleichen Kriterien. Problematisch ist trotzdem eine gewisse Subjektivität, da sich die Ergebnisse auf die von den Teilnehmern selbsteingeschätzte Wartezeit beziehen.⁹⁷

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 7:
Anteil der Befragten, die 4 Monate oder länger auf einen geplanten Eingriff warten mussten



Quelle: Eigene Darstellung nach Commonwealth Fund (2010).

⁹⁵ Vgl. Commonwealth Fund (2010).

⁹⁶ Die Ergebnisse dieser Studie hat auch die OECD ihrer aktuellen Publikation zum Thema Wartezeiten zugrunde gelegt (vgl. OECD (2011)).

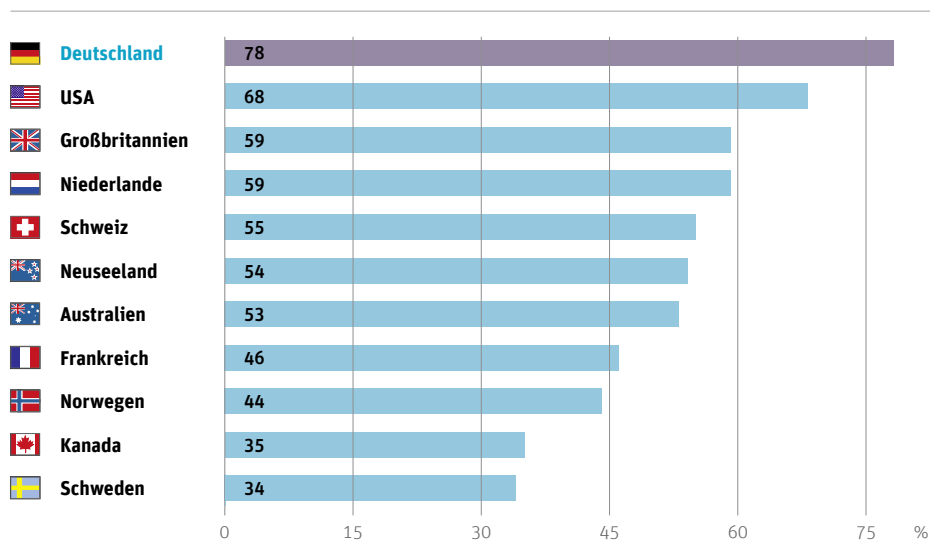
⁹⁷ Vgl. OECD (2011), S. 144.

Abbildung 7 zeigt, wie viel Prozent der Bürger nach ihren Angaben vier Monate oder länger auf einen geplanten Eingriff warten mussten.⁹⁸

Die Wartezeiten auf einen geplanten Eingriff sind in Kanada am längsten. Hier wartet ein Viertel der befragten Patienten nach eigenen Angaben länger als vier Monate auf einen Termin. In Schweden, Norwegen und Großbritannien waren es über 20 %. 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 % im Jahr 2010 auf dem Spitzenplatz. In Kanada und Schweden betrug dieser Anteil nur rund ein Drittel der Befragten (↗ Abbildung 8).

Abbildung 8:
Anteil der Befragten, die weniger als einen Monat auf einen geplanten Eingriff warten mussten

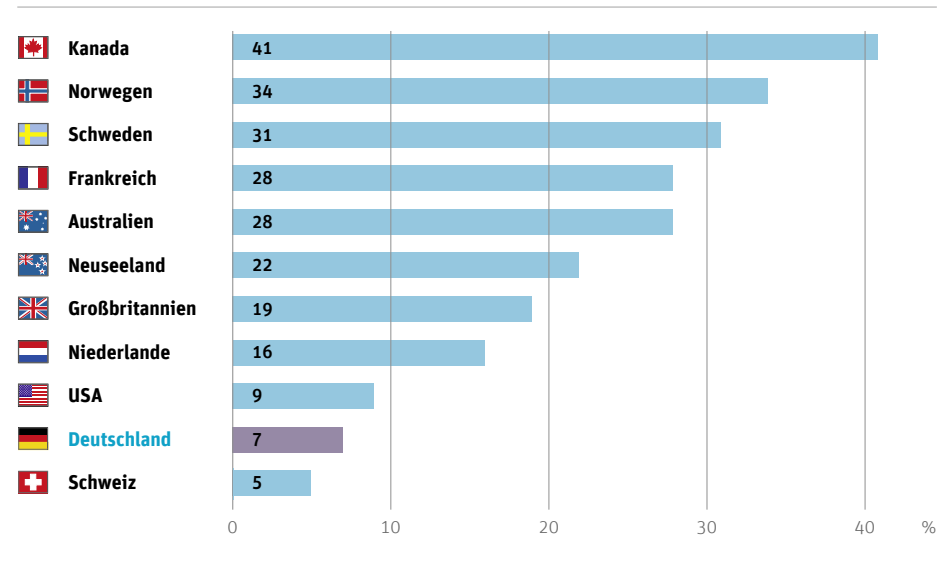


Quelle: Eigene Darstellung nach Commonwealth Fund (2010).

⁹⁸ Alle Patienten, die in den letzten zwei Jahren einen geplanten Eingriff benötigten, wurden gefragt: „After you were advised you needed surgery, how many days, weeks or months did you have to wait for the non-emergency or elective surgery?“ (Fragebogen des 2010 Commonwealth Fund International Health Policy Survey vom 05.03.2010. Online unter: <http://www.commonwealthfund.org/Surveys/2010/Nov/2010-International-Survey.aspx> [29.11.2011]).

Ähnlich stellt sich das Bild dar, wenn nach Wartezeiten auf einen Termin beim Facharzt gefragt wird.⁹⁹ Abbildung 9 zeigt, wie viel Prozent der Befragten in den einzelnen Ländern zwei Monate oder länger auf einen Termin beim Facharzt warten mussten.

Abbildung 9:
Anteil der Befragten, die 2 Monate oder länger auf einen Termin beim Facharzt warten mussten



Quelle: Eigene Darstellung nach Commonwealth Fund (2010).

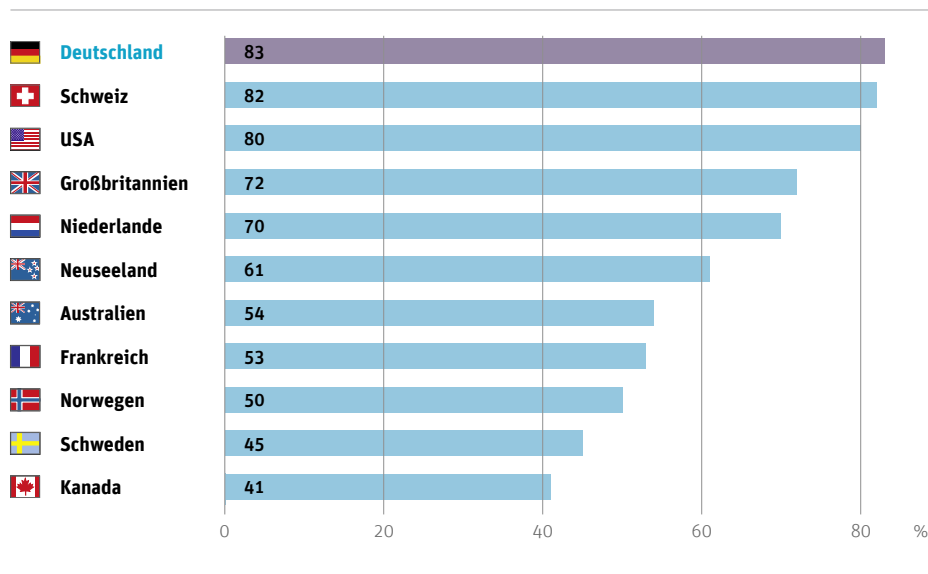
Während in Deutschland nur 7 % der Patienten länger als zwei Monate auf einen Facharzttermin warten mussten, sind es in Schweden und Norwegen rund ein Drittel und in Kanada über 40 %.

Abbildung 10 zeigt, wie viel Prozent der Befragten weniger als einen Monat auf einen Termin beim Facharzt warten mussten.

In Deutschland erhielten 83 % aller Patienten innerhalb eines Monats einen Facharzttermin, während dies in Australien, Frankreich und Norwegen nur

⁹⁹ Diejenigen Teilnehmer, die in den vergangenen zwei Jahren eine fachärztliche Untersuchung benötigten, wurden gefragt: „After you were advised to see or decided to see a specialist doctor, how many days, weeks or months did you have to wait for an appointment?“ (Fragebogen des 2010 Commonwealth Fund International Health Policy Survey vom 05.03.2010. Online unter: <http://www.commonwealthfund.org/Surveys/2010/Nov/2010-International-Survey.aspx> [29.11.2011]).

Abbildung 10:
Anteil der Befragten, die weniger als einen Monat auf einen Termin beim Facharzt warten mussten



Quelle: Eigene Darstellung nach Commonwealth Fund (2010).

für rund die Hälfte der Befragten zutraf und Kanada mit einem Anteil von 41 % 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.

Die Befragungsergebnisse des Commonwealth Fund decken sich mit den gewonnenen Erkenntnissen aus der eigenen Recherche (Abschnitt 4.1.1 und 4.1.2). Auffallend ist, dass lange Wartezeiten in allen Ländern existieren, deren Gesundheitssystem als Einheitssystem angelegt ist. Vor allem in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen ist es normal, dass Patienten warten müssen.¹⁰⁰ Die längsten Wartezeiten gibt es in Großbritannien, Schweden und Australien – sei es bei einem geplanten operativen Eingriff oder einem Termin beim Facharzt.¹⁰¹ Dass Wartezeiten in Einheitssystemen ein großes Problem sind, wurde in der wissenschaftlichen Literatur bereits nachge-

¹⁰⁰ Vgl. Hurst/Siciliani (2003).

¹⁰¹ Zum Zusammenhang zwischen Wartezeiten und Art der öffentlichen Finanzierung des Gesundheitswesens siehe auch: Osterkamp (2002).

wiesen.¹⁰² Auch in Ländern mit beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen kommt es zu teilweise langen Wartezeiten (z. B. Frankreich). Deutschland, als einziges Land mit einem dualen Krankenversicherungsmarkt, weist laut Commonwealth Fund im internationalen Vergleich die geringsten Wartezeiten auf.

Selbst wenn es in Deutschland leicht abweichende Wartezeiten zwischen gesetzlich und privat krankenversicherten Personen gibt, so sind die Wartezeiten insgesamt relativ gering. „Kürzere Wartezeiten für PKV-Patienten sind im deutschen Kontext somit eher als Komfortindikator und weniger als Indikator für Versorgungsqualität zu interpretieren.“¹⁰³

4.2 Eingeschränkte Wahlfreiheit des Patienten

Die Beschränkung der freien Arztwahl und das sogenannte „Gatekeeping“ durch den Hausarzt sind Maßnahmen der expliziten Rationierung, da der freie Zugang zum Arzt des Vertrauens eingeschränkt wird. Dies trägt dazu bei, dass auch in Ländern, in denen fast alle Bürger über eine Grundabsicherung im Krankheitsfall verfügen, oftmals Unterschiede hinsichtlich des tatsächlichen Zugangs zur medizinischen Versorgung existieren. Wie der Zugang zur haus- und fachärztlichen Versorgung von den europäischen Bürgern wahrgenommen wird, zeigen die Befragungsergebnisse einer Umfrage der Europäischen Kommission aus dem Jahr 2007.

Gemäß den Umfrageergebnissen scheint der Zugang zum Hausarzt für die meisten EU-Bürger kein Problem zu sein (→ Abbildung 11). So geben beispielsweise 94 % der Deutschen an, sie können ihren Hausarzt leicht erreichen. Auffallend ist, dass in den steuerfinanzierten Einheitssystemen im Norden Europas (Schweden, Finnland, Dänemark) und auch in Großbritannien der Zugang zur hausärztlichen Versorgung schlechter bewertet wird.

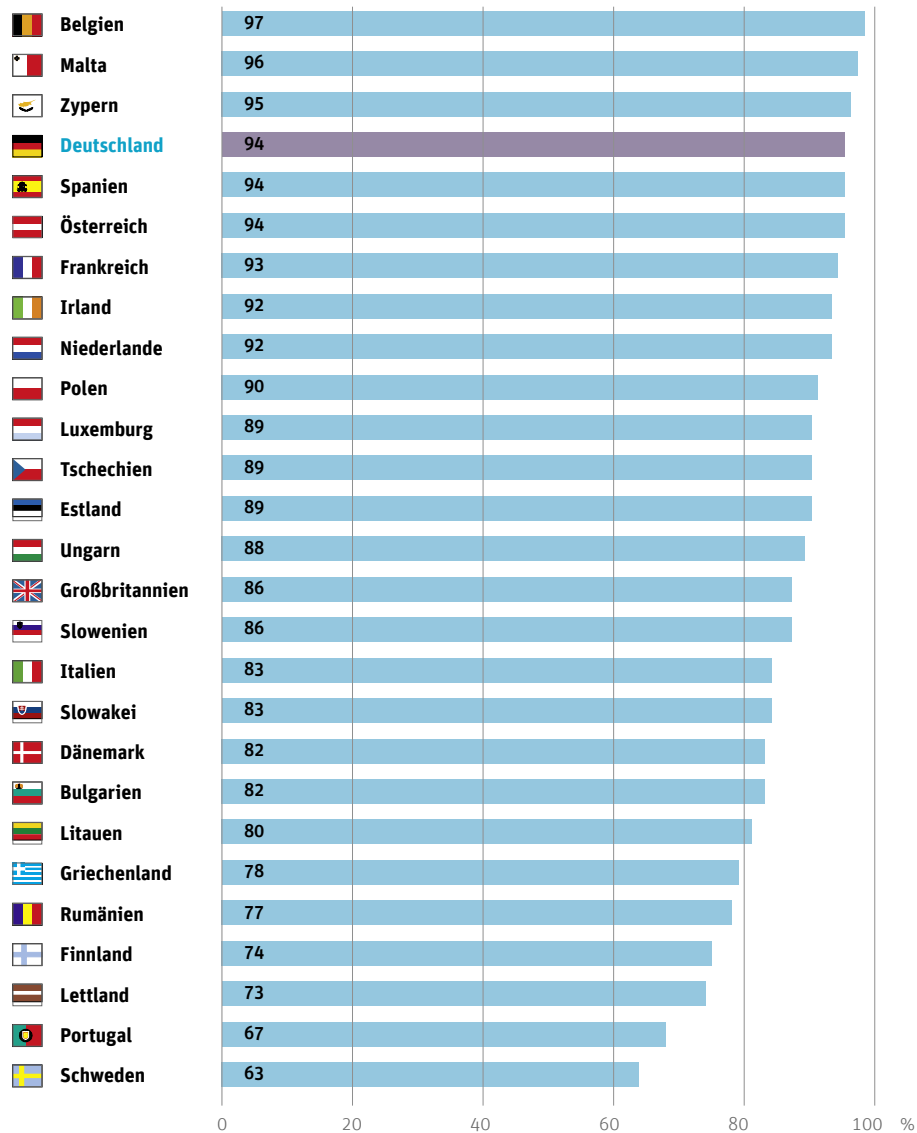
Abbildung 12 zeigt, dass der Zugang zur fachärztlichen Versorgung deutlich schwerer ist. In Schweden sind z. B. nur 38 % der Bürger der Meinung, dass der Zugang zum Facharzt in ihrem Land einfach sei. Der Anteil der Deutschen, die den Zugang zum Facharzt als einfach bewerten, liegt dagegen mit 71 % im vorderen Bereich des Rankings.

Die Gründe für die stark abweichenden Befragungsergebnisse im Ländervergleich werden im Eurobarometer nicht erhoben. Es kann jedoch vermutet werden, dass die unterschiedlich starke Rationierung im Sinne von eingeschränkter Patientenwahlfreiheit dazu führt, dass der Zugang zum Haus- oder Facharzt in einigen Ländern nicht als leicht bewertet wird.

¹⁰² Vgl. zum Beispiel Hurst/Siciliani (2003); Siciliani/Hurst (2004); Schoen et al. (2010).

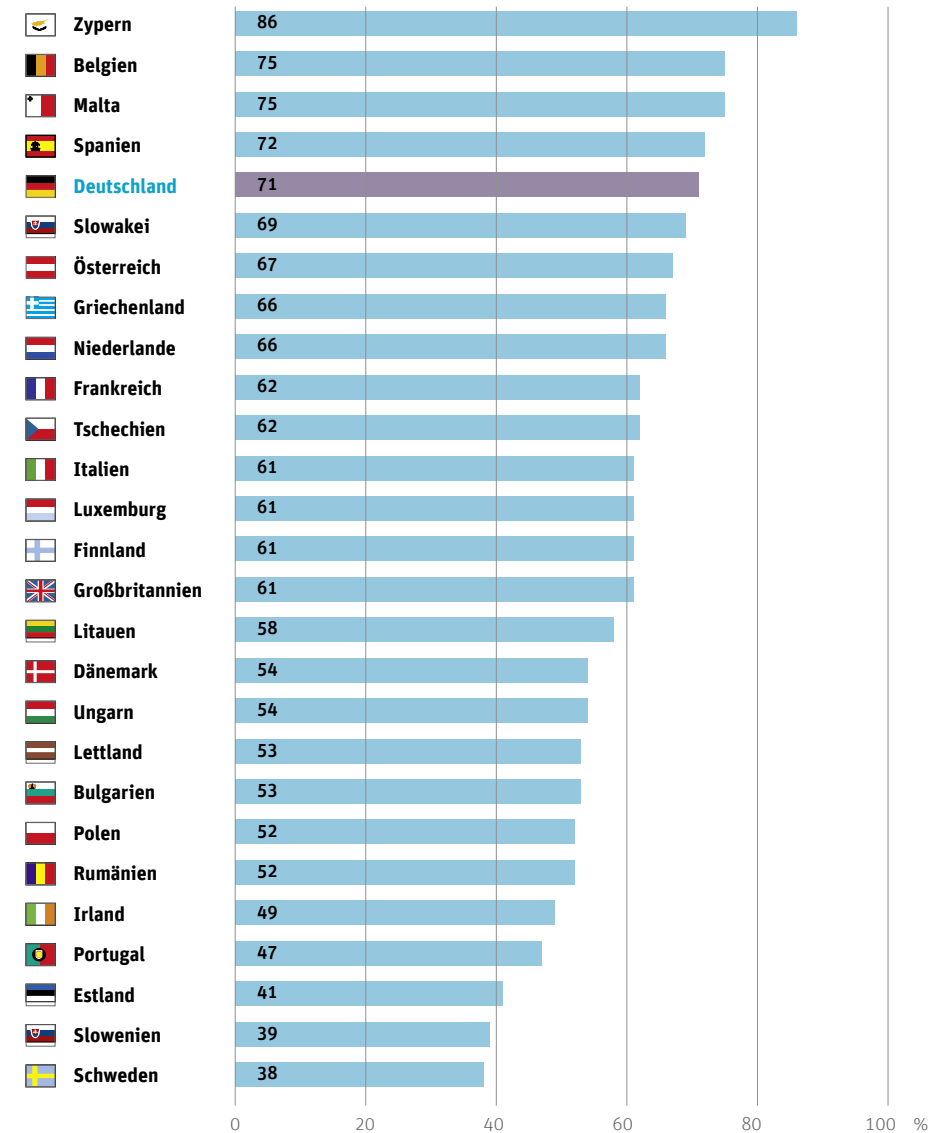
¹⁰³ Roll/Stargardt/Schreyögg (2012), S. 30.

Abbildung 11:
Anteil der Befragten in den EU27-Ländern, die angaben, der Zugang zum Hausarzt in ihrem Land sei einfach



Quelle: Europäische Kommission (2007a).

Abbildung 12:
Anteil der Befragten in den EU27-Ländern, die angaben, der Zugang zum Facharzt in ihrem Land sei einfach



Quelle: Europäische Kommission (2007a).

4.2.1 Beschränkung der freien Arztwahl

Wahlfreiheit beim Zugang zur medizinischen Versorgung ist ein Ausdruck von Patientensouveränität. Inwieweit die Patientenwahlfreiheit eingeschränkt wird, sagt viel darüber, wie viel Zwang ein System ausübt. In vielen OECD-Ländern können Hausarzt, Facharzt oder Krankenhaus nicht frei gewählt werden, sondern im Bedarfsfall erfolgt eine Zuweisung ohne Berücksichtigung der Präferenzen des Patienten.

Freie Arzt- und Krankenhauswahl in Deutschland

Die Versicherten der GKV können ihren behandelnden Arzt grundsätzlich frei wählen. Es 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). Die freie Krankenhauswahl basiert auf § 39 SGB V. Allerdings müssen GKV-Versicherte u.U. die Mehrkosten tragen, wenn sie ein anderes Krankenhaus aufsuchen als das vom Arzt in der Einweisung vermerkte. In der PKV existiert dagegen die uneingeschränkt freie Wahl des Arztes oder Krankenhauses, es sei denn, dies ist im individuellen Tarif anders vorgesehen.

Tabelle 4 zeigt, in welchen OECD-Ländern die freie Wahl des Leistungserbringers nicht möglich ist.

Tabelle 4 zeigt, in welchen OECD-Ländern die freie Wahl des Leistungserbringers nicht möglich ist.

Tabelle 4:
Freie Wahl des Leistungserbringers im OECD-Vergleich

	Freie Arztwahl (Primärversorgung)	Freie Wahl des Facharztes	Freie Krankenhauswahl
Australien	ja	ja	ja*
Belgien	ja*	ja	ja
Chile	k.A.	k.A.	k.A.
Dänemark	nein	nein	ja
Deutschland	ja	ja	ja*
Estland ¹⁰⁴	ja	ja	ja
Finnland	nein	nein	nein
Frankreich	ja	ja	ja
Griechenland	ja*	ja*	ja*
Großbritannien	nein	ja	ja
Irland	ja	ja	ja
Island	ja	ja	ja
Israel	k.A.	k.A.	k.A.
Italien	ja	ja	ja
Japan	ja	ja	ja

	Freie Arztwahl (Primärversorgung)	Freie Wahl des Facharztes	Freie Krankenhauswahl
Kanada	ja	ja	nein (mit Ausnahmen)
Korea	ja	ja*	ja
Luxemburg	ja	ja	ja
Mexiko	nein	nein	nein
Neuseeland	ja	nein	nein
Niederlande	ja	ja*	ja
Norwegen	ja	ja	ja
Österreich	ja*	ja*	nein (mit Ausnahmen)
Polen	ja	ja	ja
Portugal	nein	nein	nein (mit Ausnahmen)
Schweden	ja	ja	ja
Schweiz	ja	ja	nein (mit Ausnahmen)
Slowakei	ja	ja	ja
Slowenien ¹⁰⁵	ja	ja	k.A.
Spanien	nein	nein	nein (mit Ausnahmen)
Tschechien	ja	ja	ja
Türkei	ja	ja	ja
Ungarn	ja	ja	ja
USA	k.A.	k.A.	k.A.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Paris/Devaux/Wei (2010), S. 40. (Angaben für Chile, Estland, Israel, Slowenien und USA wurden von Paris/Devaux/Wei nicht aufgeführt und wurden ergänzt.)

* Anmerkung: In den gekennzeichneten Ländern besteht zwar grundsätzlich die freie Wahl, der Gesetzgeber hat jedoch finanzielle Anreize gesetzt, sich für einen bestimmten Leistungserbringer zu entscheiden (z. B. Wohnortnah).

In den steuerfinanzierten Einheitssystemen Dänemark, Finnland, Spanien und Portugal kann weder der Hausarzt noch der Facharzt vom Patienten selbst ausgesucht werden. Insbesondere im spanischen SNS ist Patientenwahlfreiheit kaum vorhanden. Ein Hausarzt kann grundsätzlich nur wohnortbezogen gewählt werden und der Facharzt oder das behandelnde Krankenhaus werden dem Patienten zugewiesen.¹⁰⁶

Besondere Aspekte der Arztwahl, die in der obigen Tabelle nicht abgebildet sind, werden folgend an zwei Länderbeispielen veranschaulicht.

¹⁰⁴ Vgl. WHO (2008).

¹⁰⁵ Vgl. WHO (2009a).

¹⁰⁶ Vgl. García-Arnesto et al. (2010), S. 67.



Das Beispiel Niederlande

In den Niederlanden besteht 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.¹⁰⁷ 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.¹⁰⁸



Das Beispiel Finnland

Das finnische Volksgesundheitsgesetz sieht vor, dass der Patient zwischen kommunalen Gesundheitsleistungen und der von der nationalen Krankenversicherung geleisteten anteiligen Erstattung für privatärztliche Leistungen wählen kann.¹⁰⁹ Im kommunalen Gesundheitssystem haben Patienten kaum Möglichkeiten, zwischen Ärzten oder anderen Leistungserbringern frei zu wählen. Ein Patient wird nur im Gesundheitszentrum seiner eigenen Kommune versorgt, außer in akuten Fällen, wenn das Gesundheitszentrum der Heimatgemeinde zu weit entfernt ist. In manchen Kommunen kann lediglich innerhalb des jeweiligen Gesundheitszentrums der behandelnde Hausarzt frei gewählt werden. Um eine ambulante oder stationäre fachärztliche Behandlung zu erhalten, ist in jedem Fall eine Überweisung des Hausarztes notwendig. Allerdings kann sich der Patient weder den Facharzt noch das Krankenhaus selbst aussuchen.

Wird dagegen die Behandlung im Rahmen der nationalen Krankenversicherung gewählt, können Patienten jeden privaten Arzt oder anderen privaten Leistungsanbieter wählen.¹¹⁰ In Finnland arbeiten rund 8 % der Ärzte Vollzeit in privatärztlicher Praxis und etwa ein Drittel der im öffentlichen Gesundheitswesen angestellten Ärzte arbeiten Teilzeit in privatärztlicher Praxis.¹¹¹

Beim Honorartarif eines privaten Arztes oder Zahnarztes beträgt die Erstattung der nationalen Krankenversicherung 60 %, bei Untersuchung und

107 Vgl. Schäfer et al. (2010), S. 37f.

108 Vgl. Schäfer et al. (2010), S. 149.

109 Vgl. Salminen/Niemelä (2006), S. 16.

110 Vgl. Vuorenkoski/Mladovsky/Mossialos (2008), S. 39.

111 Vgl. Möller Pedersen (2005), S. 172.

Behandlung beträgt die Erstattung 75 %. Da die Leistungserbringer den Patienten für die Dienstleistung in der Praxis höhere Beträge in Rechnung stellen als im Tarif festgelegt, ist der tatsächliche Eigenanteil des Patienten noch höher.¹¹² Diese Eigenanteile können jedoch über eine private Krankenversicherung abgesichert werden.¹¹³ Jährlich erhalten 28 % der finnischen Bevölkerung Erstattungen der nationalen Krankenversicherung für privatärztliche Dienstleistungen.¹¹⁴ Diese Zahl zeigt, dass sich knapp ein Drittel der Finnen für privatärztliche Behandlung entscheidet, um den Arzt ihres Vertrauens frei wählen zu können. Dafür verzichten sie auf die kostenfreie Behandlung in den kommunalen Gesundheitszentren.

Diese Beispiele zeigen, dass im Bereich der freien Arztwahl Rationierung auf vielen Ebenen und in unterschiedlichen Abstufungen erfolgen kann.

4.2.2 Gatekeeping

Eine weitere Möglichkeit, die Wahlfreiheit des Patienten einzugrenzen, ist die Beschränkung des freien Zugangs zur spezialärztlichen Versorgung durch einen Gatekeeper („Torwächter“). Gatekeeping bedeutet, dass jede Behandlungsperiode mit dem Besuch bei einem Hausarzt beginnt. In vielen OECD-Ländern kann ein Patient einen Facharzt nicht ohne hausärztliche Überweisung aufsuchen. Der Patient ist somit auf die Einschätzung des Hausarztes angewiesen und hat keinen direkten Zugang zur fachärztlichen Versorgung. Der Hausarzt als „Gatekeeper“ wird in solchen Systemen in der Regel angehalten, in seine Entscheidung zur Überweisung auch Kostenüberlegungen einfließen zu lassen und so eine Rationierung vorzunehmen. Zudem ist der direkte Besuch beim Facharzt für den Patienten oft mit finanziellen Nachteilen verbunden.

Tabelle 5 zeigt, in welchen Ländern der Zugang zur fachärztlichen Versorgung nur mit Überweisung möglich ist.

Gatekeeping in Deutschland

In Deutschland gibt es 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. Ohne eine ärztliche Überweisung war bis Ende 2012 jedes Mal eine Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro fällig. Diese Regelung wurde zum 01.01.2013 abgeschafft, so dass sich der Zugang zum Arzt wieder vereinfacht hat. Von PKV-Versicherten wurde dagegen keine Praxisgebühr eingezogen. Eine hausarztzentrierte Versorgung können Privatversicherte individuell im jeweiligen Krankenversicherungsvertrag vereinbaren.

112 Vgl. Salminen/Niemelä (2006), S. 43.

113 Vgl. Kela (Finnische Sozialversicherungsanstalt) (2010).

114 Vgl. Salminen/Niemelä (2006), S. 43.

Tabelle 5:
„Gatekeeping“ im Gesundheitswesen im OECD-Vergleich

	Zugang zur fachärztlichen Versorgung nur mit Überweisung
Australien	nein*
Belgien	nein*
Chile	k.A.
Dänemark	ja
Deutschland	nein
Estland	ja (mit Ausnahmen) ¹¹⁵
Finnland	ja
Frankreich	nein*
Griechenland	nein
Großbritannien	ja
Irland	nein*
Island	nein
Israel	ja (mit Ausnahmen) ¹¹⁶
Italien	ja
Japan	nein
Kanada	ja
Korea	nein
Luxemburg	nein
Mexiko	ja
Neuseeland	ja
Niederlande	ja
Norwegen	ja
Österreich	nein
Polen	ja
Portugal	ja
Schweden	nein
Schweiz	nein*
Slowakei	ja
Slowenien	ja ¹¹⁷
Spanien	ja
Tschechien	nein

	Zugang zur fachärztlichen Versorgung nur mit Überweisung
Türkei	nein
Ungarn	ja
USA	ja (bei den meisten HMOs)

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Paris/Devaux/Wei (2010), S. 40. (Angaben für Chile, Estland, Israel, Slowenien und USA wurden von Paris/Devaux/Wei nicht aufgeführt und wurden ergänzt.)

* Anmerkung: In den gekennzeichneten Ländern besteht zwar grundsätzlich die freie Wahl, der Gesetzgeber hat jedoch finanzielle Anreize gesetzt, sich für einen bestimmten Leistungserbringer zu entscheiden (z. B. wohnortnah).

Es wird deutlich, dass das verpflichtende Gatekeeping insbesondere in Ländern mit steuerfinanzierten NHS-Systemen existiert. So ist z. B. im spanischen SNS in jedem Fall für den Zugang zur ambulanten sowie stationären fachärztlichen Behandlung eine Überweisung des Hausarztes erforderlich, der als Gatekeeper fungiert.¹¹⁸ Das Gatekeeping in Verbindung mit den langen Warteschlangen führt dazu, dass immer mehr Spanier über eine private Zusatzversicherung verfügen. Die Versicherer haben mit Privatärzten Verträge abgeschlossen, die von den Patienten direkt aufgesucht werden können, so dass hier kein Gatekeeping stattfindet.¹¹⁹ Auch im britischen NHS muss der Patient immer zuerst den Hausarzt aufsuchen, um eine Überweisung an einen Facharzt zu erhalten.¹²⁰ Aber auch in den Niederlanden und der Slowakei, die über beitragsfinanzierte Gesundheitssysteme verfügen, kann der Patient den Facharzt nicht direkt aufsuchen.

Neben der Einschränkung des Gatekeepings sind Patienten in Dänemark, Großbritannien, Italien, den Niederlanden, Norwegen, Portugal, der Slowakei und Spanien zudem verpflichtet, sich bei einem bestimmten Hausarzt zu registrieren.¹²¹

Zur Veranschaulichung der Auswirkungen des Gatekeepings für den Patienten werden folgend drei Länder exemplarisch näher betrachtet.

Das Beispiel Dänemark



Alle Dänen sind über das öffentliche steuerfinanzierte Gesundheitssystem für den Krankheitsfall abgesichert. Personen über 15 Jahre haben die Wahl

¹¹⁵ Vgl. WHO (2008).

¹¹⁶ Vgl. WHO (2009b).

¹¹⁷ Vgl. WHO (2009a).

¹¹⁸ Vgl. García-Armesto et al. (2010), S. 67.

¹¹⁹ Vgl. Franzreb Corbelletti (2009).

¹²⁰ Vgl. National Health Service – NHS (2012b).

¹²¹ Vgl. Paris/Devaux/Wei (2010), S. 42.

zwischen einer Absicherung in der Gruppe 1 oder der Gruppe 2. Personen in Gruppe 1 sind verpflichtet, sich bei einem bestimmten Hausarzt zu registrieren, während Personen in Gruppe 2 dies nicht müssen. Die Behandlung durch den Hausarzt ist in Gruppe 1 kostenfrei, während Angehörigen der Gruppe 2 lediglich derjenige Betrag erstattet wird, der vom staatlichen Krankenversicherungssystem für die hausärztliche Behandlung von Gruppe 1-Patienten festgelegt wurde.

Um eine fachärztliche 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. 98,5 % der dänischen Bevölkerung ist in Gruppe 1 gegen das Krankheitsrisiko abgesichert.¹²² 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.

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 französischen sowie am schwedischen Gesundheitssystem deutlich wird.



Das Beispiel Frankreich

In Frankreich 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) und fungiert als Gatekeeper. 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 oder wird der Behandlungspfad nicht befolgt, den der „médecin traitant“ vorschlägt, reduziert sich die reguläre Kostenerstattung der Krankenkasse von 70 % auf nur noch 30%.¹²³ Zudem dürfen Ärzte, die ohne Überweisung aufgesucht werden, von den Patienten ein höheres Honorar verlangen, das dann bis zu 25 % über den mit der Krankenkasse vereinbarten Tarifen liegen kann. Im Fall der Nichtbeachtung des Gatekeeping werden Patienten im französischen Gesundheitssystem somit finanziell doppelt bestraft.¹²⁴

¹²² Vgl. Dänisches Ministerium für Gesundheit und Prävention (2008), S. 17.

¹²³ Vgl. Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (2012a).

¹²⁴ Vgl. Naiditch/Dourgnon (2009), S. 5f.

Nach Angaben der französischen Krankenversicherung haben sich 85 % der Versicherten bei einem „médecin traitant“ registriert. Interessant ist hierbei das Ergebnis einer Umfrage des IRDES aus dem Jahr 2006. Die meisten Versicherten (82 %) gaben an, sie hätten sich dem Gatekeeping unterworfen, da sie glauben, es sei verpflichtend. Da dies faktisch nicht der Fall ist, vermutet IRDES hier den Einfluss einer entsprechend missverständlich ausgerichteten öffentlichen Kommunikation der Krankenversicherung. Ein weiterer Hauptgrund für die Einwilligung in das Gatekeeping war, der Bestrafung durch Zusatzkosten zu entgehen.¹²⁵

Das Beispiel Schweden



In Schweden gibt es zwar kein Gatekeeping im eigentlichen Sinne, aber dennoch kann ein Patient seinen Arzt oftmals nicht direkt aufsuchen. In den schwedischen Gesundheitszentren sind die Krankenschwestern die erste Anlaufstelle und diese entscheiden, ob der Patient behandlungsbedürftig ist und wenn ja, ob eine Versorgung auch durch das medizinische Hilfspersonal vorgenommen werden kann (z. B. Wundversorgung). Somit übernimmt in Schweden gewissermaßen die Krankenschwester die Rolle eines Gatekeepers.¹²⁶

4.3 Begrenzter Leistungsumfang

Der Ausschluss von Leistungen aus dem Leistungsspektrum des Gesundheitssystems ist ein Ausdruck expliziter Rationierung. In der Konsequenz bedeutet dies für den Patienten, dass er die Leistungen entweder vollstän-

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-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege, die Krankenhausbehandlung sowie die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen (§§ 20ff. SGB V). Außerdem ist geregelt, dass die Leistungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügen müssen. 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. Der Leistungsumfang der PKV richtet sich nach dem individuellen Tarif, den der Versicherte mit seinem Krankenversicherungsunternehmen abgeschlossen hat.

¹²⁵ Vgl. Dourgnon et al. (2007).

¹²⁶ Vgl. Ettelt et al. (2006), S. 55.

dig oder teilweise selbst bezahlen muss. Hier kann sich leicht ein Markt außerhalb des staatlichen Systems bilden.

Eine kollektiv finanzierte Krankenversicherung stellt oftmals keine vollständige, bedarfsorientierte Versorgung bereit, sondern übernimmt häufig nur eine Grundversorgung. In der Mehrzahl der OECD-Länder zählen hierzu die stationäre Akutversorgung, Behandlungen beim Haus- und Facharzt, Laboruntersuchungen und bildgebende diagnostische Verfahren.¹²⁷

International existiert eine Vielzahl an Leistungsbegrenzungen und -ausschlüssen. Im Prinzip kann in einem öffentlichen Krankenversicherungssystem jede einzelne Leistung rationiert werden. Aufgrund dieser Komplexität in den einzelnen Gesundheitssystemen und der großen Unterschiede in deren jeweiliger Ausgestaltung kann hier nur ein grober Überblick gegeben werden. Die folgenden Ausführungen erheben somit keinen Anspruch auf eine umfassende Gegenüberstellung der Leistungsumfänge der einzelnen Gesundheitssysteme.

4.3.1 Rationierung durch Positiv- und Negativlisten

Die Leistungen, die das öffentliche Gesundheitssystem nicht finanziert, werden in den meisten OECD-Ländern als Positiv- oder Negativliste auf zentraler Ebene festgelegt (Tabelle 6). Während Positivlisten alle Behandlungsarten auflisten, die in die Leistungspflicht der Krankenversicherung fallen, sind in Negativlisten diejenigen Behandlungsformen aufgeführt, deren Kosten die Krankenversicherung nicht übernehmen darf. Positiv- sowie Negativlisten sind als Mittel der Rationierung zu betrachten, da sie den Leistungsumfang einschränken und zudem die therapeutische Wahlmöglichkeit des Arztes beschränken.

In den Niederlanden gibt es ein standardisiertes Basispaket medizinisch notwendiger Leistungen, die von den Krankenkassen übernommen werden. Darin nicht enthalten sind unter anderem die zahnärztliche Behandlung für Erwachsene, Psychotherapie und Physiotherapie.¹²⁸ Zudem sind in den letzten Jahren immer wieder Leistungen aus dem Basispaket ausgeschlossen worden. Seit dem Jahr 2009 wurde die Kostenübernahme für Schlaf- und Beruhigungsmittel gekürzt und bestimmte Hilfsmittel wurden ganz aus dem Leistungskatalog entfernt.¹²⁹ Seit 2013 sind Gehhilfen, Krücken und Rollatoren nicht mehr im Leistungskatalog enthalten, für Hörgeräte werden nur noch 25 % des Kaufpreises erstattet.¹³⁰

127 Vgl. Joumard/André/Nicq (2010), S. 38.

128 Vgl. Schäfer et al. (2010), S. 170.

129 Vgl. Donders/van Riel (2010).

130 Vgl. Rijksoverheid (2012a).

Tabelle 6:
Definition des Leistungskataloges für medizinische Behandlung im OECD-Vergleich

	Eine Positivliste wird auf zentraler Ebene festgelegt	Eine Negativliste wird auf zentraler Ebene festgelegt	Krankenversicherungsträger definieren ihren eigenen Leistungskatalog	Der Leistungskatalog ist nicht festgelegt
Australien	X			
Belgien	X			
Dänemark				X
Deutschland		X (GKV)	X (PKV)	
Finnland				X
Frankreich	X			
Griechenland			X	
Großbritannien		X		
Irland				X
Island				X
Italien	X			
Japan	X			
Kanada				X
Korea	X			
Luxemburg	X			
Mexiko	X			X
Neuseeland				X
Niederlande	X			
Norwegen				X
Österreich				X
Polen	X			
Portugal				X
Schweden				X
Schweiz		X		
Slowakei	X			
Spanien	X			
Tschechien		X		
Türkei				X
Ungarn				X

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Paris/Devaux/Wei (2010), S. 78. (Angaben für Chile, Estland, Israel, Slowenien und USA wurden von Paris/Devaux/Wei nicht aufgeführt.)

Für Länder, in denen kein Leistungskatalog definiert ist, bedeutet dies aber nicht, dass es automatisch keine Leistungsbegrenzungen gibt. Hier findet die Rationierung auf einer anderen Ebene statt. Zum Teil wird das Leistungsspektrum auf regionaler Ebene geregelt, wie beispielsweise im schwedischen Gesundheitssystem.

In Schweden sind die Provinzlandtage für die öffentliche Gesundheitsversorgung ihrer Bürger zuständig.¹³¹ Rationierungsmaßnahmen können daher von Region zu Region unterschiedlich ausfallen. Beispielsweise bezahlt der Provinzlandtag Östergötland unter anderem die Behandlung von chronischen Rückenschmerzen, von Kniebeschwerden bei älteren Patienten und die Operation gutartiger Tumore nicht mehr mit öffentlichen Mitteln und hat diese Erkrankungen damit in die finanzielle Eigenverantwortung des Patienten gegeben.¹³²

Die hausärztliche Versorgung gehört in der Regel zum Grundleistungskatalog der Gesundheitssysteme der OECD-Staaten. Aber auch hier existiert ein Land, das an dieser Stelle rationiert. So ist Irland das einzige OECD-Land, in dem die hausärztliche Versorgung nicht für alle Bürger vom öffentlichen Einheitssystem finanziert wird. Nur rund ein Drittel der Bevölkerung hat Anspruch auf kostenfreie Besuche beim Hausarzt, da ihr Einkommen unterhalb einer bestimmten Schwelle liegt.¹³³ Die übrigen 70% der Iren müssen die hausärztliche Versorgung dagegen privat finanzieren. Hausärzte unterliegen bei der Abrechnung von Privatpatienten keinen staatlichen Beschränkungen. Eine private Konsultation kostet je nach Region 35 bis 70 Euro.

4.3.2 Rationierung der zahnmedizinischen Versorgung

Der zahnmedizinische Leistungsbereich umfasst sowohl die zahnärztliche Behandlung inkl. konservierender Leistungen (z. B. Füllungen) sowie die Versorgung mit Zahnersatz.

Ähnlich wie in Deutschland existiert in den OECD-Ländern, die die zahnärztliche Versorgung nicht explizit aus dem Leistungsspektrum ausgeschlossen haben, mehrheitlich nur eine Teilabdeckung dieser Leistungen. Zudem muss bedacht werden, dass der Zugang zu diesen Leistungen durch hohe Zuzahlungen oder lange Wartelisten oftmals erschwert wird. So wird die zahnärztliche Behandlung im französischen Gesundheitssystem nur in geringem Umfang abgedeckt: die konservierende Zahnbehandlung (z. B. Füllungen) wird zu 40 % finanziert, die prothetische Versorgung zu 33 % und die kieferorthopädische Versorgung nur zu 10 %.¹³⁴

¹³¹ Vgl. Anell/Glenngård/Mercur (2012), S. 20.

¹³² Vgl. Preusker (2004).

¹³³ Vgl. Irish Competition Authority (2010), S. 8.

¹³⁴ Vgl. Chevreul et al. (2010), S. 218.

Zahnmedizinische Leistungen in Deutschland

Die GKV übernimmt grundsätzlich Zahnfüllungen mit Amalgam im Front- und Seitenzahnbereich sowie mit Kunststoff im Frontbereich. Aufwendigere plastische Füllungsmaterialien und Inlays sind mit Mehrkosten verbunden, die mit dem Zahnarzt privat zu vereinbaren sind. Im Bereich Zahnersatz wird nur eine Regelversorgung von der GKV übernommen (§ 55 SGB V). Für Kronen, Brücken oder Prothesen erhält der Patient einen festgelegten Betrag, der sich allein am Befund orientiert. Diese sogenannten Festzuschüsse werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien festgelegt und gelten für alle Krankenkassen gleichermaßen (§ 56 SGB V). Die Festzuschüsse decken in der Regel 50 Prozent der medizinisch notwendigen Regelversorgung ab. Das heißt, die den Festzuschuss übersteigenden Restkosten zahlt der Versicherte selbst. Da für zahnmedizinische Leistungen von der GKV nur Teilkosten übernommen werden, findet hier eine explizite Rationierung statt. In der PKV richtet sich die zahnmedizinische Versorgung nach den Bestimmungen des individuellen Tarifs.

Dagegen gibt es eine Vielzahl an OECD-Ländern, in denen die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen vollständig aus dem Leistungsspektrum des Gesundheitssystems ausgeschlossen sind (→ Tabelle 7).

Tabelle 7:
Ausschluss von Leistungen der zahnmedizinischen Versorgung im Ländervergleich

Leistungsart	Länder, in denen diese Leistung aus dem Leistungskatalog explizit ausgeschlossen ist
Zahnärztliche Behandlung	Australien, Kanada, Irland, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, Niederlande (ab Alter 22), Dänemark (ab Alter 18), Spanien (ab Alter 14 – 18 je nach Region)
Zahnersatz	Australien, Kanada, Dänemark, Irland, Italien, Korea, Luxemburg, Mexiko, Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Spanien, Schweiz

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Paris/Devaux/Wei (2010), S. 20 und eigener Recherche.

Beispielhaft wird im Folgenden auf einzelne Länder eingegangen, in denen die zahnmedizinische Versorgung nicht zum Leistungskatalog gehört, um auch hier unterschiedliche Ausgestaltungsvarianten aufzuzeigen.

In Kanada ist die Versorgung mit Zahnersatz nicht im kanadischen Bundesgesetz „Canada Health Act“ zur Regelung der öffentlich finanzierten Krankenversicherung vorgesehen. Zahnbehandlungen werden in einzelnen

Territorien und Provinzen aber dennoch zumindest teilweise als „additional benefit“ von der Krankenversicherung übernommen.¹³⁵

Auch in der Schweiz wird die zahnärztliche Versorgung von der öffentlichen Krankenversicherung grundsätzlich nicht übernommen. So muss ein Patient sowohl die zahnärztliche Behandlung (beispielsweise die Zahnfüllungen bei Karies) als auch den Zahnersatz selber tragen. Vergütet werden ausschließlich zahnärztliche Behandlungen, die aufgrund einer schweren, nicht vermeidbaren Erkrankung erforderlich sind (z. B. Krebserkrankung).¹³⁶

In einigen Ländern ist die zahnmedizinische Versorgung an das Alter der Versicherten gekoppelt. So umfasst der Leistungskatalog in den Niederlanden die zahnärztliche Behandlung nur bis zum Alter von 22 Jahren.¹³⁷ In Dänemark liegt die Altersgrenze bei 18 Jahren.¹³⁸ Der spanische SSN bietet eine zahnmedizinische Versorgung ebenfalls nur für Kinder, wobei die Altersgrenze je nach Region von 14 bis 18 Jahren variiert.¹³⁹

4.3.3 Rationierung bei der Versorgung mit Arzneimitteln

Bei Arzneimitteln existiert in den einzelnen Ländern jeweils eine Reihe von Regelungen zur Begrenzung des Leistungsumfangs. Auch Zuzahlungen spielen hier eine große Rolle.

Vor dem Markteintritt durchlaufen die meisten Arzneimittel auf europäischer Ebene eine zentrale Zulassung bei der Europäischen Arzneimittelagentur (European Medicines Agency – EMA).¹⁴⁰ Die Preispolitik bei Arzneimitteln ist jedoch nationale Angelegenheit der EU-Mitgliedstaaten. Inwieweit Patienten einen Anspruch auf Erstattung bzw. Übernahme der Kosten haben, wird ebenfalls auf nationaler Ebene entschieden. Daraus ergeben sich teilweise erhebliche Preisunterschiede und unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten für ein und dasselbe Medikament. Da in den Gesundheitssystemen vieler Länder komplizierte Vorschriften und Erstattungsverfahren vorgesehen sind, verzögert sich der Marktzugang für innovative Arzneimittel häufig oder wird sogar verweigert. In fast allen Ländern mit Preisregulierung werden neue Medikamente nicht auf dem nationalen Markt eingeführt, solange die Entscheidungen über Erstattung und Preisbildung noch aussteht.¹⁴¹

135 Vgl. Health Canada (2012).

136 Vgl. Schweizer Bundesamt für Gesundheit – BAG (2012a), S. 6.

137 Vgl. Schäfer et al. (2010), S. 65.

138 Vgl. Olejaz et al. (2012), S. 135.

139 Vgl. García-Armesto et al. (2010), S. 29.

140 Vgl. European Medicines Agency – EMA (2011).

141 Vgl. EurActiv – Portal für europäische Nachrichten, Hintergründe und Kommunikation (2012).

Wird ein Medikament in einem Land nicht zugelassen, stellt dies eine harte Rationierung dar, da dieses Medikament dann nicht zur Verfügung steht. Für die Beschaffung bleibt unter Umständen aber der Gang ins (oder die Bestellung im) Ausland. Eine transparente, explizite Rationierung erfolgt in der Mehrheit der OECD-Länder über Positivlisten. Mit Positivlisten wird die Anzahl der Medikamente eingeschränkt, die zu Lasten des Gesundheitssystems verordnet werden dürfen. Die Finanzierung der Medikamente, die nicht auf diesen Listen stehen, wird nicht vom Gesundheitssystem übernommen. Eine weitere Möglichkeit einer expliziten Rationierung, die von einigen Ländern genutzt wird, ist die Erstellung von Negativlisten. In diesem Fall werden Medikamente, die sich auf dieser Liste befinden, vom Gesundheitssystem nicht erstattet.

Die Tabelle 8 gibt einen Überblick, in welchem Land sich die einzelnen Formen der Begrenzung herausgebildet haben.

Versorgung mit Arzneimitteln in Deutschland

Verordnet ein Arzt einem Patienten ein Arzneimittel, das in Deutschland zugelassen ist, übernimmt die GKV dafür die Kosten bis auf die Zuzahlung. Folgende Voraussetzungen müssen dabei erfüllt sein: Der Arzt muss ein Vertragsarzt sein, das Medikament muss rezeptpflichtig sein und es darf nicht zu den ausgeschlossenen Medikamenten gehören. Der Gemeinsame Bundesausschuss veröffentlicht eine Übersicht über unwirtschaftliche Arzneimittel (so genannte Negativliste), die ca. 2.000 Präparate enthält, die aus unterschiedlichen Gründen als unwirtschaftlich im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots der GKV bezeichnet werden. Medikamente, die auf der Negativliste stehen, kann ein Patient nicht auf Kosten der GKV erhalten. In der PKV werden grundsätzlich die Kosten aller Medikamente erstattet, die der Arzt dem Patienten verordnet. Ausnahmen kann es geben, wenn der PKV-Versicherte einen Tarif abgeschlossen hat, der eine Versorgung mit Generika beinhaltet.

Tabelle 8:
Definition des Leistungskataloges für Arzneimittel im OECD-Vergleich

	Eine Positivliste wird auf zentraler Ebene festgelegt	Eine Negativliste wird auf zentraler Ebene festgelegt	Krankenversicherungsträger legen eigene Positivlisten fest	Der Leistungskatalog ist nicht festgelegt
Australien	X			
Belgien	X			
Dänemark	X			
Deutschland		X (GKV)	X (PKV)	
Finnland	X			
Frankreich	X			
Griechenland				X
Großbritannien		X		
Irland	X			

	Eine Positivliste wird auf zentraler Ebene festgelegt	Eine Negativliste wird auf zentraler Ebene festgelegt	Krankenversicherungsträger legen eigene Positivlisten fest	Der Leistungskatalog ist nicht festgelegt
Island		X		X
Italien	X			
Japan	X			
Kanada			X	
Korea	X			
Luxemburg	X			
Mexiko	X		X	
Neuseeland	X			
Niederlande	X			
Norwegen	X			
Österreich	X			
Polen	X			
Portugal	X			
Schweden	X			
Schweiz	X			
Slowakei	X	X		
Spanien	X			
Tschechien	X	X		
Türkei	X			
Ungarn	X			

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Paris/Devaux/Wei (2010), S. 78 (Angaben für Chile, Estland, Israel, Slowenien und USA wurden von Paris/Devaux/Wei nicht aufgeführt).

Um die Bedeutung der Rationierung im Arzneimittelbereich in den einzelnen Ländern einschätzen zu können, ist eine detaillierte Analyse der tatsächlich aus der Erstattung des Gesundheitssystems herausgenommenen Arzneimittel notwendig. Für die Bewertung ist neben der Darstellung der jeweiligen nationalen Rahmenbedingungen bei jedem Medikament entscheidend, für welche Krankheit die Zulassung gilt, wie ernst die Krankheit ist, welchen Stellenwert das Medikament in der Behandlung hat, welche Alternativen es gibt oder wie sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis darstellt. Zudem gibt es daneben noch weitere Regelungen, die den Umfang der Arzneimittelversorgung in den einzelnen Ländern einschränken. Hier sind beispielsweise Arzneimittelbudgets oder das „aut idem“-Verfahren in Deutschland zu nennen. Die „aut idem“-Regel, d. h. der Austausch eines teureren

Medikamentes gegen ein wirkstoffgleiches günstigeres in der Apotheke, kann dazu führen, dass Originalpräparate vielfach nicht mehr erstattet werden, auch wenn diese vom Patienten nachgefragt werden. Eine Analyse all dieser Punkte würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, daher beschränkt sich das Folgende nur auf die Darstellung, in welchem Land es Positivlisten, Negativlisten oder einen nicht festgelegten Leistungskatalog gibt.

Reine Negativlisten existieren nur in Großbritannien, Island und innerhalb Deutschlands in der GKV. In Tschechien und der Slowakei werden sowohl Positiv- als auch Negativlisten auf Bundesebene angewandt. Alle anderen OECD-Länder stellen Positivlisten für Arzneimittel auf. Beispielsweise wird in der obligatorischen Krankenversicherung der Schweiz ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel nur dann erstattet, wenn es vom Bundesamt für Gesundheit in die Positivliste (Spezialitätenliste) aufgenommen wurde. Im Jahr 2011 umfasste diese Positivliste 2.788 Präparate in 9.319 Packungen.¹⁴² Dass diese Positivlisten auch Veränderungen unterworfen sind, zeigt ein Beispiel aus Frankreich. Dort hat das Gesundheitsministerium im Jahr 2011 entschieden, 80 Medikamente aus der Liste der erstattungsfähigen Arzneimittel (liste des spécialités pharmaceutiques remboursables) zu streichen.¹⁴³

Im kanadischen Gesundheitssystem sind die Einschränkungen bei der Erstattung von Arzneimitteln am stärksten ausgeprägt. Arzneimittel sind dort nicht in den abgesicherten Leistungsumfang des staatlichen, bundesweit gültigen „Canadian Health Care Act“ eingeschlossen. Demzufolge werden in den verschiedenen „Drug Plans“ des Bundes und der Provinzen eigene Positivlisten eingesetzt. Diese sichern die Arzneimittelversorgung jedoch nur für spezifische Bevölkerungsgruppen.¹⁴⁴ Als Folge dessen werden nur durchschnittlich 25 % der gesamten Arzneimittelausgaben des ambulanten Bereiches von den öffentlichen Gesundheitsdiensten erstattet. Die übrigen 75 % müssen von den Kanadiern selbst finanziert werden.¹⁴⁵ Bei Betrachtung der privaten Gesundheitsausgaben wird deutlich, dass der größte Teil der Ausgaben (41 %), die über eine private Krankenversicherung finanziert werden, auf verschreibungspflichtige Medikamente entfällt.¹⁴⁶

Ohne weiter ins Detail zu gehen, zeigt dieser kurze Abriss, dass im Arzneimittelbereich mittels der genannten Instrumente in vielen Ländern durchaus deutlich rationiert wird.

142 Vgl. Interpharma (2011).

143 Erlass des französischen Gesundheitsministeriums vom 30.09.2011, online unter: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024629141#>

144 Vgl. Paris/Devaux/Wei (2010), S. 77.

145 Vgl. Demers et al. (2008).

146 Vgl. Canadian Institute for Health Information (2011).

4.3.4 Leistungsbegrenzung auf Basis gesundheitsökonomischer Evaluation

In einigen Gesundheitssystemen werden gesundheitsökonomische Evaluationen (z. B. Kosten-Effektivitäts- oder Kosten-Nutzwert-Analysen) herangezogen, um über Leistungsbegrenzungen zu entscheiden. Die einzelnen Formen der Evaluation im Gesundheitsbereich unterscheiden sich vor allem darin, welche Kosten- und Nutzenkomponenten berücksichtigt werden und welche Vergleiche zwischen den eingesetzten Ressourcen und dem Ergebnis der Maßnahme gezogen werden.¹⁴⁷ Der Ausschluss von Therapien durch eine Kosten-Nutzen-Bewertung bedeutet eine explizite Rationierung im Gesundheitssystem.

Aufgrund der Vielzahl der Ausgestaltungen von Bewertungen und daraus resultierenden Rationierungsentscheidungen wird an dieser Stelle nur ein kleiner Einblick in die Thematik gegeben. Das bekannteste und am häufigsten verwendete Nutzenmaß im Rahmen einer Kosten-Nutzwert-Analyse ist das „qualitätsbereinigte Lebensjahr“ (quality-adjusted life year – QALY).¹⁴⁸ Mit dieser Kennzahl werden die mit einer Behandlung gewonnenen Lebensjahre und die Lebensqualität in Relation zueinander gesetzt. Ein Jahr in optimaler Lebensqualität entspricht einem QALY von 1, während ein QALY von 0 dem Tod entspricht. Somit ist ein QALY der Nutzwert für ein Lebensjahr.

QALYs an sich sind noch kein Rationierungskriterium, doch diese Kennzahl kann Rationierungsentscheidungen zugrunde gelegt werden. Entscheidungsgrundlage ist dabei das Verhältnis der Mehrkosten pro zusätzlich gewonnener Nutzeneinheit (Incremental Cost Effectiveness Ratio – ICER). Das heißt, im Rahmen einer Kosten-Nutzwert-Analyse werden den zusätzlich gewonnenen QALYs die zusätzlichen Kosten einer Behandlungsmethode gegenübergestellt.¹⁴⁹ Vom öffentlichen Gesundheitssystem wird eine medizinische Behandlung nur dann finanziert, wenn sie die Grenze von einem definierten Geldbetrag pro QALY nicht überschreitet. Wie hoch dieser Schwellenwert (ICER) ist, ist eine politische Entscheidung.

Das QALY-Konzept mit offiziellem ICER-Schwellenwert wird explizit nur in Großbritannien durch das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) umgesetzt. Im übrigen anglo-amerikanischen Raum (z. B. Kanada, Australien, Neuseeland) gibt es implizite ICER-Grenzen, die auf vergangenen Allokationsentscheidungen im Gesundheitssystem basieren.¹⁵⁰

147 Vgl. Schöffski/Über (1998), S. 77.

148 Zur näheren Erläuterung des QALY-Konzepts siehe Breyer/Zweifel/Kifmann (2005), S. 21ff.

149 Vgl. Schöffski/Greiner (1998), S. 211.

150 Vgl. Cleemput et al. (2008), S. 43ff.

Das NICE bewertet die Kosteneffektivität einer Behandlung mit „£ per QALY“. Kostet eine Behandlung mehr als £20.000 – £30.000 (24.700 – 37.000 Euro) per QALY, wird sie als nicht kosteneffektiv bewertet und somit nicht vom öffentlichen Gesundheitsdienst NHS bezahlt.¹⁵¹ Das NICE hat von März 2000 bis Dezember 2012 270 Bewertungen (technical appraisals – TA) zu Arzneimitteln oder medizinischen Verfahren abgegeben. Wird der o.g. Schwellenwert deutlich überschritten, gibt das NICE die Empfehlung, dass das betreffende Medikament bzw. die Behandlung vom NHS nicht bezahlt wird.¹⁵² Rationierende Wirkungen sind somit vorgesehen.

4.4 Obligatorische Zuzahlungen

Die Erhebung von obligatorischen Zuzahlungen ist den Einschränkungen des Leistungskatalogs verwandt.¹⁵³ Bestimmte Leistungen fallen hier anteilig – im Umfang der Zuzahlung – aus der Erstattung bzw. Kostenübernahme durch das Gesundheitssystem heraus. Zusätzlich wirkt die Zuzahlung mengenbegrenzend, da sich ein Teil der Versicherten gegen die Inanspruchnahme der Leistung entscheiden wird, um der Zuzahlung zu entgehen.

Obligatorische Zuzahlungen sind ein weit verbreitetes Mittel der Rationierung und es gibt sie in verschiedenen Bereichen wie z. B. beim Arzt oder Zahnarzt, im Krankenhaus, bei Transportkosten oder Arzneimitteln.¹⁵⁴ Die folgende Tabelle gibt einen Überblick der Selbstbeteiligungsregeln beim Hausarzt, Facharzt und im Krankenhaus in den OECD-Ländern.

Zuzahlungen in Deutschland

GKV-Versicherte über 18 Jahre leisten eine gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung bei Arzt- und Zahnarztbesuchen, Medikamenten, 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. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 % der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. In der PKV gibt es unterschiedliche Tarife mit individueller Ausgestaltung von Selbsthalten.

151 Vgl. National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE (2010).

152 Vgl. National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE (2012).

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

154 In Portugal beispielsweise fallen eigene Zuzahlungen für bestimmte Diagnoseverfahren an (z. B. Röntgen, Bluttests) und auch für die Beratung durch eine Krankenschwester (vgl. Barros (2012)).

Tabelle 9:
Obligatorische Zuzahlungen in den OECD-Ländern

Land	Zuzahlung beim Hausarzt	Zuzahlung beim Facharzt	Zuzahlung im Krankenhaus
Australien ¹⁵⁵	keine	keine	keine
Belgien ^{156,157}	25% der Kosten bei Behandlung in Praxis, 35% der Kosten bei Hausbesuchen	40%	14,43 Euro pro Tag + 27,27 Euro Pauschale für den ersten Tag
Chile	k.A.	k.A.	k.A.
Dänemark ¹⁵⁸	Versicherte Gruppe 1: keine, Versicherte Gruppe 2: Differenzbetrag zwischen Behandlungskosten und staatlicher Gebührenordnung	siehe Zuzahlung beim Hausarzt	keine
Deutschland ¹⁵⁹	keine	keine	10 Euro pro Tag für max. 28 Tage pro Jahr
Estland ¹⁶⁰	keine	mit Überweisung: keine, ohne Überweisung: max. 3,20 Euro	1,60 Euro pro Tag für max. 10 Tage pro Erkrankung
Finnland ¹⁶¹	11 Euro Praxisgebühr pro Besuch (begrenzt auf drei Mal pro Jahr)	max. 22 Euro pro Besuch, max. 72 Euro bei ambulanter OP + 6 Euro Gebühr pro Reihenbehandlung (z. B. Dialyse)	26 Euro pro Tag
Frankreich ¹⁶²	30% der Kosten pro Besuch + 1 Euro je Arztbesuch	siehe Zuzahlung beim Hausarzt	20% der Kosten + 18 Euro pro Tag
Griechenland ¹⁶³	keine	keine	keine
Großbritannien ¹⁶⁴	keine	keine	keine
Irland ¹⁶⁵	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

155 Vgl. Medicare Australia (2012).

156 Vgl. Gerkens/Merkur (2010), S. 95ff.

157 Vgl. Belgischer Föderaler Öffentlicher Dienst Soziale Sicherheit (2011), S. 47f.

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

159 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2011); die Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro ist seit dem 01.01.2013 entfallen: <http://www.bmg.bund.de/glossar-begriffe/p-q/praxisgebuehr.html>

160 Vgl. Koppel et al. (2008), S. 69.

161 Vgl. Vuorenkoski/Mladovsky/Mossialos (2008), S. 62f.

162 Vgl. Chevreul et al. (2010), S. 60f.

163 Vgl. Economou (2010), S. 57f.

164 Vgl. Boyle (2011), S. 96.

165 Vgl. McDavid et al. (2009), S. 86f.

Land	Zuzahlung beim Hausarzt	Zuzahlung beim Facharzt	Zuzahlung im Krankenhaus
Island ¹⁶⁶	6 Euro pro Besuch	26 Euro pro Besuch + 40% Mehrkosten	26 Euro pro Tag + 40% Mehrkosten
Israel	k.A.	k.A.	k.A.
Italien ¹⁶⁷	keine	(je nach Region) bis zu 36,15 Euro pro Besuch + 10 Euro Gebühr	keine
Japan ¹⁶⁸	30% (vom Schuleintritt bis zum 69. Lebensjahr), 20% (vor Schuleintritt), 20% (über 70-Jährige ohne Gehalt), 30% (über 70-Jährige mit vollem Gehalt) (jeweils der Kosten pro Besuch)	siehe Zuzahlung beim Hausarzt	siehe Zuzahlung beim Hausarzt
Kanada ¹⁶⁹	keine	keine	keine
Korea ¹⁷⁰	30% der Kosten pro Besuch	siehe Zuzahlung beim Hausarzt	20%, 25% oder 30% der Kosten je nach Einrichtung sowie 50% der Verpflegung im Krankenhaus
Luxemburg ¹⁷¹	12% der Kosten pro Besuch	siehe Zuzahlung beim Hausarzt	2,70 Euro pro Tag für max. 30 Tage pro Jahr
Mexiko	k.A.	k.A.	k.A.
Neuseeland ¹⁷²	20 – 65 Dollar pro Besuch (ca. 12 – 40 Euro*)	keine	keine
Niederlande ¹⁷³	keine	Selbstbehalt in Höhe von 350 Euro pro Jahr	siehe Zuzahlung beim Facharzt
Norwegen ¹⁷⁴	18 Euro pro Besuch bei Behandlung in Praxis tagsüber, 30 Euro pro Besuch bei Behandlung in Praxis nachts*	40 Euro pro Besuch*	keine
Österreich ¹⁷⁵	10 Euro pro Jahr (Serviceentgelt für e-card)	10 Euro pro Jahr (Serviceentgelt für e-card)	rund 8 Euro für max. 28 Tage

166 Vgl. Sjúkratryggingar Íslands (2012).

167 Vgl. Lo Scalzo et al. (2009), S. 55; Ministero della Salute (2011).

168 Vgl. Japanisches Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales (2009).

169 Vgl. Health Canada (2011).

170 Vgl. Chun (2009), S. 58ff.

171 Vgl. Portail Santé (2010).

172 Vgl. Immigration New Zealand (2012).

173 Vgl. Schäfer et al. (2010), S. 77; Rijksoverheid (2012b).

174 Vgl. Helseøkonomiforvaltningen – HELFO (2012).

175 Vgl. Hofmarcher/Rack (2006), S. 98f.

Land	Zuzahlung beim Hausarzt	Zuzahlung beim Facharzt	Zuzahlung im Krankenhaus
Polen ¹⁷⁶	keine	keine	keine
Portugal ¹⁷⁷	5 Euro pro Besuch	7,50 Euro pro Besuch	7,50 Euro pro Aufenthalt
Schweden ¹⁷⁸	11 – 22 Euro pro Besuch je nach Kommune	25 – 35 Euro pro Besuch je nach Kommune	max. 9 Euro pro Tag
Schweiz ¹⁷⁹	300 CHF (ca. 250 Euro*) pro Jahr (Franchise); 10% der Kosten, die Franchise übersteigen bis max. 700 CHF (ca. 575 Euro*) (Selbstbehalt)	siehe Zuzahlung beim Hausarzt	siehe Zuzahlung beim Hausarzt + 15 CHF (ca. 12 Euro*) Spitalbeitrag pro Tag
Slowakei ¹⁸⁰	keine	keine	keine
Slowenien ¹⁸¹	5 – 75% der Kosten pro Besuch	siehe Zuzahlung beim Hausarzt	siehe Zuzahlung beim Hausarzt
Spanien ¹⁸²	keine	keine	keine
Tschechien ¹⁸³	keine	keine	keine
Türkei	keine	keine	3,50 Euro pro Tag (öffentliches Krankenhaus) 6,50 Euro pro Tag (privates Krankenhaus)
Ungarn ¹⁸⁴	1 Euro pro Besuch (max. 20 mal pro Jahr)	1 Euro pro Besuch (max. 20 mal pro Jahr)	1 Euro pro Tag (max. 20 Tage im Jahr)

Quelle: Eigene Darstellung.

*Wechselkurs am 01.01.2012

Wie Tabelle 9 zeigt, müssen sich Patienten in vielen OECD-Ländern an den Kosten der hausärztlichen, fachärztlichen oder stationären Behandlung beteiligen. Keine Eigenbeteiligungen sind in diesen Leistungsbereichen vor allem in einigen Ländern mit steuerfinanzierten Gesundheitsdiensten (z. B. Australien, Großbritannien, Kanada und Spanien) festzustellen. Dies entspricht der Philosophie dieser Gesundheitssysteme, allen Bürger eine kostenlose Versorgung im Krankheitsfall bereitzustellen. Wie die vorheri-

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

177 Vgl. Augusto (2012); Barros (2012).

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

179 Vgl. Schweizer Bundesamt für Gesundheit – BAG (2012b).

180 Vgl. Szalay et al. (2011), S. 77.

181 Vgl. Albrecht (2009), S. 57.

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

183 Vgl. Rokosová et al. (2005), S. 35.

184 Vgl. Ungarisches nationales Institut für Qualitäts- und Organisationsentwicklung in Gesundheitswesen und Medizin (2007), S. 9.

gen Abschnitte zeigen, findet Rationierung der Leistungen hier über andere Wege statt (Wartezeiten, Gatekeeping, Leistungsausschlüsse).

In den Niederlanden gibt es in der gesetzlichen Krankenversicherung einen obligatorischen Selbstbehalt in Höhe von 350 Euro pro Jahr für alle über 18-jährigen Versicherten. Lediglich die Kosten für den Hausarzt und die Geburtshilfe fallen nicht unter den Selbstbehalt.¹⁸⁵ Auch in der Schweiz existiert ein Selbstbehalt (die sogenannte Franchise) in der Krankenversicherung. Die Franchise beträgt 300 Franken pro Jahr (rund 250 Euro). Daneben müssen noch 10% des verbleibenden Rechnungsbetrages vom Versicherten selbst getragen werden.¹⁸⁶

Auch im französischen und japanischen Gesundheitssystem sind die obligatorischen Zuzahlungen relativ hoch. In Japan kann ein Eigenanteil von 30% vor allem bei einer kostenintensiven stationären Behandlung zu einer finanziellen Belastung werden. Eine aktuelle Studie zeigt, dass in Japan ein Zusammenhang besteht zwischen finanziellem Wohlstand und der Möglichkeit, die Belastung tragen zu können.¹⁸⁷ In Frankreich erstattet die allgemeine gesetzliche Krankenversicherung (le régime de bas) durchschnittlich nur 75% der Kosten im Krankheitsfall.¹⁸⁸ Der Rest ist die Eigenbeteiligung der Patienten, das sogenannte „ticket modérateur“.¹⁸⁹ In Frankreich gibt es zudem die Besonderheit, dass die niedergelassenen Ärzte mit Kassenzulassung („médecins conventionnés“) in zwei Sektoren tätig sein können: In „Sektor 1“ erfolgt die Vergütung gemäß der Gebührenordnung der Krankenversicherung. In „Sektor 2“ sind die Ärzte dagegen nicht an diese Gebührenordnung gebunden und können ihre Tarife frei bestimmen. Die Differenz zum Erstattungssatz der Krankenversicherung ist vom Patienten selbst zu tragen.¹⁹⁰ Das heißt, zusätzlich zu den in Frankreich relativ hohen Zuzahlungen („ticket modérateur“), müssen Patienten auch die überschüssigen ärztlichen Gebühren („dépassements d’honoraires“) privat finanzieren, wenn sie sich für eine Versorgung im zweiten Sektor entscheiden. Im Jahr 2010 rechnete ein Viertel der ambulant tätigen Kassenärzte außerhalb der staatlichen Gebührenordnung ab. Dieser Anteil variiert je nach Fachrichtung erheblich: Während die staatliche Gebührenordnung nur von 11% der Allgemeinmediziner nicht angewendet wird, trifft dies auf 85% der ambulant tätigen Chirurgen zu. Letztere Facharztgruppe rechnet ein im Durch-

185 Vgl. Rijksoverheid (2012b).

186 Vgl. Schweizer Bundesamt für Gesundheit – BAG (2012b).

187 Vgl. Yamada et al. (2009).

188 Vgl. Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (2012b).

189 Vgl. Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (2012c).

190 Vgl. Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (2012d).

schnitt 56 % höheres Honorar ab, als in der Gebührenordnung vorgesehen. Die Spannbreite reicht dabei von 10 % bis 240 % Aufschlag.¹⁹¹

Die Gebühr für einen Besuch beim Hausarzt beträgt in Neuseeland rund 40 Euro während der regulären Öffnungszeiten. Außerhalb der Öffnungszeiten ist die Gebühr deutlich höher.¹⁹² Laut Medienberichten führen diese hohen Selbstbeteiligungen dazu, dass neuseeländische Patienten in die Notaufnahmen der öffentlichen Krankenhäuser gehen, um eine kostenfreie ärztliche Behandlung zu erhalten.¹⁹³

Auch wenn viele OECD-Länder Regelungen implementiert haben, die bestimmte Bevölkerungsgruppen vor finanzieller Überforderung durch Zuzahlungen schützen,¹⁹⁴ bleibt eine Lenkungswirkung der Zuzahlungen für die übrigen Bevölkerungsteile, die rationierend wirkt.

5. Rationierung vor dem Hintergrund der Finanz- und Schuldenkrise

Mit der US-Immobilienkrise im Sommer 2007 begann eine Finanzkrise, die sich zu einer globalen Banken-, Finanz- und Wirtschaftskrise entwickelte. Vor diesem Hintergrund ist das Bruttoinlandsprodukt des OECD-Raums im Jahr 2009 effektiv um 3,5 % gesunken. Damit ist seit 1961 erstmals ein Rückgang zu verzeichnen.¹⁹⁵ Als Reaktion auf die Krise verabschiedeten die Regierungen vieler Länder Rettungspakete zur Stabilisierung des Finanzsektors und umfangreiche Konjunkturprogramme wurden aufgelegt. Die Kombination von ausbleibenden Steuereinnahmen und steigenden Ausgaben für Hilfs- und Rettungspakete hat die Staatsschulden stark steigen lassen, so dass aus der Finanzkrise eine Schuldenkrise wurde, die in Europa schließlich in die Eurokrise mündete. Da die steigende Staatsverschuldung zur Sanierung der öffentlichen Haushalte zwingt, sind in einigen EU-Ländern teilweise drastische Sparmaßnahmen unumgänglich.¹⁹⁶

Kapitel 4 hat gezeigt, dass in Ländern mit einheitlich finanzierten Gesundheitssystemen im Vergleich zum deutschen dualen System deutlich stärker rationiert wird und dass die Rationierungsmaßnahmen zu Versorgungs-

¹⁹¹ Vgl. Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (2011).

¹⁹² Vgl. Neuseeländisches Gesundheitsministerium (2012).

¹⁹³ Vgl. Television New Zealand – TVNZ (2011).

¹⁹⁴ Vgl. Paris/Devaux/Wei (2010), S. 23.

¹⁹⁵ Vgl. OECD (2012b).

¹⁹⁶ Vgl. Zamorano (2012).

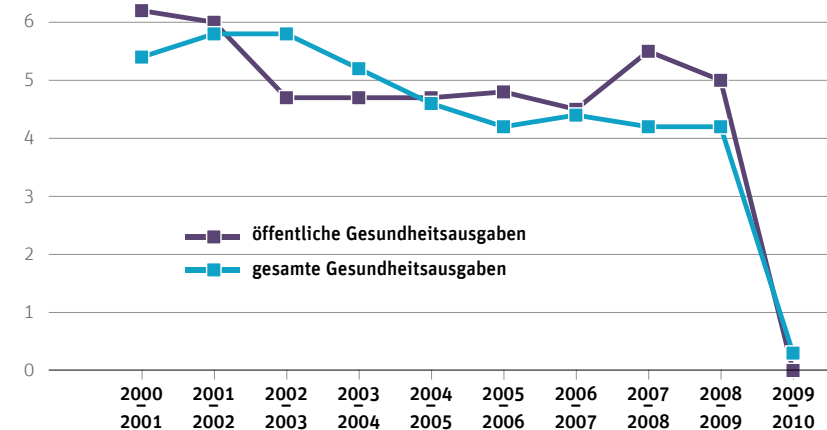
unterschieden in der Bevölkerung führen. Im diesem Kapitel wird nun erläutert, wie die aktuelle Finanzkrise diese Situation in vielen Ländern noch verschärft, denn Haushaltskürzungen im öffentlichen Sektor wirken sich auch auf das Gesundheitswesen aus.

5.1 Die Entwicklungen im OECD-Vergleich

Die Folgen der Finanzkrise haben in fast allen Gesundheitssystemen der OECD-Länder zu Einschnitten geführt.¹⁹⁷ Während das Niveau der öffentlichen Gesundheitsausgaben zu Beginn der Krise im OECD-Durchschnitt zunächst noch beibehalten wurde, zeigen die Einschnitte bei den Ausgaben seit dem Jahr 2010 tatsächlich Wirkung. Dies war insbesondere in denjenigen europäischen Ländern der Fall, die am stärksten von der Rezession betroffen sind.¹⁹⁸ Die folgende Abbildung zeigt, dass das reale Wachstum sowohl der gesamten als auch der öffentlichen Gesundheitsausgaben im OECD-Durchschnitt im Jahr 2010 drastisch eingebrochen sind und inzwischen kein Zuwachs mehr feststellbar ist.

Abbildung 13:
Jährliche reale Zuwachsraten der gesamten und öffentlichen Gesundheitsausgaben in der OECD von 2001 bis 2010

Anstieg in Prozent pro Jahr



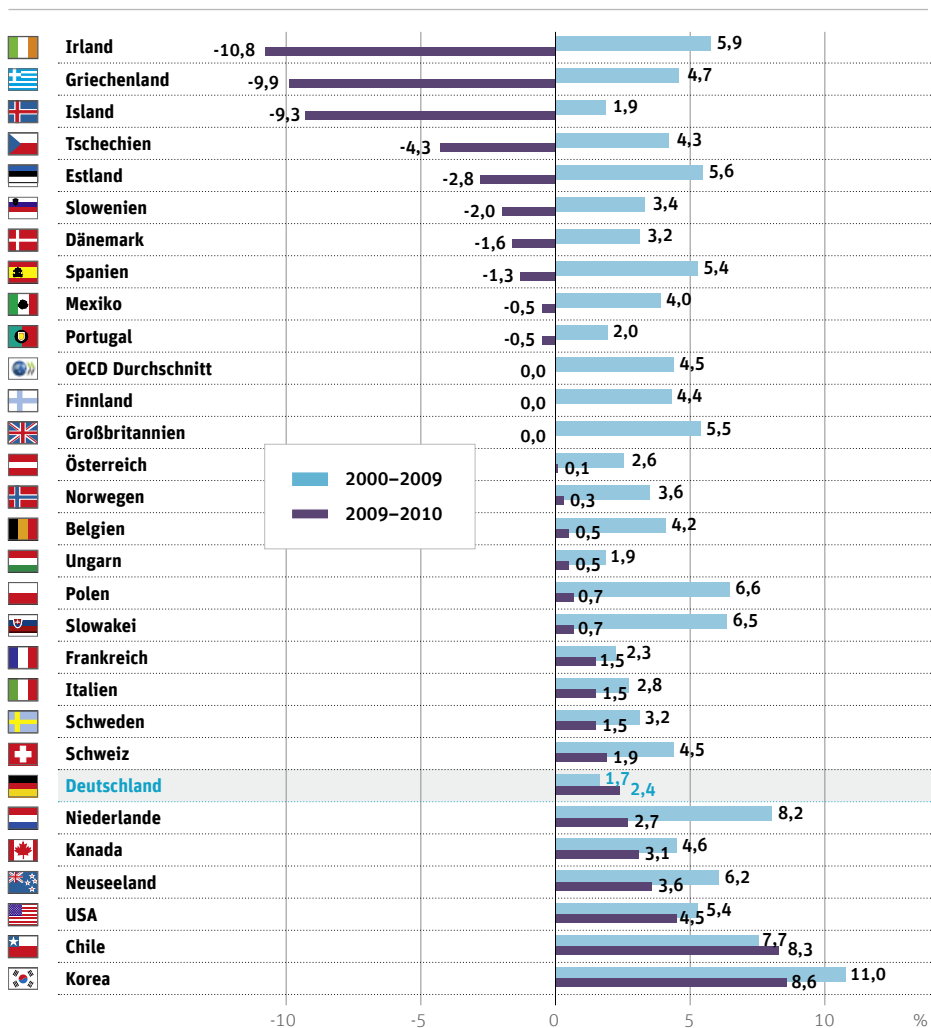
Quelle: OECD (2012d).

¹⁹⁷ Vgl. KPMG (2012).

¹⁹⁸ Vgl. OECD (2012c).

Abbildung 14 zeigt die durchschnittliche reale Veränderung der öffentlichen Gesundheitsausgaben in den einzelnen OECD-Ländern. Dabei wird differenziert in das durchschnittliche Wachstum von 2000 bis 2009 und das Wachstum von 2009 bis 2010. Im Gegensatz zu vielen anderen OECD-

Abbildung 14:
Durchschnittliches reales Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern seit 2000



Quelle: OECD (2012d).

Ländern, bei denen sich die Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben im Zuge der globalen Wirtschafts- und Finanzkrise deutlich verlangsamt haben oder sogar negativ ausfielen, erhöhten sich die Gesundheitsausgaben in Deutschland im Jahr 2010 gegenüber 2009 real um 2,6%.¹⁹⁹ Es wird deutlich, dass Deutschland (neben Chile) das einzige Land ist, in dem die öffentlichen Gesundheitsausgaben von 2009 bis 2010 stärker gestiegen sind als im Zeitraum von 2000 bis 2009.

Insbesondere diejenigen Länder, die ein negatives Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben aufweisen (z. B. Irland, Griechenland, Spanien, Portugal), haben somit massiv in das Gesundheitssystem eingegriffen und rationiert. Aber auch in Ländern, in denen sich das Wachstum nur abgeschwächt hat, wurden Einschnitte vorgenommen.²⁰⁰

5.2 Die Situation in Europa

Nachdem sich die Finanzmärkte wieder beruhigt hatten, wurde im Oktober 2009 eine Staatsschuldenkrise im Euroraum sichtbar, als Griechenland seine wahre Finanzlage offenbarte und Hilfspakete von IWF und EU erbat, um die Staatsinsolvenz zu vermeiden. Irland und Portugal waren die nächsten Länder, die aus eigener Kraft ihre Staatsschulden nicht mehr bedienen konnten. Zypern war 2012 ebenfalls auf externe Hilfen bei der Finanzierung seines Staatshaushaltes angewiesen, während Spanien im selben Jahr spezielle Hilfe für die Rekapitalisierung seiner Banken in Anspruch genommen hat. Da auch Italien seit 2010 Probleme hat, am Kapitalmarkt Kredite aufzunehmen, wird es ebenfalls zu den Krisenstaaten gezählt.

Um sicherzustellen, dass es in den betroffenen Euro-Mitgliedsländern nicht zur Staatsinsolvenz kommt, wurde mit der „European Financial Stability Facility“ (EFSF) im Jahr 2010 eine Institution geschaffen, die in der öffentlichen Diskussion als „Rettungsschirm“ bekannt ist. Am 08.10.2012 trat der European Stability Mechanism (ESM) in Kraft, der den EFSF abgelöst hat.²⁰¹ Der ESM wurde mit demselben Instrumentenkasten ausgestattet wie der Vorläufer EFSF. Er kann Euro-Ländern Hilfskredite geben, die die Länder später an den ESM zurückzahlen müssen. Die Rettungsprogramme sind mit harten Reformauflagen verknüpft, welche vor Ort von der EU-Kommission, der Europäischen Zentralbank (EZB) sowie dem IWF (der sogenannten „Troika“) überprüft werden.²⁰² Dazu wird von den betroffenen Ländern eine

199 Vgl. OECD (2012e).

200 Vgl. auch Morgan/Astolfi (2013).

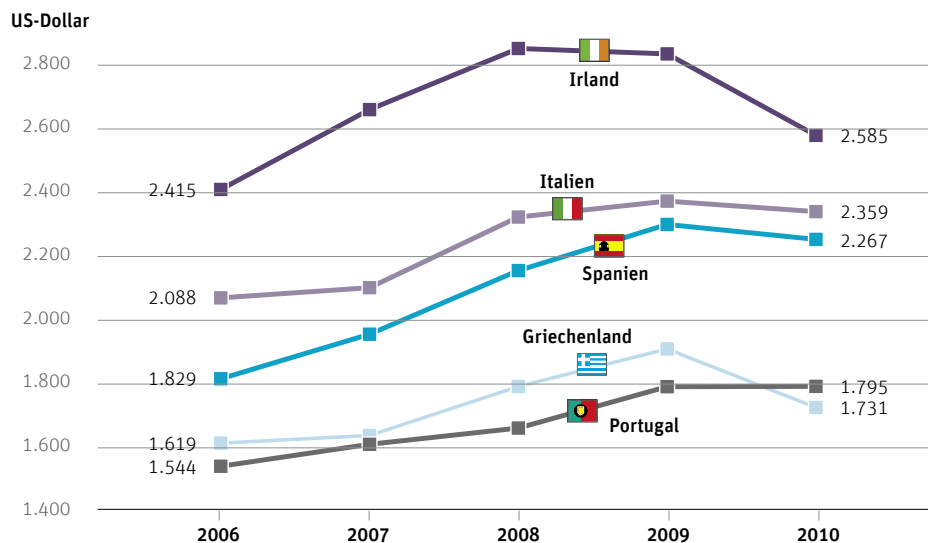
201 Parallel zum ESM wird der EFSF mit den laufenden Programmen für Griechenland, Portugal und Irland weiter fortgeführt. Die finanzielle Unterstützung für die Rekapitalisierung des spanischen Bankensektors wird von EFSF auf den ESM übertragen (vgl. European Financial Stability Facility – EFSF (2012)).

202 Vgl. Hildebrand (2012).

Absichtserklärung, das sog. „Memorandum of Understanding“ (MoU), unterzeichnet.²⁰³ Die dort vereinbarten Auflagen hängen vom Hilfsinstrument ab: Am weitreichendsten sind sie bei einem vollen Programm, dann erstrecken sich die Reformen auf den gesamten Staat, von Arbeitsmarkt bis Steuerpolitik. Im Fall von Spanien beziehen sich die Maßnahmen nur auf den Finanzsektor, da nur Gelder zur Stützung des Bankensystems in Anspruch genommen wurden.

Wie bereits die negativen Wachstumsraten der öffentlichen Gesundheitsausgaben verdeutlichen (→ Abbildung 14), erstrecken sich die Sparmaßnahmen der Regierungen auch auf die Kürzung der öffentlichen Mittel für die gesundheitliche Versorgung. Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der öffentlichen kaufkraftbereinigten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben der Krisenländer Griechenland, Portugal, Irland, Spanien und Italien in US-Dollar von 2004 bis 2010. Es wird deutlich, dass die öffentlichen Ausgaben in allen Ländern (bis auf Portugal) im Jahr 2010 im Vergleich zum Vorjahr gesunken sind.

Abbildung 15:
Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Irland, Italien, Spanien, Portugal und Griechenland pro Kopf in US-Dollar (kaufkraftbereinigt) 2006 bis 2010



Quelle: OECD (2012d).

203 Vgl. Bundesministerium für Finanzen (2012).

Jedoch waren in Europa nicht nur die sogenannten „Krisenländer“ gezwungen, im öffentlichen Bereich Sparmaßnahmen einzuleiten und somit auch im Gesundheitssystem Kürzungen vorzunehmen. Dies verdeutlicht eine Umfrage zu Reaktionen der Gesundheitspolitik aufgrund der Finanzkrise, die das WHO-Regionalbüro für Europa und das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik im Frühjahr 2011 in den Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO durchgeführt haben.²⁰⁴ Das Ergebnis der Umfrage zeigt, dass die Änderungen im Gesundheitsbereich als Reaktion auf die Krise sehr unterschiedlich ausfielen und hauptsächlich davon abhingen, wie stark der Wirtschaftsabschwung in den jeweiligen Ländern ausfiel. Viele Länder haben die Budgets für die gesundheitliche Versorgung seit Beginn der Krise im Rahmen der Sparmaßnahmen im öffentlichen Sektor teilweise drastisch gekürzt.

In der folgenden Tabelle ist dargestellt, wie die befragten Länder ihre Gesundheitsbudgets als Reaktion auf die Finanzkrise angepasst haben.

Tabelle 10:
Reaktionen auf die Finanzkrise in Bezug auf das Gesundheitsbudget (Ergebnisse der WHO-Umfrage 2011)

Frankreich	Seit der Finanzkrise ist das Defizit in der Krankenversicherung von 4,4 Milliarden Euro im Jahr 2008 auf 10,6 Milliarden Euro im Jahr 2009 gestiegen. Grund dafür sind höhere Ausgaben und geringere Steuereinnahmen. Das Budget für 2011 war mit 11,3 Milliarden Euro daher um 0,6 Milliarden Euro geringer als im Vergleich zum Vorjahr.
Griechenland	Im Rahmen des MoU mussten die öffentlichen Gesundheitsausgaben für das Jahr 2011 um 0,5 % des BIP gekürzt werden. Das Gesundheitsbudget für 2011 reduzierte sich dadurch um 1,4 Milliarden Euro im Vergleich zum Vorjahr.
Großbritannien	Nach Jahren der Budgeterhöhungen im Gesundheitssystem befindet sich der britische NHS in Folge der Krise seit 2008 in einer Phase der Sparpolitik. Für die nächste 5-Jahres-Periode ab 2011 wird eine Senkung der NHS-Ausgaben um 20 bis 30 % erwartet.
Irland	Im Jahr 2010 wurde über 1 Milliarde Euro im Gesundheitswesen eingespart und im Jahr 2011 wurde das Gesundheitsbudget um weitere 746 Millionen Euro gekürzt.
Island	Das Budget für die gesundheitliche und soziale Versorgung wurde seit der Krise jährlich um rund 5 % gekürzt. Seit März 2009 hat die Regierung die Ausgaben für Ausstattung, Arzneimittel, Betriebskosten und Krankentransport gekürzt.

204 Vgl. Mladovsky et al. (2012a). Befragt wurden Experten des Gesundheitswesens wie z. B. wissenschaftliche Mitarbeiter von Universitäten oder Mitarbeiter der WHO-Büros der jeweiligen Länder.

Italien	<p>Im Rahmen der Krise hat die italienische Regierung im Jahr 2011 unter anderem folgende Kürzungsmaßnahmen im Gesundheitssystem vorgenommen:</p> <p>Investitionen im Bereich der Infrastruktur des Gesundheitswesens: Kürzung um 1 Milliarde Euro auf 236 Millionen Euro.</p> <p>Forschungsförderung im Bereich Public Health: Von 91,9 Millionen Euro auf 18,4 Millionen Euro.</p> <p>Fonds für Gesundheitsförderung und Prävention: Von 29,6 Millionen Euro auf 5,9 Millionen Euro.</p> <p>Palliativversorgung: Kürzung um 1 Million Euro.</p> <p>Zudem wurde 2010 das Arzneimittelbudget um 800 Millionen Euro gekürzt und auf 13,3 % der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben fixiert.</p>
Österreich	<p>Im Rahmen des Sanierungskonzeptes für die Krankenkassen wurde im Jahr 2010 ein Kassenstrukturfonds eingeführt mit dem Ziel, die Beiträge der Krankenkassen stabil zu halten und diese davor zu bewahren, aufgrund der Finanzkrise noch weiter in Schulden zu stürzen. Die Anschubfinanzierung des Bundes betrug im Jahr 2010 1 Milliarde Euro und in den Jahren 2011 bis 2015 stellt der Bund je 40 Millionen Euro aus Steuermitteln zur Verfügung. Die Ausschüttung ist allerdings daran geknüpft, dass die Krankenkassen die vereinbarten Sparziele erreichen.</p>
Portugal	<p>Vor dem Hintergrund des MoU wurden im Jahr 2011 700 Millionen Euro im Gesundheitssystem eingespart. Weitere 200 Millionen sollen 2012 eingespart werden.</p>
Schweden	<p>In Schweden werden die lokalen Steuern in erster Linie für die gesundheitliche Versorgung verwendet. Aufgrund der gesunkenen lokalen Steuereinnahmen hat der schwedische Staat die lokalen Gesundheitsbehörden im Jahr 2009 mit 7 Milliarden SEK (rund 647 Millionen Euro) bezuschusst, um die Steuerausfälle zu kompensieren.</p>
Slowenien	<p>Die slowenische Krankenversicherung hat im Jahr 2009 rund 136 Millionen Euro und im Jahr 2010 239 Millionen Euro eingespart.</p>
Spanien	<p>Im dezentral organisierten Gesundheitssystem Spaniens hat bis dato nur die Region Katalonien Kostendämpfungsmaßnahmen umgesetzt. Das katalanische Defizit im Gesundheitsbereich lag 2010 bei 850 Millionen Euro. Das Gesundheitsbudget für das Jahr 2011 wurde im Vergleich zum Vorjahr um 10 % gekürzt.</p>

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Mladovsky et al. (2012a).

Die obige Zusammenstellung der Umfrageergebnisse macht deutlich, dass sich der Sparkurs der einzelnen Regierungen teilweise deutlich in den Gesundheitsbudgets widerspiegelt. Als Folge der Budgetkürzungen wurden bisher in erster Linie die Löhne des Gesundheitspersonals und die öffentlichen Ausgaben für Arzneimittel gekürzt oder eingefroren.²⁰⁵

Die Ergebnisse dieser WHO-Umfrage zeigen jedoch auch, dass die meisten Länder bisher noch keine gravierenden Änderungen am Umfang des Leistungskatalogs des öffentlichen Gesundheitssystems vorgenommen haben.

205 Vgl. Mladovsky et al. (2012a), S.5f.; Vogler et al. (2012); Stuckler et al. (2010).

Als Maßnahmen der expliziten Rationierung durch Leistungskürzungen können exemplarisch folgende genannt werden: In Ungarn wurde die Dauer der Krankengeldzahlungen in 2009 für krankenversicherungspflichtig Beschäftigte von einem Jahr auf 30 Tage gekürzt. Die Höhe des Krankengeldes ist von 70 % auf 60 % des Einkommens abgesenkt worden. In Portugal wurden 2011 folgende Leistungen der Krankenversicherung der Beamten (ADSE) gestrichen: Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, alternative Therapien und kosmetische Eingriffe. In Großbritannien wurde ein geplantes Programm der eins-zu-eins Betreuung von Krebspatienten durch eine Pflegeperson und die Begrenzung der Wartezeit für Krebsdiagnostik auf maximal eine Woche nicht umgesetzt. Seit 2011 werden in der Schweiz Brillengläser nicht mehr von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet. Dies war eine von mehreren Maßnahmen, um den stetigen Anstieg der Prämien im Schweizer Gesundheitssystem zu bremsen.²⁰⁶

Anstatt den Leistungsumfang zu reduzieren, setzten viele europäische Länder zunächst die Erhöhung der obligatorischen Zuzahlungen als Mittel der expliziten Rationierung im Gesundheitssystem ein, wie die folgende Übersicht zeigt.

Tabelle 11:
Rationierung durch Erhöhung der Zuzahlungen als Reaktion auf die Finanzkrise (Ergebnisse der WHO-Umfrage 2011)

Dänemark	Einführung von Selbstbeteiligungen für künstliche Befruchtung und Sterilisation ab 2011.
Finnland	Selbstbeteiligungen für öffentliche Gesundheitsdienste stiegen 2010 um 10 %.
Frankreich	<p>Seit 2008 sind Zuzahlungen für verschreibungspflichtige Medikamente, Arztbesuche und Rettungsfahrten nicht mehr durch eine private Zusatzversicherung erstattungsfähig.</p> <p>Absenkung des Erstattungsanteils für Arzneimittel von 35 % auf 30 %, Absenkung des Erstattungsanteils für Medizinprodukte von 65 % auf 60 %. Erhöhung der im Jahr 2010 eingeführten Zuzahlung für Krankenhausaufenthalte von 16 Euro auf 18 Euro pro Tag.</p> <p>Einführung einer neuen Regelung im Jahr 2009, nach der Patienten bestraft werden, die den vorgeschriebenen medizinischen Behandlungspfad nicht einhalten: Deren Zuzahlung wird um 40 % erhöht.</p>
Griechenland	Seit 2011 Erhöhung der Zuzahlung für Krankenhausaufenthalte von 3 Euro auf 5 Euro pro Tag.
Großbritannien	Ein geplantes Programm zur Ausweitung der Liste der chronischen Erkrankungen, bei denen keine Zuzahlung bei Medikamenten geleistet werden muss, wurde nicht umgesetzt und wird nicht weiter verfolgt.

206 Vgl. Mladovsky et al. (2012b).

Irland	Seit 2009 stiegen die Zuzahlungen für diejenigen zwei Drittel der Bevölkerung, die keine „medical card“ besitzen bei Krankenhausaufenthalt (um 17 % bei öffentlichen Betten und 20 % bei Privatbetten), bei Inanspruchnahme der Notaufnahme und bei Medikamenten.
Italien	Im Jahr 2011 wurde per Gesetz eine Erhöhung der Zuzahlungen für Arztbesuche (10 Euro) und für Inanspruchnahme der Notaufnahme, wenn kein Notfall besteht (25 Euro), beschlossen.
Niederlande	Aufgrund von Einschränkungen des Leistungskataloges erhöhen sich die Zuzahlungen seit 2010.
Portugal	Erhöhung der Zuzahlungen für bestimmte Impfstoffe von bisher weniger als 1 Euro auf 50 bis 100 Euro pro Impfdosis. Erhöhung der Zuzahlungen für ärztliche Bescheinigungen. Einführung von Zuzahlungen für bestimmte Medikamente zur Behandlung psychischer Erkrankungen in Höhe von 5 bis 10 %. Seit Januar 2011 werden bestimmte nicht-verschreibungspflichtige Medikamente nicht mehr bezuschusst (z. B. Paracetamol).*
Tschechien	Erhöhung der Zuzahlungen für Krankenhausaufenthalte von 60 auf 100 CZK (ca. 2,40 auf 4 Euro).

Quelle: Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Mladovsky et al. (2012a).

* Anm. d. V.: Im Jahr nach der Umfrage (ab Januar 2012) wurden weitere Zuzahlungen im portugiesischen Gesundheitswesen erhöht: Termin in der Primärversorgung von 2,25 Euro auf 5 Euro, Besuche in der Notaufnahme von 3,80 Euro auf 10 Euro (vgl. Augusto (2012)).

Die Ergebnisse dieser WHO-Umfrage zeigen, dass viele europäische Länder bisher noch nicht zu einschneidenden expliziten Rationierungsmaßnahmen greifen, um Einsparungen in den öffentlich finanzierten Gesundheitssystemen zu erreichen. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass es sich bei den Ergebnissen um Selbstauskünfte der befragten Länder handelt. Somit werden die Länder nur diejenigen Reaktionen auf die Finanzkrise angeben, die im Rahmen formeller Politikprozesse implementiert wurden (z. B. Gehaltskürzungen oder Erhöhung von Zuzahlungen). Die implizite Rationierung, die sich z. B. in längeren Wartezeiten ausdrückt, wird durch eine Umfrage kaum abgebildet werden können. Somit erhebt die obige Zusammenstellung keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Die tatsächlich in den Ländern herrschende Situation in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung ist aufgrund der Aktualität des Themas oftmals nur aus Presseartikeln zu entnehmen. Des Weiteren ist zu beachten, dass bisher kein Ende der Eurokrise abzusehen ist und sich die gravierendsten Folgen der Krise für die Gesundheitssysteme somit erst mittel- und langfristige abzeichnen werden.

Im Rahmen des European Health Forum Gastein – der wichtigsten gesundheitspolitischen Fachveranstaltung der EU – wurde im Oktober 2012 ebenfalls das Fazit gezogen, dass die schlechter werdenden finanziellen

Ressourcen in ganz Europa voraussichtlich einen direkten Einfluss auf die europäischen Gesundheitssysteme und die Gesundheit der Europäerinnen und Europäer haben werden.²⁰⁷

Folgend wird die aktuelle Situation in Griechenland, Portugal und Irland näher betrachtet, da sie unter den Euroländern eine besondere Position einnehmen. Diese drei Länder erhalten Hilfen aus dem Rettungsschirm und müssen somit die Auflagen der „Troika“ erfüllen – auch im Bereich des öffentlichen Gesundheitssystems. Dies hat zur Folge, dass internationale Institutionen nun direkt in die nationale Gesundheitspolitik dieser Länder eingreifen.

Griechenland



Das griechische Gesundheitssystem ist massiv von der schlechten wirtschaftlichen Situation des Landes betroffen. Den Daten der OECD ist zu entnehmen, dass die Gesundheitsausgaben in Griechenland im Jahr 2010 real um 6,5 % gefallen sind. Als Ursache hierfür wird eine drastische Kürzung der öffentlichen Gesundheitsausgaben als Teil der regierungsweiten Maßnahmen zur Reduktion der Staatsverschuldung genannt.²⁰⁸

Seit 2010 hat Griechenland mehrere „Memorandi of Understanding“ unterzeichnet, die eine Reihe von Maßnahmen vorschrieben, mit denen die öffentlichen Ausgaben gesenkt werden sollen. In diesem Zusammenhang wurden auch die umfassendsten Gesundheitsreformen seit Jahrzehnten auf den Weg gebracht. Nach Vorgabe der MoUs mussten die öffentlichen Gesundheitsausgaben um 0,5 % des BIP gekürzt werden. Demzufolge wurde das Gesundheitsbudget für 2011 um 1,4 Milliarden Euro gesenkt: 568 Millionen Euro wurden durch Gehaltskürzungen und Leistungseinschnitte eingespart, 840 Millionen Euro durch Einsparungen im Krankensektor.²⁰⁹

Um die Einhaltung des Defizitziels zu gewährleisten, hat die Troika der griechischen Regierung auferlegt, dass die Ausgaben im Gesundheitswesen wie folgt gesenkt werden müssen:²¹⁰

- 310 Millionen Euro im Jahr 2011
- 697 Millionen Euro im Jahr 2012
- 349 Millionen Euro im Jahr 2013
- 303 Millionen Euro im Jahr 2014
- 463 Millionen Euro im Jahr 2015

²⁰⁷ Vgl. European Health Forum Gastein – EFGH (2012).

²⁰⁸ Vgl. OECD (2012f).

²⁰⁹ Vgl. Kaitelidou/Kouli (2012), S. 12ff.

²¹⁰ Vgl. Europäische Kommission (2011).

Im zweiten MoU vom 08.12.2010²¹¹ werden folgende Absichtserklärungen in Bezug auf das Gesundheitswesen festgelegt: Das übergeordnete Ziel ist, die griechischen Gesundheitsausgaben auf oder unter 6 % des BIP zu senken, wobei der Fokus auf Haushaltsdisziplin und Kostenkontrolle liegt. Im Arzneimittelbereich sollen mindestens 2 Milliarden Euro eingespart werden, wobei 1 Milliarde bereits im Jahr 2011 realisiert werden soll. Damit sollen die durchschnittlichen öffentlichen Arzneimittelausgaben bis Ende 2012 auf 1 % des BIP gesenkt werden.

In einem weiteren MoU vom 30.11.2011²¹² wurde unter anderem die Einrichtung einer staatlichen Organisation für Gesundheitsdienstleistungen (EOPYY) vorgesehen. Die griechische Regierung hat im Jahr 2012 das Gesetz 3918/2011 über strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen und andere Bestimmungen verabschiedet und damit mehrere Änderungen im Hinblick darauf eingeführt, wie das Gesundheitswesen gesteuert und wie bestimmte Dienste gekauft/bereitgestellt (Auftragsvergabe) und reguliert werden (Arzneimittel). Mit dem Gesetz wird u. a. die Forderung des o.g. MoU erfüllt und die vier größten Krankenkassen (IKA-ETAM, OGA, OPAD, OAEE) wurden zur „Staatlichen Organisation für Gesundheitsdienstleistungen (EOPYY)“ zusammengeschlossen, die den Kauf von Gesundheitsdienstleistungen für die Versicherten dieser Kassen abwickeln soll.²¹³

Allerdings waren die meisten Krankenkassen bereits verschuldet, so dass die EOPYY Verbindlichkeiten in Höhe von ca. 2 Milliarden Euro gegenüber Ärzten, Apotheken, Krankenhäusern und Pharmakonzernen begleichen müsste. Erschwerend kommt hinzu, dass es kein Konzept für eine tragfähige Finanzierung der EOPYY gibt. Diese Institution erhält 500 Millionen Euro weniger staatliche Zuschüsse als die einzelnen Krankenkassen vor der Fusion.²¹⁴ Andere Quellen sprechen bereits von Schulden der EOPYY in Höhe von knapp 3 Milliarden Euro.²¹⁵ Vor diesem Hintergrund kam es seit Ausbruch der Krise 2009 auf Seiten der Leistungserbringer mehrfach zu Protestbewegungen: Apotheker verweigerten einige Male über längere Zeit die Herausgabe von Arzneimitteln auf Kassenrezept und verlangten Barzahlung. Zuletzt war dies Ende 2012 der Fall.²¹⁶ Auch viele Ärzte behandelten phasenweise nur noch gegen Barzahlung. Griechische Patienten müssen daher ihre Arztbesuche und Medikamente selbst bezahlen und hoffen, dass sie die Kosten irgendwann von EOPYY erstattet bekommen.²¹⁷ Für chro-

211 Vgl. International Monetary Fund – IMF (2010).

212 Vgl. International Monetary Fund – IMF (2011a).

213 Vgl. Europäische Kommission (2011).

214 Vgl. BT-Drucksache 17/10794.

215 Vgl. Aswestopoulos (2012a).

216 Vgl. Welt-Online (2012).

217 Vgl. Spiegel-Online (2012).

nisch-krankte Patienten bedeutet das beispielsweise, dass sie 250 bis 300 Euro pro Monat aus eigener Tasche zahlen müssen.²¹⁸ Der durchschnittliche monatliche Bruttolohn in Griechenland beträgt derzeit 586 bis 749 Euro²¹⁹, wobei derzeit über 24 % der Griechen arbeitslos sind.²²⁰ Auch die private Finanzierung der Gesundheitsausgaben wird nicht auf Dauer möglich sein, denn 81 % der erwachsenen Griechen haben weniger als 2.000 Euro auf dem Sparkonto.²²¹

Die Versorgung in den Krankenhäusern kann überwiegend nicht mehr sichergestellt werden, da es am Nötigsten fehlt. So geht aus Presseberichten hervor, dass die Verwandten der Patienten selbst Gips kaufen müssen, damit die Ärzte gebrochene Arme und Beine behandeln können. Die größte Klinik in der nordgriechischen Hafenstadt Thessaloniki führt keine kardiologischen Untersuchungen und Operationen mehr durch, da das Krankenhaus kein Geld mehr habe, um die Stents zu kaufen.²²²

Die Berichte ergeben ein sehr düsteres Bild. Die öffentliche griechische Gesundheitsversorgung scheint völlig zusammenzubrechen und somit stellt Griechenland das Land mit den dramatischsten Folgen der Finanzkrise für das Gesundheitssystem dar.

Portugal



Im ersten portugiesischen MoU vom 17.05.2011²²³ wurde festgelegt, dass im portugiesischen Gesundheitssystem insgesamt 550 Millionen Euro eingespart werden sollen. Zudem sollen die öffentlichen Ausgaben für Arzneimittel im Jahr 2012 auf 1,25 % des BIP und im Jahr 2013 auf 1 % des BIP abgesenkt werden. Um die Einsparungen zu erreichen, soll die Regierung verschiedene Maßnahmen umsetzen, die sich vor allem auf die Finanzierung und Organisation des öffentlichen Gesundheitssystems beziehen. So wurden beispielsweise die obligatorischen Zuzahlungen für bestimmte Leistungen erhöht.²²⁴ Im Jahr 2012 sollen die Betriebskosten der Krankenhäuser um 200 Millionen Euro reduziert werden. Auch die Kosten für Krankentransportleistungen sind um ein Drittel zu kürzen.

218 Vgl. Deutsche Wirtschafts Nachrichten (2012).

219 Vgl. Aswestopoulos (2012a).

220 Vgl. Zeit Online (2012).

221 Vgl. Aswestopoulos (2012b).

222 Vgl. Stern Online (2012).

223 Vgl. International Monetary Fund – IMF (2011b).

224 Im internationalen Vergleich gehören die Zuzahlungen im portugiesischen Gesundheitssystem nunmehr zu den höchsten im europäischen Vergleich (vgl. Barros (2012)). Im zweiten Review des MoU wurde ergänzt, dass die Erhöhung der Zuzahlungen zu zusätzlichen Einnahmen in Höhe von 150 Millionen Euro im Jahr 2012 und weiteren 50 Millionen Euro im Jahr 2013 führen soll (vgl. International Monetary Fund (2011c), S. 95).

Um die Einsparungen zu erreichen, ist das Gesundheitsbudget für 2012 das härteste seit Jahrzehnten. Die Ausgaben sollen 2012 um insgesamt 710 Millionen Euro gekürzt werden, wobei das dann verbleibende Budget in Höhe von 7.952 Millionen Euro nicht ausreichen wird, um die Ausgaben zu decken. Der Haushalt des Gesundheitssystems wird das Jahr 2012 mit einem Defizit von 200 Millionen Euro beschließen.²²⁵ Angesichts der Schuldenkrise hat der Schweizer Pharmakonzern Roche in Portugal die Medikamentenlieferung an 23 zahlungsunfähige Krankenhäuser eingestellt.²²⁶



Irland

Auch Irland wurde hart von der Krise getroffen. In den irischen MoU sind in Bezug auf das Gesundheitswesen zwar keine detaillierten Absichtserklärungen enthalten, jedoch entfielen 30% der Kürzungen im öffentlichen Bereich im Zeitraum von 2010 bis 2012 auf das Gesundheitssystem. In dieser Zeit wurde das Gesundheitsbudget der Regierung um 2 Milliarden Euro reduziert, was einer Kürzung von mehr als 17% entspricht. Zudem ist geplant, die folgenden zwei Gesundheitsbudgets um weitere 750 Millionen Euro zu kürzen.²²⁷ In Folge der o.g. Kürzungen im öffentlichen Gesundheitswesen sanken die irischen Gesundheitsausgaben nach Angaben der OECD real um 7,6%. Der Großteil der Einsparungen wurde erreicht durch Gehaltskürzungen der Beschäftigten im Gesundheitssektor und eine Reduzierung des Gesundheitspersonals. Zudem wurden Investitionsvorhaben auf Eis gelegt.²²⁸

Belegen lässt sich der Einfluss der Krise jedoch auch in Ländern, die bis November 2012 keine Hilfen aus dem Rettungsschirm erhielten. Als Beispiel werden folgend Italien und Spanien dargestellt, wo die Finanzkrise zu merklichen Versorgungsunterschieden im steuerfinanzierten Gesundheitswesen führt.



Italien

In Italien wurden die Sparmaßnahmen im öffentlichen Sektor vorrangig durch eine Erhöhung der Zuzahlungen im Gesundheitswesen kompensiert. Seit Oktober 2011 müssen die Regionen für Besuche beim Facharzt zusätzlich zu den bisherigen maximal 36,15 Euro eine Gebühr in Höhe von 10 Euro erheben. Zudem müssen Patienten 25 Euro zahlen, wenn sie sich in einer Notaufnahme eines Krankenhauses versorgen lassen, obwohl kein Notfall vorliegt. Höhere Zuzahlungen verteuern den Zugang zum staatlichen SSN und können Teile der Bevölkerung von der Gesundheitsversor-

225 Vgl. Augusto (2012).

226 Vgl. Apotheke adhoc (2012).

227 Vgl. Thomas et al. (2012).

228 Vgl. OECD (2012g).

gung ausschließen. Zudem trifft die Anhebung der privaten Zuzahlungen eine Bevölkerung, die bereits von der italienischen Arbeitsmarktkrise betroffen ist – kombiniert mit längeren Wartezeiten und Personalmangel in Notaufnahmen. Dies führt dazu, dass Familien die Inanspruchnahme notwendiger medizinischer Leistungen verzögern. Vor diesem Hintergrund ist nachvollziehbar, dass sich die Meinung der Italiener zu ihrem Gesundheitssystem aufgrund der Folgen der Finanzkrise deutlich verschlechtert hat: Eine Umfrage aus dem Jahr 2011 ergab, dass 73,5% der Italiener sich über überhöhte Zuzahlungen beschwerten. Von den Befragten, die sich über Probleme beim Zugang zum SSN beschwerten, gab rund ein Drittel längere Wartezeiten im Vergleich zum Vorjahr an. Andere Umfragen aus dem Jahr 2010 zeigen, dass immer mehr Personen der Auffassung sind, dass sich die gesundheitliche Versorgung in ihren Regionen seit Beginn der Finanzkrise verschlechtert hat.²²⁹

Spanien



Auch in Spanien kam es in Folge der Finanzkrise zu Kürzungen im Gesundheitswesen. Die Sparmaßnahmen haben zu einer deutlichen Verringerung der Operationszahlen und stationären Leistungen geführt sowie zu Entlassungen von Personal, Gehaltskürzungen, Zahlungsverzug gegenüber Leistungserbringern und einem Stopp von wesentlichen Innovationen.²³⁰ Die Konsequenzen sind unter anderem längere Wartelisten. So hat sich die Anzahl der Patienten, die auf einen stationären Eingriff warten, im Jahr 2011 um über 35.000 Personen auf 417.407 erhöht. Auch die durchschnittliche Wartezeit ist im Jahr 2011 um 3 Tage länger als noch 2010.²³¹ Allein in der spanischen Region Katalonien ist die Anzahl der Patienten auf Wartelisten von Januar bis Juni 2011 von 53.000 um 23% auf fast 70.000 Patienten gestiegen.²³²

In der Zusammenschau zeigt sich, dass die Finanzkrise von 2008 deutliche Folgen für viele Gesundheitssysteme hat. Wie die WHO-Umfrage zeigt, haben fast alle Länder ihre staatlichen Gesundheitsbudgets drastisch gekürzt. Deutschland stellt hier fast die einzige Ausnahme dar. In der Konsequenz stagnieren real die Gesundheitsausgaben im OECD-Durchschnitt erstmals seit zehn Jahren. Die meisten Länder setzen als Reaktion auf die Sparzwänge die üblichen Instrumente der Kostendämpfung ein, wie z. B. Senkung der Arzthonorare, Erhöhung der Selbstbeteiligung für die Patienten, Leistungskürzungen oder staatlich verordnete Preissenkungen für Arzneimittel. Vor

229 Vgl. de Belvis et al. (2012).

230 Vgl. Gené-Badía et al. (2012).

231 Vgl. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012); Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011).

232 Vgl. Gené-Badía et al. (2012).

allem in den Krisenländern Griechenland, Portugal und Irland, die Hilfen aus dem ESM erhalten, führen die erheblichen Kürzungen im öffentlichen Gesundheitswesen zu massiven Versorgungsunterschieden. Die Erhöhung von Zuzahlungen ist in diesen Ländern eine direkt spürbare Konsequenz der Finanzkrise. Deutlich mehr Gesundheitsleistungen als bisher müssen aus eigener Tasche finanziert werden, während die Menschen in Folge der Krise über immer weniger finanzielle Mittel verfügen. Somit ist eine gesundheitliche Versorgung oft nur für diejenigen Patienten sichergestellt, die sich die höheren Selbstzahlungen leisten können oder die eine entsprechende private Krankenversicherung abgeschlossen haben. Im Gegensatz zu anderen Ländern hat sich das deutsche duale Gesundheitssystem dagegen auch in der Finanzkrise als robust und wenig krisenanfällig erwiesen.

6. Der Zusammenhang von Rationierung und privatem Gesundheitsmarkt

Jede Form von Rationierung in der gesundheitlichen Versorgung ist für Patienten ein Anreiz, sich die gewünschte Leistung außerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems zu beschaffen. Damit es dem Patienten aber tatsächlich möglich ist, die gewünschte Leistung zu erhalten, muss es eine Zugangsmöglichkeit zu dieser Leistung geben. Inwieweit ein entsprechendes Angebot verfügbar ist, hängt eng damit zusammen, wie das Gesundheitssystem eines Landes insgesamt konzipiert ist. Sollte die rationierte Leistung im Inland nicht bereit gestellt werden, besteht unter Umständen die Möglichkeit, sie im Ausland zu erhalten. Des Weiteren muss der Patient in der Lage sein, die gewünschte Leistung zu finanzieren. Hier kommt entweder die Selbstzahlung oder die Absicherung über eine private Krankenversicherung in Betracht. Da Leistungen außerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems nicht von jedem Patienten gleichermaßen in Anspruch genommen werden können, entstehen in der Regel Versorgungsunterschiede innerhalb der Bevölkerung.

Im Folgenden wird dargestellt, dass sich – vor dem Hintergrund von Rationierungen – neben den steuer- oder beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen in allen Ländern ein Markt für private Gesundheitsleistungen bildet und/oder dass Patienten die gewünschte Versorgung im Ausland nachfragen. Da diese privat erworbenen Leistungen häufig durch eine private Krankenversicherung finanziert werden, erfolgt anschließend eine Darstellung des privaten Krankenversicherungsmarktes im internationalen Vergleich.

Dabei wird deutlich, dass Art und Umfang der privaten Krankenversicherung mit Art und Umfang der Rationierung in den öffentlichen Gesundheitssystemen korrespondieren. Die Existenz eines privaten Krankenversicherungsmarktes gibt somit Hinweise auf Versorgungsunterschiede in einem Land. Das Ausmaß und die Bedeutung der Versorgungsunterschiede in den einzelnen Ländern werden dann in Kapitel 7 behandelt.

6.1 Das Angebot privater Gesundheitsleistungen

6.1.1 Beschaffung von rationierten Gesundheitsleistungen im Inland

Findet im Gesundheitssystem weiche Rationierung statt (Abschnitt 3.3), ist es erlaubt, die gewünschten Leistungen privat im eigenen Land zu erwerben. Damit ein Patient die gewünschte Leistung aber tatsächlich erhalten kann, ist ein entsprechendes Angebot seitens der Leistungserbringer erforderlich. Aus Sicht der Leistungserbringer können hier zwei Varianten unterschieden werden:

1. Leistungserbringer behandeln Patienten sowohl im öffentlichen Gesundheitssystem als auch privat neben ihrer Tätigkeit im öffentlichen System („duale Praxis“).
2. Leistungserbringer behandeln entweder nur Patienten des öffentlichen Gesundheitssystems oder ausschließlich privat.

Der erste Fall ist beispielsweise im deutschen Gesundheitswesen die Regel, da gesetzlich und privat krankenversicherte Patienten in nur einem Versorgungssystem behandelt werden. Reine Privatpraxen oder -kliniken sind eher selten. Damit ist von gleichen oder ähnlichen Qualitätsstandards in beiden Bereichen auszugehen. Zusätzlich erleichtert es den Zugang zu privaten Leistungen für Patienten des öffentlichen Gesundheitssystems, wenn die gleichen Leistungserbringer diese erbringen. Sind dagegen im zweiten Fall die Versorgungsstrukturen des öffentlichen Gesundheitssystems und des privaten Marktes institutionell getrennt, vergrößert dies in der Tendenz die Qualitätsunterschiede.

Des Weiteren existieren Mischsysteme, in denen es sowohl Leistungserbringer gibt, die in beiden Systemen tätig sind als auch solche, die rein im öffentlichen System oder nur Privatpatienten behandeln. Darüber hinaus finden sich Unterschiede je nach Sektor. So ist in manchen Ländern beispielsweise der ambulante oder der zahnärztliche Bereich anders geregelt als der stationäre. Tabelle 12 gibt einen Überblick über die Zulässigkeit der dualen ärztlichen Praxis im OECD-Vergleich.

Tabelle 12:
Duale ärztliche Praxis im OECD-Vergleich

Land	Duale Praxis erlaubt	Anmerkung zur Regulierung der privatärztlichen Praxis
Australien	ja	<ul style="list-style-type: none"> • In Australien ist es üblich, dass Ärzte im öffentlichen und privaten Sektor gleichermaßen tätig sind. • Ärzte setzen ihre Gebühren frei fest • Privatbetten in öffentlichen Krankenhäusern sind erlaubt
Belgien	ja	<ul style="list-style-type: none"> • Duale Praxis ist erlaubt, aber die meisten Ärzte sind selbstständig als Privatarzt tätig. • Privatbetten in öffentlichen Krankenhäusern sind nicht erlaubt
Dänemark	ja	
Deutschland	ja	<ul style="list-style-type: none"> • Privatbetten in öffentlichen Krankenhäusern sind erlaubt • Ärzte müssen bei der Behandlung von Privatpatienten die Gebührenordnung beachten, aber durch unterschiedliche Steigerungssätze besteht für jede Einzelleistung Kalkulationsspielraum.
Finnland	ja	
Frankreich	ja	<ul style="list-style-type: none"> • Privatbetten in öffentlichen Krankenhäusern sind nicht erlaubt
Griechenland	ja	<ul style="list-style-type: none"> • Privatbetten in öffentlichen Krankenhäusern sind nicht erlaubt • Ärzte, die Teilzeit im öffentlichen Gesundheitssystem arbeiten, können auch im Privatsektor arbeiten. • NHS-Ärzte dürfen nicht im Privatsektor arbeiten
Großbritannien	ja, unter bestimmten Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> • NHS-Ärzte dürfen bis zu 10% ihres NHS-Gehalts aus privatärztlicher Praxis erwirtschaften. Wird dieses Limit überschritten, verlieren sie 1/11 ihres NHS-Gehalts • Privatbetten in öffentlichen Krankenhäusern sind erlaubt, aber ihre Anzahl wird vom Gesundheitsministerium begrenzt • Die Arbeitszeit, die Chirurgen und Anästhesisten in privatärztlicher Praxis außerhalb ihrer NHS-Verträge tätig sein dürfen, ist beschränkt
Irland	ja	<ul style="list-style-type: none"> • Privatbetten in öffentlichen Krankenhäusern sind erlaubt
Italien	ja	<ul style="list-style-type: none"> • Privatbetten in öffentlichen Krankenhäusern sind nicht erlaubt
Kanada	nein	<ul style="list-style-type: none"> • Privatärzte dürfen keine Patienten behandeln, die über das öffentliche Gesundheitssystem versorgt werden.
Luxemburg	nein	<ul style="list-style-type: none"> • Privatbetten in öffentlichen Krankenhäusern sind nicht erlaubt
Mexiko	ja	<ul style="list-style-type: none"> • Privatbetten in öffentlichen Krankenhäusern sind nicht erlaubt
Neuseeland	ja	
Niederlande	ja	<ul style="list-style-type: none"> • Privatbetten in öffentlichen Krankenhäusern sind nicht erlaubt
Österreich	ja	<ul style="list-style-type: none"> • Ärzte, die in öffentlichen Krankenhäusern angestellt sind, können Privatpatienten behandeln • Gebühren unterscheiden sich zwischen den Bundesländern • Privatbetten in öffentlichen Krankenhäusern sind erlaubt
Portugal	ja	<ul style="list-style-type: none"> • Privatbetten in öffentlichen Krankenhäusern sind erlaubt

Land	Duale Praxis erlaubt	Anmerkung zur Regulierung der privatärztlichen Praxis
Schweden	ja	
Schweiz	ja	
Spanien	ja, unter bestimmten Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> • Duale Praxis ist erlaubt, wenn dies den Einsatzplan im öffentlichen Gesundheitssystem nicht behindert. • Privatbetten in öffentlichen Krankenhäusern sind nicht erlaubt
Tschechien	k.A.	<ul style="list-style-type: none"> • Privatbetten in öffentlichen Krankenhäusern sind nicht erlaubt
USA	ja	<ul style="list-style-type: none"> • Die meisten Ärzte, die in öffentlichen Krankenhäusern tätig sind, können in ihrer übrigen Zeit privatärztlich tätig sein.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2004), S. 74f.

Es zeigt sich, dass es Ärzten in den meisten Ländern erlaubt ist, in dualer Praxis tätig zu sein. Das heißt, sie dürfen gleichermaßen Patienten im öffentlichen Gesundheitssystem als auch im Privatsektor versorgen. Ausnahmen stellen Kanada, Luxemburg, Spanien und Großbritannien dar. In Kanada und Luxemburg ist die duale Praxis nicht zulässig, in Spanien und Großbritannien ist sie nur mit sehr großen Einschränkungen erlaubt. In Spanien und Großbritannien existiert eine parallele Struktur. In diesen beiden Ländern sind die Ärzte im öffentlichen steuerfinanzierten System angestellt und behandeln nur Patienten, die die Versorgung über dieses System unentgeltlich in Anspruch nehmen. Neben dieser Versorgungsstruktur praktizieren Privatärzte, die Patienten auf Honorarbasis behandeln.

In Frankreich gibt es für die Ärzte im ambulanten Bereich drei Honorarsektoren. Wie bereits in Abschnitt 4.4 erläutert, wenden nicht alle Kassenärzte („médecins conventionnés“) die staatliche Gebührenordnung an und sind im sogenannten zweiten Sektor tätig. Neben den in Sektor 1 und 2 tätigen Kassenärzten gibt es zudem die Ärzte ohne Kassenzulassung („médecins non conventionnés“), die gänzlich außerhalb des staatlichen Systems im sogenannten dritten Sektor tätig sind. Ihre Anzahl beläuft sich allerdings auf nur ca. 500.²³³

Im stationären Bereich gibt es in den meisten Ländern Einschränkungen bei der privat finanzierten Versorgung in öffentlichen Krankenhäusern. So zeigt die Übersicht in Tabelle 12, dass Privatbetten in öffentlichen Krankenhäusern in vielen Ländern nicht erlaubt sind. Versorgungsunterschiede können sich hier durch die Existenz von Privatkliniken ergeben.

In der Zusammenschau steht den Patienten in nahezu allen OECD-Ländern die Möglichkeit offen, sich neben der Versorgung im Rahmen des öffent-

233 Vgl. Collectif interassociatif sur la santé (CISS) (2012), S. 2.

lichen Gesundheitssystems Gesundheitsleistungen entweder bei den gleichen Leistungserbringern oder bei rein privat praktizierenden Ärzten oder Krankenhäusern einzukaufen. Kanada stellt hier eine Ausnahme dar. Fast alle kanadischen Provinzen verbieten Ärzten, die für das öffentliche Gesundheitssystem tätig sind, zusätzliche Privatabrechnungen.²³⁴ Zu den Auswirkungen der dualen ärztlichen Praxis gibt es in der wissenschaftlichen Literatur keine eindeutigen Erkenntnisse.²³⁵

6.1.2 Beschaffung von rationierten Gesundheitsleistungen im Ausland

Ist die gewünschte Leistung im Inland nicht oder nicht zeitnah verfügbar (bei harter als auch bei weicher Rationierung), besteht die Möglichkeit, sie im Ausland zu erwerben. Da aktuelle Daten zum Umfang der Behandlung von Patienten im Ausland nicht vorliegen, wird die Bedeutung dieser Behandlungsoption anhand einer Umfrage der Europäischen Kommission aus dem Jahr 2007 deutlich gemacht. Unter anderem wurden hier die EU-Bürger gefragt, ob sie bereit wären, für eine medizinische Behandlung ins EU-Ausland zu reisen (→ Abbildung 16).²³⁶

Die Bereitschaft, für eine medizinische Behandlung ins Ausland zu reisen, variiert sehr stark zwischen den einzelnen Ländern und reicht von 88 % der Bürger in Zypern bis zu nur 26 % der Bürger in Finnland. Auch in Ländern wie Dänemark, Niederlande, Spanien, Italien oder Großbritannien ist die Bereitschaft, sich zur Behandlung ins Ausland zu begeben, relativ hoch.²³⁷

Ob sich ein Patient im Ausland behandeln lässt, hängt von vielen Einflussgrößen ab. So spielen sicher die Größe eines Landes, seine geografische Lage, die Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen in den Nachbarstaaten, die Transportwege, die Mentalität der Menschen und weitere Faktoren eine Rolle. Ein entscheidender Faktor ist aber auch die Qualität des eigenen Gesundheitssystems und der Zugang zu diesem. So verdeutlicht eine große Bereitschaft zur Behandlung im Ausland die Bedeutung dieser Behandlungsoption zur Umgehung von Rationierung im eigenen Land.

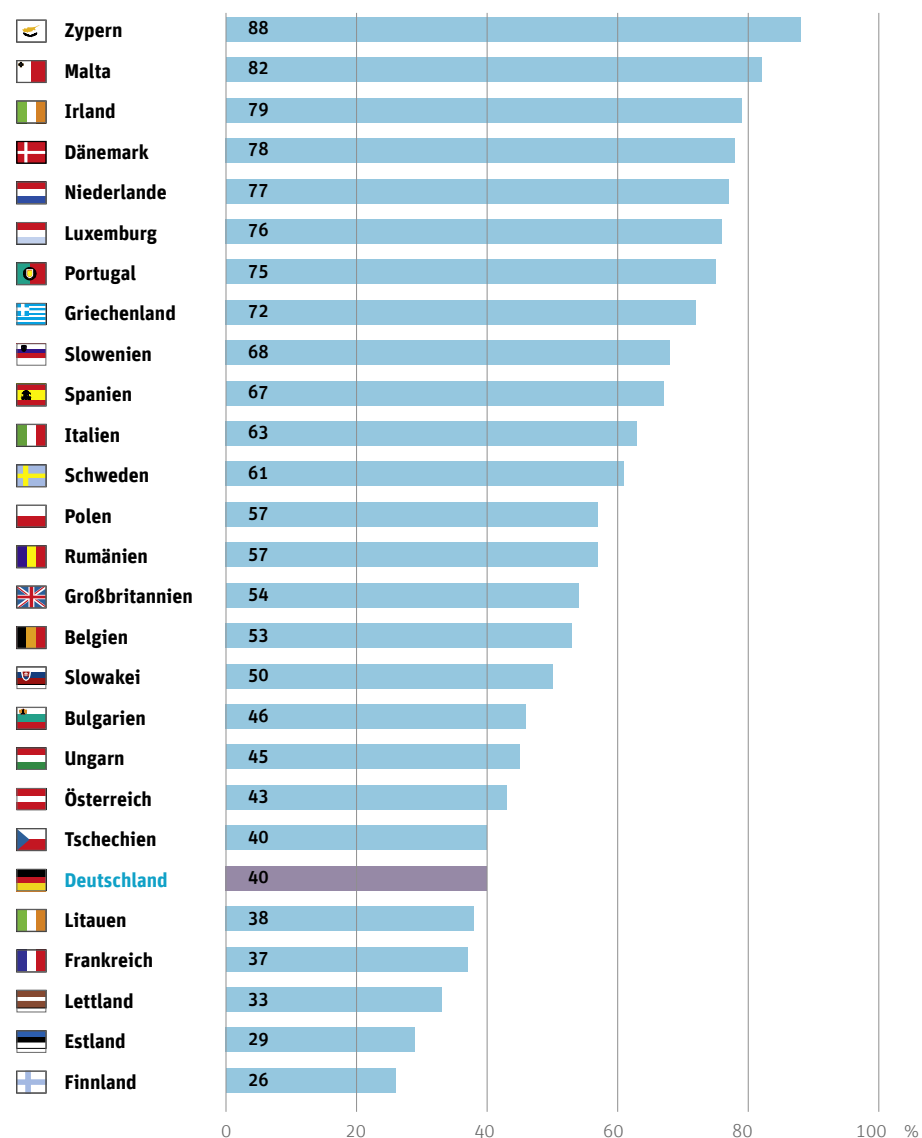
²³⁴ Vgl. Flood/Archibald (2001). So verwundert es nicht, dass 99 % der Einkünfte kanadischer Ärzte aus dem öffentlichen Sektor stammen.

²³⁵ Näher dazu: Socha (2010).

²³⁶ Vgl. Europäische Kommission (2007b).

²³⁷ 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)). Trotz der Anstrengungen, die in der EU hinsichtlich mehr Patientenmobilität unternommen wurden, und der Aufmerksamkeit, die dieses Thema erhielt, gibt es relativ wenig Studien dazu, in welchem Ausmaß Europäer ihr Recht auf Behandlung im EU-Ausland tatsächlich in Anspruch nehmen (vgl. Glinos/Doering/Maarse (2012)).

Abbildung 16:
Anteil der EU-Bürger, die für eine medizinische Behandlung ins EU-Ausland reisen würden



Quelle: Europäische Kommission (2007b).

Die im europäischen Vergleich geringe Bereitschaft der Deutschen, für eine medizinische Behandlung ins Ausland zu reisen, wird durch eine aktuelle Studie bestätigt. Eine Befragung von deutschen Studenten an der niederländischen Universität Maastricht ergab unter anderem, dass von allen Studenten, die in den letzten zwei Jahren eine medizinische Behandlung benötigten, ca. 97 % zu diesem Zweck nach Deutschland zurückgereist sind. Rund 73 % haben sich sogar ausschließlich nur in Deutschland behandeln lassen. Als Gründe für die Nichtinanspruchnahme des niederländischen Gesundheitssystems wurden am häufigsten negative Erfahrungen mit dem niederländischen Gesundheitssystem genannt – und dass es im Vergleich zu den Niederlanden in Deutschland keine Wartezeiten gebe.²³⁸

6.1.3 Das Problem der illegalen Beschaffung

Herrscht im Gesundheitssystem harte Rationierung vor, existiert im Inland kein offizieller Markt für Leistungen. Neben dem Ausweichen ins Ausland besteht für den Patienten dann nur die Möglichkeit, die gewünschten Leistungen durch informelle Zahlungen („Schmiergelder“) zu erkaufen. Bei weicher Rationierung dienen informelle Zahlungen in vielen Ländern dazu, Wartelisten zu umgehen, Zugang zu qualitativ besseren Behandlungsmaßnahmen oder den modernsten Behandlungsmethoden und Medikamenten zu erhalten.

Ein aktueller Ländervergleich zum Ausmaß von Schmiergeldzahlungen von Patienten an Ärzte findet sich im „Euro Health Consumer Index 2012“ (informal payments to doctors). Die Autoren stellen fest, dass dieser naturgemäß wenig dokumentierte Bereich zudem auf wenig Interesse in den einzelnen Ländern und bei den Europäischen Institutionen stößt.²³⁹ Wenig oder keine Schmiergeldzahlungen werden neben Deutschland für Dänemark, Finnland, Großbritannien, Irland, Island, Malta, Niederlande, Norwegen, Portugal, Spanien, Schweden und die Schweiz angegeben. Schmiergeldzahlungen in mittlerem Umfang werden für einige osteuropäische Länder konstatiert (Kroatien, Slowenien, die Tschechische Republik, Polen und Estland). Aber auch Frankreich, Belgien, Italien, Luxemburg, Österreich und Zypern fallen in diese Kategorie. Weit verbreitet sind informelle Zahlungen an Ärzte vor allem in ehemals sozialistischen Ländern, in denen Schmiergeldzahlungen und Schattenwirtschaft verbreitet waren (Albanien, Bulgarien, Lettland, Litauen, Mazedonien, Rumänen, Serbien, Ungarn). Nach dem Zusammenbruch des Ostblocks sind diese Länder in einen Transformationsprozess ihrer Sicherungssysteme getreten. Die finanzielle Ausstattung der dortigen Systeme ist dabei häufig mangelhaft, die Ärzte sind teilweise zu einem relativ geringen Lohn angestellt, so dass hier Schmiergeldzahlungen

238 Vgl. Glinos/Doering/Maarse (2012).

239 Vgl. Björnberg (2012a), S. 31.

auf einen fruchtbaren Boden treffen. Allerdings wird auch Griechenland von den Autoren in die Kategorie mit großen Problemen hinsichtlich informeller Zahlungen im Gesundheitssystem eingeordnet.²⁴⁰

Der Ländervergleich des Euro Health Consumer Index wird durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bestätigt, denn in den Health System Reviews der WHO finden sich ebenfalls Ausführungen zum Problem der informellen Zahlungen im Gesundheitssystem. Die Darstellung erfolgt hier jeweils für das einzelne Land (z. B. Polen, Slowakei oder Türkei).²⁴¹

6.2 Die Finanzierung privater Gesundheitsleistungen

Die obigen Ausführungen haben gezeigt, dass aufgrund der weichen Rationierung in den Gesundheitssystemen fast aller OECD-Länder ein privater Zukauf von Leistungen möglich ist und ein entsprechendes Angebot der Leistungserbringer bereitgestellt wird. Die gewünschten Privatleistungen können entweder über reine Selbstzahlungen finanziert werden oder es besteht eine private Krankenversicherung, die die Kosten erstattet.

Im Zusammenhang mit dem privaten Gesundheitsmarkt sind an dieser Stelle nicht allein die obligatorischen Zuzahlungen gemeint, die in fast allen steuer- und beitragsfinanzierten Krankenversicherungssystemen als Steuerungsinstrument erhoben werden (Abschnitt 4.4). Als Selbstzahlung gelten hier vor allem auch die Zahlungen für Leistungen, die erworben werden, weil sie das öffentliche System nicht zur Verfügung stellt. 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 Rationierung nicht umgehen können, da sie sich die Selbstzahlung der rationierten 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 man die Absicherung über eine private Zusatzversicherung betrachtet, da hier bessere Daten vorliegen. Daher liegt der Schwerpunkt im Folgenden auf dieser Absicherungsmöglichkeit von rationierten Leistungen.

In einer privaten Krankenversicherung gilt das Versicherungsprinzip. Das heißt, es findet eine kollektive Risikoübernahme statt. Alle Versicherten

240 Vgl. Björnberg (2012b).

241 Vgl. Sagan et al. (2011); Szalay et al. (2011); Tatar et al. (2011).

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.²⁴²

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.

Im Verhältnis zu der Situation, in der bei sonst gleichen Bedingungen keine Krankenversicherung besteht, reduziert die Existenz einer solchen Versicherung die Versorgungsunterschiede in einem Land. 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 verzichten, da sie sein Budget überschreitet. Ist diese Versorgung aber über eine Versicherung abgedeckt, kann er sich den entsprechenden Versicherungsschutz unter Umständen sehr wohl leisten, da die Versicherungsprämie deutlich unter dem möglichen seltenen Schaden liegt.

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 können, dieses Risiko über den Abschluss einer Zusatzversicherung sehr wohl absichern können. Damit reduziert die Existenz von Zahnzusatzversicherung 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 Gesundheitssystem rationierten Leistungen, könnte man in diesem Fall nicht von Versorgungsunterschieden sprechen, da jeder durch das öffentliche Gesundheitssystem plus Zusatz-

242 Vgl. Arrow (1963).

versicherung gleich abgesichert ist. Verfügen dagegen nicht alle Personen über eine Zusatzkrankenversicherung, 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.

Der Umfang des Privatversicherungsmarktes ist damit ein Indikator für Rationierung im Gesundheitssystem und für den Umfang und die Bedeutung von Versorgungsunterschieden in einem Land. Gleichzeitig reduziert die private Krankenzusatzversicherung den Umfang der Versorgungsunterschiede im Verhältnis zu einer Situation, in der bei sonst gleichen Rahmenbedingungen keine Absicherung über eine PKV möglich ist.

6.3 Art und Umfang der privaten Krankenzusatzversicherung im Ländervergleich

Wie gezeigt, können die öffentlichen Gesundheitssysteme der untersuchten Länder nicht alle Leistungen im Krankheitsfall umfassend abdecken, so dass je nach Land ein unterschiedlich großer Raum für eine private Absicherung von Gesundheitsleistungen besteht. Je nachdem, wie und in welchem Umfang das Gesundheitssystem Leistungen für den Patienten nicht oder nicht in zufriedenstellender Qualität bereitstellt, entsteht so neben der direkten Selbstzahlung ein Markt für eine Absicherung über eine private Krankenzusatzversicherung. Im nächsten Schritt werden die Formen der privaten Krankenversicherungen im internationalen Vergleich dargestellt und gezeigt, dass sich in den einzelnen Ländern der zu den Rationierungen und Einschränkungen passende Versicherungsschutz bildet. Voraussetzung ist hier, dass dies rechtlich zulässig ist und es sich um einen Markt handelt, in dem sich auch ein Versicherungsschutz bilden kann.

Das Angebot einer privaten Krankenversicherung orientiert sich in Art und Umfang an den Bedürfnissen der Patienten und trifft in den einzelnen Ländern auf unterschiedliche Rahmenbedingungen. Die private Krankenversicherung steht zudem immer in Interaktion mit dem steuer- bzw. beitragsfinanzierten Gesundheitssystem.²⁴³ So etablieren sich in den Ländern verschiedene Formen der privaten Krankenversicherung, die im Folgenden dargestellt und in Verbindung zur Rationierungen im Gesundheitssystem gebracht werden. 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 die-

243 Vgl. OECD (2004), S. 231.

se Leistungen des öffentlichen Krankenversicherungssystems ergänzt bzw. vervollständigt.

Die Zusatzversicherung lässt sich kategorisieren in die duplizierende, supplementäre und komplementäre Form. 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. Die supplementäre Versicherung erstattet Leistungen, die vom öffentlichen System gar nicht abgedeckt werden und die komplementäre Versicherung komplettiert den Versicherungsschutz des öffentlichen Systems (durch Erstattung der obligatorischen Zuzahlungen). Tabelle 13 stellt dar, welche Form der Rationierung im öffentlichen Gesundheitswesen die duplizierende, komplementäre und supplementäre Form der privaten Krankenzusatzversicherung fördert.

Tabelle 13:
Zusammenhang von privater Krankenzusatzversicherung und Rationierung im öffentlichen Gesundheitssystem

Art der privaten Krankenzusatzversicherung	Form der Rationierung, die die Art der Zusatzversicherung fördert
Duplizierend	Wartezeiten, Gatekeeping und mangelnde Qualität im öffentlichen Gesundheitssystem
Supplementär (ergänzend)	Leistungsbegrenzung im öffentlichen Gesundheitssystem, z. B. keine Kostenübernahmen von Zahnbehandlung, Arzneimitteln, Rehabilitation, Alternativmedizin, Einzelzimmer oder Chefarztbehandlung im Krankenhaus
Komplementär (vervollständigend)	Obligatorische Zuzahlungen, d. h. öffentliches Gesundheitssystem übernimmt Leistungen nur anteilig

Quelle: Eigene Darstellung.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die privaten Krankenzusatzversicherungen in verschiedenen Ländern, unterteilt nach den oben definierten Kategorien (duplizierend, supplementär und komplementär). Zusätzlich wird stichpunktartig der abgesicherte Leistungsumfang benannt. Um die Relevanz der privaten Absicherung in den Ländern deutlich zu machen, beziffert die letzte Spalte den Anteil der Bevölkerung, der über einen entsprechenden zusätzlichen privaten Krankenversicherungsschutz verfügt.

Tabelle 14:
Die private Krankenzusatzversicherung im OECD-Vergleich

Land	Art der privaten Krankenversicherung	Beispiele für durch die private Krankenversicherung abgesicherte Leistungen	Anteil der Bevölkerung mit PKV (ohne primäre PKV!) im Jahr 2010
Australien	duplizierend komplementär	<ul style="list-style-type: none"> • Akutversorgung, Privatbehandlung mit schnellem Zugang • Erstattung Eigenbeteiligungen 	52,4 %
Belgien	supplementär komplementär	<ul style="list-style-type: none"> • Augen- und Zahnbehandlung, Impfungen, Prothesen und Implantate, Alternativmedizin, Behandlung im Ausland, ambulante und stationäre Versorgung • Erstattung von Eigenbeteiligungen 	78,9 %
Dänemark	duplizierend supplementär	<ul style="list-style-type: none"> • schnellerer Zugang durch freie Arztwahl, private KH-Behandlung, private Diagnostik, • Augen- und Zahnbehandlung, Physiotherapie, psychiatrische Versorgung, Chiropraktik, Podologie 	19,6 %
Deutschland	supplementär	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenhaustagegeld, Wahlleistungen Einzelzimmer im KH, Zahnersatz 	20,2 %
Finnland	duplizierend komplementär	<ul style="list-style-type: none"> • schnellerer Zugang durch Privatbehandlung • Erstattung von Eigenbeteiligungen 	11,4 % (2006)
Frankreich	supplementär komplementär	<ul style="list-style-type: none"> • Augen- und Zahnbehandlung, optionale Eingriffe, Komfortleistungen im KH, Einzelzimmer • Erstattung von Eigenbeteiligungen 	96,0 %
Großbritannien	duplizierend	<ul style="list-style-type: none"> • Akutversorgung, schnellerer Zugang durch Privatbehandlung, Screening 	11,1 % (2006)
Irland	duplizierend komplementär supplementär	<ul style="list-style-type: none"> • schnellerer Zugang durch Privatbehandlung • Erstattung Eigenbeteiligungen • Einzelzimmer im KH 	49,8 %
Italien	duplizierend supplementär komplementär	<ul style="list-style-type: none"> • schnellerer Zugang durch Privatbehandlung, ambulante und stationäre Versorgung • Augen- und Zahnbehandlung, häusliche Pflege, Prothesen, Rehabilitation, Transplantate, Alternativmedizin • Erstattung von Eigenbeteiligungen für Arzneimittel 	k.A.
Kanada	komplementär supplementär	<ul style="list-style-type: none"> • Arzneimittel und Arzneimittelzuzahlungen 	68,0 %

Land	Art der privaten Krankenversicherung	Beispiele für durch die private Krankenversicherung abgesicherte Leistungen	Anteil der Bevölkerung mit PKV (ohne primäre PKV!) im Jahr 2010
Luxemburg	duplizierend supplementär komplementär	<ul style="list-style-type: none"> • Privatbehandlung • Augen- und Zahnbehandlung, Alternativmedizin, Behandlung im Ausland, Krankengeld, Komfortleistungen im KH • Erstattung von Eigenbeteiligungen 	55,2 %
Neuseeland	komplementär supplementär		31,6 %
Niederlande	supplementär	<ul style="list-style-type: none"> • Augen- und Zahnbehandlung, Physiotherapie, Logopädie, integrierte Versorgung, Prävention, Alternativmedizin, Einzelzimmer im KH 	89,0 %
Norwegen	duplizierend	<ul style="list-style-type: none"> • schnellerer Zugang durch Privatbehandlung, Wahlleistungen im KH, Geldleistungen 	k.A.
Österreich	duplizierend supplementär	<ul style="list-style-type: none"> • schnellerer Zugang durch Privatabteilung im KH und Privatbehandlung ambulant, freie Arztwahl im KH, Krankenhaustagegeld • Augen- und Zahnbehandlung, Physiotherapie, Psychotherapie, Hausbesuche, Rehabilitation, Arzneimittel, Alternativmedizin 	33,9 %
Polen	duplizierend	<ul style="list-style-type: none"> • schnellerer Zugang durch Privatbehandlung 	k.A.
Portugal	duplizierend supplementär komplementär	<ul style="list-style-type: none"> • freie Arztwahl, schnellerer Zugang durch Privatbehandlung, direkter Zugang zu Spezialisten • Zahnbehandlung • Erstattung Eigenbeteiligungen 	19,6 %
Schweden	duplizierend supplementär komplementär	<ul style="list-style-type: none"> • schnellerer Zugang durch Privatbehandlung • Wahlleistungen im KH • Erstattung von Eigenbeteiligungen für Arzneimittel 	k.A.
Schweiz	supplementär	<ul style="list-style-type: none"> • Zahnbehandlung 	29,5 % (2007)
Spanien	duplizierend supplementär	<ul style="list-style-type: none"> • schnellerer Zugang durch Privatbehandlung • Zahnbehandlung für Erwachsene, Podologie, Alternativmedizin 	19,7 % (2009)
Ungarn	supplementär	<ul style="list-style-type: none"> • Physiotherapie, häusliche Pflege, Prävention, Arzneimittel, Alternativmedizin, • Komfortleistungen im KH 	k.A.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Thompson/Mossialos (2009) und OECD (2012a).

6.3.1 Die duplizierende Zusatzversicherung als Antwort auf Wartezeiten und Zugangsbeschränkungen

Wie bereits ausgeführt, bildet sich eine duplizierende Zusatzversicherung immer dann, wenn im öffentlichen Gesundheitssystem durch Rationierungen lange Wartezeiten auftreten und der Zugang zum gewünschten Arzt durch Zugangsbeschränkungen erschwert oder unmöglich ist. Mit der Versicherung wird in der Regel eine private Behandlung abgesichert, die auch einen schnelleren und direkteren Zugang zur Gesundheitsversorgung bietet. Anzutreffen ist diese Absicherungsart beispielsweise in Großbritannien, Irland, Australien, Neuseeland, Spanien oder Dänemark, wo sich neben dem öffentlichen Gesundheitsdienst parallel ein privates Krankenversicherungssystem mit höheren Kapazitäten entwickelt hat.²⁴⁴ Im Folgenden wird die duplizierende Krankenversicherung in den einzelnen Ländern genauer betrachtet.

Großbritannien



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). So können sich britische Patienten im Privatsektor versorgen lassen und die Kosten entweder über eine private Krankenversicherung abdecken oder sie direkt selbst finanzieren.²⁴⁵ Nach den aktuellsten Angaben der OECD verfügten im Jahr 2006 11,1 % der Briten über eine private Krankenversicherung parallel zu ihrem Versicherungsschutz durch den NHS.²⁴⁶ Der Verband der britischen Versicherer sieht den Hauptgrund für den Abschluss einer privaten Krankenversicherung in der Sicherstellung eines schnellen Zugangs zu medizinischer Versorgung im Krankheitsfall.²⁴⁷

Irland



Durch den Abschluss einer privaten Krankenzusatzversicherung können Patienten die Wartelisten des öffentlichen Gesundheitssystems umgehen, indem sie ein Privatzimmer und Privatbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus absichern oder sich in einer reinen Privatklinik behandeln lassen.²⁴⁸

244 OECD (2004), S. 178.

245 Vgl. Private Healthcare UK (2012).

246 Vgl. OECD (2012a).

247 Vgl. Association of British Insurers (2008), S. 5.

248 Vgl. McDaid et al. (2009), S. 79.



Kanada

In Kanada gibt es die Besonderheit, dass die duplizierende PKV auf der Nachfrage- sowie auf der Angebotsseite staatlich eingeschränkt bzw. verhindert wird.²⁴⁹ In vielen kanadischen Provinzen sind private Versicherungen für medizinisch notwendige ärztliche Leistungen verboten, die vom öffentlichen Gesundheitssystem (Medicare) abgedeckt werden.²⁵⁰ Diese Situation hat sich in Folge eines Urteils des kanadischen Supreme Courts im Jahre 2005 geändert, das solch ein Verbot in der Provinz Quebec aufhob.²⁵¹ Mittlerweile bieten private Versicherungsunternehmen in Kanada sogenannte „Wartelistenversicherungen“ an. Mit diesem Produkt können Versicherte die Wartezeit auf einen Behandlungs- oder Diagnostik-Termin im öffentlichen System umgehen und sich direkt in einer privaten Klinik oder bei einem Privatarzt ihrer Wahl versorgen lassen.²⁵²



Australien

Auch in Australien stellt die Behandlung als Privatpatient in einer Privatklinik eine Alternative dar, um den langen Warteschlangen im öffentlichen Gesundheitswesen zu entgehen.²⁵³ 52,4% aller Australier verfügten im Jahr 2010 über eine zusätzliche private Krankenversicherung, um eine Privatbehandlung auch im Krankenhaus abzusichern und schnelleren Zugang zu erhalten. Damit nimmt mehr als die Hälfte der Bevölkerung eine Doppelversicherung in Kauf.²⁵⁴ In Australien wird der Abschluss einer privaten Krankenversicherung sogar staatlich gefördert, um das öffentliche System zu entlasten. So hat die Regierung einen 30%-Rabatt eingeführt, d. h., wenn ein Bürger 1.000 Dollar PKV-Prämie zahlt, erhält er vom australischen Staat 300 Dollar zurückerstattet.²⁵⁵



Schweden

In Schweden sind vor allem die Wartezeiten für geplante Eingriffe der Hauptgrund, warum sich der Markt für die freiwillige private Krankenversicherung in den letzten Jahren immer weiter ausgedehnt hat. Nach Angaben des Schwedischen Versicherungsverbandes (Svensk Försäkring) verfügten im Jahr 2010 rund 380.000 Schweden (4% der Bevölkerung) über eine

249 Die ergänzende PKV, die Leistungen absichert, die der Canada Health Act nicht vorsieht, ist dagegen weit verbreitet (vgl. Dhalla (2007)).

250 Vgl. Flood/Archibald (2001).

251 Vgl. Krauss (2006).

252 Vgl. Acure Health (2012).

253 Vgl. Healy/Sharman/Lokuge (2006), S. 74.

254 Vgl. OECD (2012a).

255 Vgl. Department of Health and Ageing (2012).

private Krankenzusatzversicherung.²⁵⁶ Der Hauptgrund für den Erwerb einer privaten Krankenzusatzversicherung ist die Möglichkeit, schneller einen Termin beim Facharzt zu bekommen und Wartezeiten bei geplanten Operationen zu umgehen.²⁵⁷

Norwegen

Lange Wartezeiten haben in Norwegen sicherlich dazu beigetragen, dass sich ein Markt für eine freiwillige private Krankenversicherung etabliert hat. Gegenwärtig gibt es in Norwegen einige private Krankenversicherungsunternehmen, die eine Behandlung in einer Privatklinik garantieren, wenn die Leistungen von einem öffentlichen Krankenhaus nicht innerhalb von 28 Tagen erbracht werden kann. Nach Schätzungen verfügten im Jahr 2006 rund 30.000 Norweger über einen privaten Krankenversicherungsvertrag.²⁵⁸

Dänemark

Immer mehr Dänen schließen eine ergänzende private Krankenversicherung ab, um unter anderem schnelleren Zugang zu medizinischer Versorgung zu erhalten. Mit diesen Versicherungen wird dann die Behandlung in Privatkliniken in Dänemark und im Ausland abgedeckt. Eine Umfrage des Dänischen Versicherungsverbandes (Forsikring & Pension) ergab, dass eine schnellere Behandlung der häufigste Grund ist, aus dem die Dänen von ihrer privaten Zusatzversicherung Gebrauch machen.²⁵⁹ 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 kollektiv finanzierte Gesundheitssystem sieht dies – wie oben beschrieben – vor. Die Versicherung erhöht damit die Wahlfreiheit der Patienten deutlich.²⁶⁰

Spanien

Rund 13% der Spanier besitzen eine freiwillige private Krankenversicherung, um eine schnellere Behandlung durch die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Privatärzten zu erhalten.²⁶¹

256 Vgl. Svensk Försäkring (2012), S. 9.

257 Vgl. Anell/Glenngård/Merkur (2012), S. 65.

258 Vgl. Johnsen (2006), S. 44.

259 Vgl. Forsikring & Pension (2009), S. 2.

260 Vgl. Martinussen/Magnussen (2009), S. 30.

261 Vgl. García-Armesto et al. (2010), S. 60.



Italien

Auch in Italien werden private Krankenversicherungen abgeschlossen, um sich in Privatkliniken versorgen zu lassen und den langen Wartezeiten im SSN zu entgehen. Außerdem ermöglicht es die Zusatzversicherung, der regionalen Bindung der Leistung im SSN zu entgehen und somit die Behandlung außerhalb der Heimatregion, bevorzugt im Norden Italiens.²⁶²



Frankreich

In Frankreich besteht praktisch keine Möglichkeit, die zusätzlichen Kosten, die durch Nichtbeachtung des Gatekeeping oder Nichtbefolgung des Behandlungspfades entstehen (Abschnitt 4.2.2), durch eine private Zusatzversicherung abzusichern. Die französische Regierung bietet den Versicherungsunternehmen steuerliche Vorteile, wenn sie keine entsprechenden Tarife anbieten. Damit erhält der Staat den bestrafenden Charakter der Kosten aufrecht, die den Patienten durch die Nichtbefolgung des Gatekeeping entstehen.²⁶³

6.3.2 Die supplementäre Zusatzversicherung als Antwort auf Leistungseinschränkungen

Wie Tabelle 14 verdeutlicht, existieren in einer Reihe von Ländern Zusatzversicherungen, die Leistungen erstatten, welche im öffentlichen Gesundheitssystem nicht abgesichert sind. Einen wichtigen Bereich stellt hier die zahnmedizinische Versorgung dar, die in einigen Ländern aus dem Katalog der kollektiv finanzierten Systeme ganz oder teilweise ausgeschlossen sind (Abschnitt 4.3.2).

So können Schweizer für die im kollektiv finanzierten Gesundheitssystem nicht abgedeckten, gewöhnlichen zahnärztlichen Leistungen eine private Zusatzversicherung abschließen. Auch in Kanada werden 95 % der zahnärztlichen Leistungen in privaten Zahnkliniken erbracht und vom Patienten selbst finanziert.²⁶⁴ Nach Angaben von Health Canada verfügen 62 % der Kanadier zur Absicherung dieser Leistungen über eine private Zahnzusatzversicherung, 6 % sind über das öffentliche System abgesichert²⁶⁵ und 32 % besitzen keinerlei Versicherungsschutz für zahnärztliche Leistungen.²⁶⁶ In Frankreich wird die Zahnbehandlung ebenfalls nur zum Teil vom öffentli-

²⁶² Vgl. Lo Scalzo et al. (2009), S. 112, 115.

²⁶³ Vgl. Naiditch/Dourgnon (2009), S. 5f.

²⁶⁴ Vgl. Federal, Provincial and Territorial Dental Working Group (2012).

²⁶⁵ Wenn Personen soziale Unterstützungsleistungen beziehen, werden Kosten teilweise oder vollständig von der jeweiligen Provinz übernommen. Zudem gibt es zahnärztliche Schulprogramme, die mit öffentlichen Mitteln finanziert werden (vgl. Marchildon (2005), S. 101f.).

²⁶⁶ Vgl. Health Canada (2010).

chen Gesundheitssystem übernommen und der größte Kostenanteil muss von den Patienten selbst getragen werden. Hierfür erwerben viele Franzosen eine private Krankenversicherung.²⁶⁷

Da der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung in den Niederlanden nur die medizinische Grundversorgung umfasst, müssen alle darüber hinaus gewünschten Leistungen aus eigener Tasche finanziert werden oder über den Abschluss einer zusätzlichen privaten Krankenversicherung. Rund 86 % der Niederländer verfügen über eine Zusatzversicherung für die zahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung, 71 % haben eine Zusatzversicherung für Physiotherapie abgeschlossen.²⁶⁸

Ähnlich wie in den Niederlanden ist Dänemark und Spanien die Erstattung von Zahnbehandlungen an das Alter gebunden. Auch in diesen Ländern schließen viele Bürger hierfür eine zusätzliche private Krankenversicherung ab.²⁶⁹

6.3.3 Die komplementäre Zusatzversicherung als Antwort auf hohe Zuzahlungen

Die letzte hier betrachtete Kategorie stellt die komplementäre Zusatzversicherung dar, die Leistungen abdeckt, die im öffentlichen Gesundheitssystem nur teilweise abgesichert sind. Dies sind hauptsächlich Zuzahlungen, es kann sich aber auch um einzelne Leistungen im Rahmen der Behandlung einer Erkrankung handeln. Hier ist die Abgrenzung zur komplementären Krankenversicherung nicht trennscharf.

In Ländern, in denen die Versicherten einen hohen Anteil der Gesundheitsausgaben in Form von Zuzahlungen selbst tragen müssen, hat die Zusatzversicherung zur Absicherung dieses Anteils eine entsprechend große Relevanz. Dies trifft zum Beispiel auf Japan zu, wo unter anderem bei stationärer Behandlung, die durchaus kostenintensiv sein kann, ein Eigenanteil von 30 % zu tragen ist. Diese hohen Selbstbeteiligungen, die im öffentlichen Gesundheitswesen gezahlt werden müssen, sind ein Grund für die rasche Verbreitung der privaten Krankenversicherung in Japan in den letzten Jahren.²⁷⁰ Japaner erwerben eine private Krankenzusatzversicherung hauptsächlich, um die hohen Eigenanteile bei Krankenhausbehandlungen abzusichern.²⁷¹ In den OECD-Gesundheitsdaten sind keine Angaben dazu enthalten, wie viele Japaner über eine private Krankenversicherung verfügen. Eine Studie

²⁶⁷ Vgl. Chevreur et al. (2010), S. 69f.

²⁶⁸ Vgl. Schulze Ehring (2010), S. 18.

²⁶⁹ Vgl. Muiser (2007), S. 8.; Olejaz et al. (2012), S. 135f.; García-Armesto et al. (2010), S. 60.

²⁷⁰ Vgl. Suzuki (2005), S. 1.

²⁷¹ Vgl. Tatara/Okamoto (2009), S. 63.

des japanischen Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Soziales ergab, dass rund 58 % der Bevölkerung einen privaten Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen haben.²⁷²

Das französische Gesundheitssystem zeichnet sich durch hohe Zuzahlungen aus (z. B. 30 % bei Hausarztbesuch). Im Jahr 2008 verfügten fast 94 % der Franzosen über eine Zusatzversicherung, mit der diese hohe Belastung abgesichert werden kann.²⁷³ Über die Eigenbeteiligungen hinaus werden auch die Selbstbeteiligungen bei Brillen, Hörgeräten, Zahnprothesen bis zu einer bestimmten Grenze erstattet.²⁷⁴ In den o.g. 94 % sind bereits die Personen enthalten, die eine Zusatzversicherung mit staatlicher Unterstützung erworben haben.²⁷⁵

Auch in Belgien sind die Selbstbeteiligungen relativ hoch. Im Gegensatz zu Frankreich und Japan können diese jedoch nicht über eine private Krankenversicherung abgesichert werden.²⁷⁶ Ähnlich ist die Situation in den Niederlanden, wo der verpflichtende Eigenanteil auf alle Gesundheitskosten in Höhe von 155 Euro pro Jahr ebenfalls nicht durch eine private Krankenzusatzversicherung abgesichert werden kann.²⁷⁷

Insbesondere die Zuzahlungen im Arzneimittelbereich sind in vielen Ländern Gegenstand von Zusatzversicherungen, wie beispielsweise in Italien und Schweden. Aber auch Zuzahlungen aus den anderen Bereichen werden abgedeckt wie beispielsweise in Finnland.

272 Vgl. Suzuki (2005), S.1.

273 Vgl. OECD (2012a).

274 Vgl. Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (2012e).

275 Dabei handelt es sich zum einen um Personen mit einer freiwilligen öffentlichen Zusatzversicherung (couverture maladie universelle complémentaire – CMU-C) (vgl. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (2012a)). Diese wird bedürftigen Bevölkerungsgruppen mit einem Einkommen unterhalb einer bestimmten Einkommensschwelle kostenfrei zur Verfügung gestellt und wurde im Jahr 2011 von über 3,8 Millionen Franzosen in Anspruch genommen (vgl. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (2012b)). Zum anderen handelt es sich um Personen, die eine staatliche Unterstützung für den Erwerb einer Zusatzversicherung erhalten (l'aide complémentaire santé – ACS). Das ASC-Programm wurde eingeführt, um einkommensschwachen Haushalten, die die Einkommensgrenze für den Anspruch auf CMU-C knapp überschreiten, ebenfalls die Möglichkeit einer Zusatzversicherung zu eröffnen. Mit der ACS soll einkommensschwachen Haushalten ein Anreiz gegeben werden, eine Krankenzusatzversicherung zu erwerben, da damit rund 50 % der Prämie einer Krankenzusatzversicherung abgedeckt werden (vgl. Guthmüller et al. (2011)). Im Jahr 2011 haben rund 620.000 Personen die ACS-Unterstützung für den Erwerb einer privaten Zusatzversicherung genutzt (vgl. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (2012c)). Für einen Ein-Personen-Haushalt liegt die Einkommensgrenze für den Anspruch auf CMU-C seit Juli 2012 bei 661 Euro monatlich und für den Anspruch auf ACS bei 893 Euro monatlich. Für einen Zwei-Personen-Haushalt betragen die Grenzen 992 Euro und 1.339 Euro (vgl. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (2012d)).

276 Vgl. Schokkaert/Van de Voorde (2004), S. 4.

277 Vgl. Schäfer et al. (2010), S. 71.

7. Versorgungsunterschiede als Folge von Rationierung

Die im vorherigen Kapitel genannten Möglichkeiten, sich eine gewünschte Leistung außerhalb des kollektiv finanzierten Gesundheitssystems einzukaufen (sei es im In- oder Ausland), 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 vor allem hinsichtlich des Zugangs zu Gesundheitsleistungen.

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

Selbst wenn die Kosten einer Behandlung im Ausland vom öffentlichen Gesundheitssystem erstattet werden (wie z. B. in bestimmten Fällen durch den britischen NHS), sind dadurch Versorgungsunterschiede nicht abgewendet. Dies liegt darin begründet, dass eine Behandlung im Ausland – trotz Kostenersatzung – nicht von allen Patienten gleichermaßen in Anspruch genommen werden kann. Um diese Möglichkeit wahrnehmen zu können, muss der Patient auch bestimmte gesundheitliche und sozioökonomische Merkmale aufweisen, wie z. B. Transportfähigkeit (auch per Flugzeug oder Schiff), gewisse Sprachkenntnisse des Einreiselandes, die Fähigkeit, eine Auslandsreise inklusive der Recherche nach geeigneten ausländischen Ärzten oder Krankenhäusern organisieren zu können und nicht zuletzt die finanziellen Möglichkeiten, die nicht erstattungsfähigen Kosten selbst zu tragen. Es ist somit davon auszugehen, dass vor allem Personen aus höheren Einkommensschichten und mit entsprechendem Bildungsniveau eine medizinische Behandlung im Ausland wahrnehmen, um den Wartelisten im eigenen Land zu entgehen.

Einfluss können auch die familiäre Situation oder das Alter haben. Eine Mutter mit kleinen Kindern hat unter Umständen nicht den gleichen Zugang zu einer nichtwohntnahen Versorgung wie eine Frau ohne Kinder; eine

jüngere Person kann möglicherweise leichter eine Reise antreten als eine betagte Person.

7.1 Einkommensabhängige Versorgungsunterschiede

In mehreren Studien wurde nachgewiesen, dass Patienten mit geringerem Einkommen bei gleichem Gesundheitszustand seltener ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen als höhere Einkommensgruppen.²⁷⁸ Ein quantitativer Vergleich der hierauf zurückzuführenden Versorgungsunterschiede in einzelnen Ländern ist jedoch aufgrund der Heterogenität der Ausgestaltung der Gesundheitssysteme nur begrenzt durchführbar. Eine Möglichkeit bietet hier eine Bevölkerungsumfrage, die in mehreren Ländern parallel durchgeführt wird. Verwertbare Erkenntnisse zu Versorgungsunterschieden in Abhängigkeit vom Einkommen liefert die bereits in Abschnitt 4.3.1 zitierte repräsentative Umfrage des Commonwealth Fund aus dem Jahr 2010.²⁷⁹ Die Umfrageteilnehmer wurden unter anderem danach gefragt, ob sie überzeugt sind, dass sie im Falle einer Krankheit die wirksamste Behandlung erhalten (→ Abbildung 17). Die Befragten wurden in zwei Einkommensklassen eingeteilt (oberhalb und unterhalb des Durchschnittseinkommens).

Es fällt auf, dass es zwischen den Ländern deutliche Unterschiede gibt. So haben die Briten die höchste Zuversicht, die wirksamste Behandlung zu bekommen und die Schweden die niedrigste. Deutschland liegt im Mittelfeld.

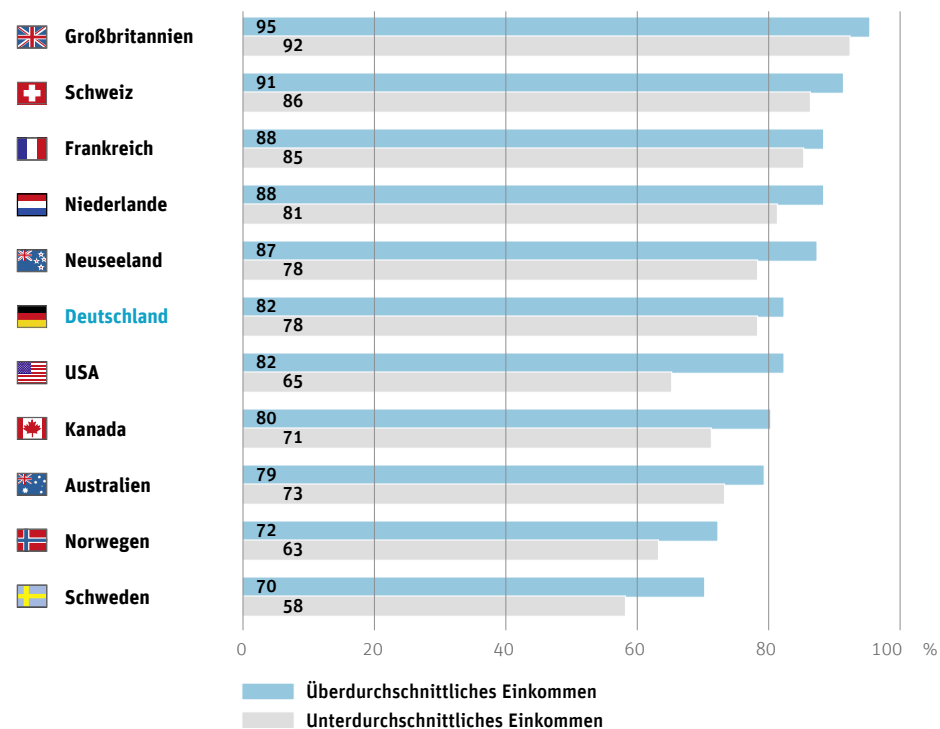
In gewisser Weise verwundert dieses Ergebnis, da das britische System als ein staatliches System mit einer Mindestabsicherung häufig in der Kritik steht. In den Befragungswerten spiegelt sich aber unter Umständen wider, dass Großbritannien sehr transparent mit seinen Rationierungen umgeht. So werden sowohl die Kriterien, nach denen Kosten-Nutzen-Entscheidungen getroffen werden, die finanzierten Leistungen als auch die Wartelisten offen gelegt (Abschnitt 4.1.1 und 4.3.4). Das schwedische System, das hier auf dem letzten Platz rangiert, wird von den Schweden vermutlich so kritisch bewertet, weil es in den letzten Jahren deutliche Leistungseinschnitte gab und vor allem, weil der Zugang zu einem Arzt über eine Krankenschwester gesteuert wird und eine geplante Behandlung mit langen Wartezeiten verbunden ist (Abschnitt 4.1.1 und 4.2.2).

Sicherlich ist eine Einschätzung der Befragten zur Bereitstellung einer wirksamen Therapie auch abhängig von den grundsätzlichen Erwartungen an das Gesundheitssystem. In manchen Ländern wird – möglicherweise auch mentalitätsbedingt – mehr vom System erwartet als in anderen. Dies trifft wahrscheinlich insbesondere in den Wohlfahrtsstaaten wie Schweden zu.

278 Vgl. Jungbauer-Gans (2006); van Doorslaer/Masseria/Koolman (2006).

279 Vgl. Commonwealth Fund (2010).

Abbildung 17:
Anteil der Befragten, die überzeugt oder sehr überzeugt waren, dass sie die wirksamste Behandlung erhalten, nach Einkommenshöhe



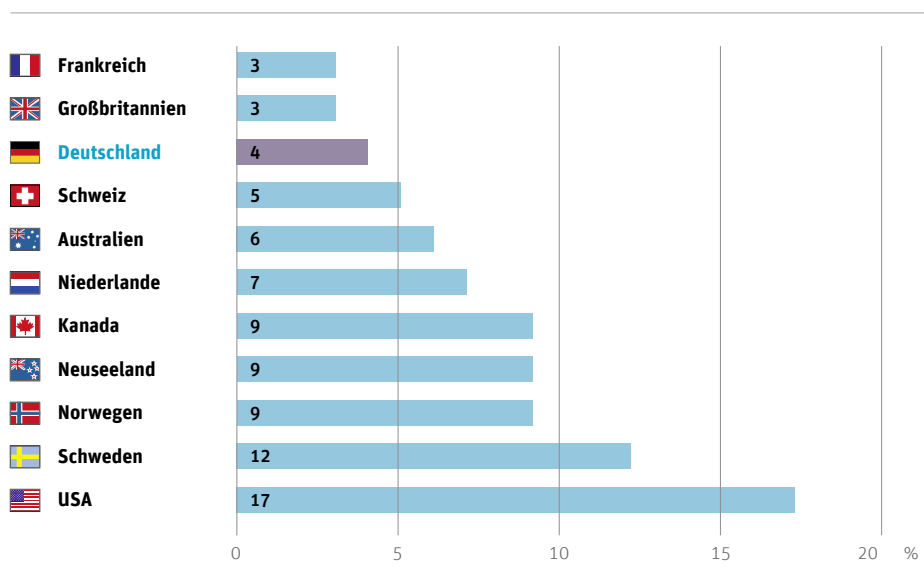
Quelle: Eigene Darstellung nach Commonwealth Fund (2010).

Dagegen dürften Briten grundsätzlich niedrigere Erwartungen haben, die dann auch leichter vom System zu erfüllen sind.²⁸⁰

280 Ländervergleiche zur „Patientenzufriedenheit“, die auf Befragungen beruhen, sind mit Vorsicht zu genießen. Eine Studie der WHO des Jahres 2009 hat beispielweise gezeigt, dass die Zufriedenheit der Patienten kein wirklich aussagekräftiger und zuverlässiger Indikator für die Bewertung der Versorgungsqualität ist (vgl. Bleich/Özaltin/Murray (2009)). Nach Aussage der Autoren können die teilweise erheblichen Abweichungen der Zufriedenheit im Ländervergleich nur zu 10,4% mit der eigenen tatsächlichen Erfahrung des Patienten mit dem Gesundheitssystem erklärt werden, während 17,5% der Abweichungen externen Faktoren wie Alter, Einkommen, Persönlichkeit, dem Ausbildungsniveau des Patienten oder der Impfquote der Bevölkerung zuzurechnen sind. Interessanterweise konnten über 70% der Abweichung der Patientenzufriedenheit im Ländervergleich überhaupt nicht erklärt werden. Nach Mutmaßung der Autoren handelt es sich dabei um soziale Einflüsse, die einer statistischen Analyse nicht zugänglich sind (z. B. die Beeinflussung des Patienten durch die Berichterstattung in den Medien). Der Indikator Patientenzufriedenheit unterliegt somit vielfältigen externen Einflüssen und Fehlerquellen und ist keine angemessene Grundlage für die tatsächliche Qualität eines Gesundheitssystems.

Unabhängig davon, wie hoch die Erwartungen an die Gesundheitsversorgung in der Bevölkerung insgesamt sind, zeigen sich diesbezüglich Unterschiede je nach Einkommenshöhe der befragten Personen. In allen Ländern gibt es bei den Besserverdienenden eine größere Zuversicht, die wirksamste Therapie zu bekommen, als bei den Personen, die unterdurchschnittlich verdienen (→ Abbildung 18).

Abbildung 18:
Einkommensabhängige Differenz der Anteile der Befragten, die überzeugt oder sehr überzeugt waren, dass sie die wirksamste Behandlung erhalten



Quelle: Eigene Darstellung nach Commonwealth Fund (2010).

Auffällig sind die Abstände zwischen den beiden erfassten Einkommensklassen. So liegen die Erwartungen an eine wirksame Therapie in Frankreich und Großbritannien zwischen den Einkommensklassen nur bei drei Prozentpunkten. Deutschland folgt direkt dahinter mit vier Prozentpunkten. Die größten Unterschiede finden sich in den USA mit 17 Prozentpunkten. Aber auch der Unterschied in Schweden mit 12 Prozentpunkten ist beachtlich. Bedeutende Abstände finden sich auch in Kanada, Neuseeland und Norwegen. Die Niederlande liegen mit 7 Prozentpunkten im Mittelfeld, aber damit auch deutlich über dem Wert von Deutschland.

Insbesondere diese unterschiedlichen Einschätzungen nach Einkommenshöhe der Versicherten deuten auf (zumindest vom Bürger gefühlte) Versor-

gungsunterschiede dahingehend hin, dass Besserverdienende eine bessere Versorgung erhalten. Wird der Abstand zwischen der Einschätzung der beiden Einkommensklassen als Maß für empfundene Versorgungsunterschiede angenommen, schneidet neben den USA vor allem Schweden schlecht ab.²⁸¹

7.2 Ausmaß der Versorgungsunterschiede in ausgewählten Ländern

In den Kapiteln 4 bis 6 wurden der Umfang von Rationierungsmaßnahmen und die Ausweichmechanismen über den privaten Gesundheitsmarkt im Ländervergleich empirisch untersucht. Die jeweiligen Ergebnisse der Kapitel werden an dieser Stelle aufgegriffen und am Beispiel von 15 OECD-Ländern in einen Zusammenhang gestellt, wobei auch die Finanzierungsform des jeweiligen Gesundheitssystems berücksichtigt wird.²⁸² Die kompakte Darstellung ermöglicht einen Überblick über die wichtigsten Fakten zur Rationierung und deren Wirkung auf die Versorgungsunterschiede. Dies erlaubt eine Einschätzung über das Ausmaß der Versorgungsunterschiede in den betrachteten Ländern. Die Aussagen über die Verbreitung von Versorgungsunterschieden in den Ländern sind größtenteils qualitativer Art. Die Darstellung erfolgt in alphabetischer Reihenfolge:

Australien



Australien verfügt über einen öffentlichen Gesundheitsdienst, der über Steuern finanziert wird. Insbesondere der Zugang zur stationären Versorgung ist durch Wartezeiten erschwert. Hier stellt die Behandlung als Privatpatient in einer Privatklinik eine Alternative dar.²⁸³ Auch bei akuten gesundheitlichen Beschwerden wählen immer mehr Patienten die Behandlung in Privatkliniken. So entfallen von allen Krankenhauseinweisungen mittlerweile über 40% auf Einweisungen als Privatpatient in Privatkliniken.²⁸⁴ Zusätzlich sind ganze Bereiche der Versorgung, wie z. B. die Zahnbehandlung, aus dem Leistungskatalog des Gesundheitsdienstes ausgeschlossen. Insbesondere die Wartezeitproblematik mit dem hohen privat finanzierten Anteil der Versorgung dokumentiert: Es gibt große Versorgungsunterschiede in Australien. Fast die Hälfte akzeptiert die längeren Wartezeiten und eine Behandlung in einem öffentlichen Krankenhaus nicht mehr und zieht stattdessen eine Versorgung in einer Privatklinik mit Eigenfinanzierung vor.

²⁸¹ Zu Versorgungsungleichheiten im internationalen Kontext siehe auch Bauer (2009).

²⁸² Die Benennung der Finanzierungs- und Organisationsform des Gesundheitswesens folgt der Darstellung in Kapitel 2.

²⁸³ Vgl. Healy/Sharman/Lokuge (2006), S. 74.

²⁸⁴ Vgl. Department of Health and Ageing (2010), S. 13.



Dänemark

In Dänemark wird die Gesundheitsversorgung über einen öffentlichen Gesundheitsdienst regional überwiegend über Steuern organisiert. Auffallend ist, 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. Versorgungsunterschiede treten in Dänemark auch durch die längeren Wartezeiten in öffentlichen Kliniken im Verhältnis zu den Privatkliniken auf. Patienten können eine private Zusatzversicherung abschließen, um über die Privatbehandlung einen schnelleren Zugang zur Versorgung zu erhalten. Insgesamt sind in Dänemark damit relativ ausgeprägte Versorgungsunterschiede feststellbar.



Deutschland

Das deutsche Gesundheitssystem zeichnet sich durch die Dualität von GKV und PKV aus. Unabhängig vom Versicherungsstatus werden Patienten jedoch überwiegend innerhalb derselben Versorgungsstruktur behandelt. Im Vergleich zu den übrigen OECD-Ländern sind Wartezeiten in Deutschland kaum vorhanden 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 als Steuerungsinstrument eingesetzt. In Deutschland können Patienten eine private Krankenzusatzversicherung für Leistungen abschließen, die die GKV nicht vorsieht. Versorgungsunterschiede existieren damit in Teilbereichen des Gesundheitssystems, sind aber nicht an der Grenze zwischen PKV- und GKV-Versicherten festzumachen.



Frankreich

Das französische Gesundheitssystem ist als Sozialversicherung konzipiert und finanziert sich über Beiträge, steuerähnliche Abgaben sowie über zweckgebundene Steuern. Charakteristisch für das französische System sind die hohen Zuzahlungen. Hier werden im internationalen Vergleich die höchsten Eigenbeteiligungen verlangt (im Durchschnitt 30% der Behandlungskosten). Diese können über eine private Zusatzversicherung abgesichert werden. Trotz staatlicher Unterstützung für einkommenschwache Haushalte verfügen 6% der französischen Bevölkerung derzeit nicht über eine solche Zusatzversicherung und müssen somit alle anfallenden Selbstbeteiligungen aus eigener Tasche finanzieren.

Da die durchschnittliche Höhe der Zuzahlungen im Laufe der letzten Jahre immer weiter anstieg, ist die private Zusatzversicherung mittlerweile ein bestimmender Faktor hinsichtlich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung.²⁸⁵ Eine Umfrage des IRDES aus dem Jahr 2008 bestätigt einen Zusammenhang zwischen dem Abschluss einer privaten Zusatzversicherung und dem Zugang zum französischen Gesundheitssystem. So hatten 84% der Personen mit privater Zusatzversicherung in den vergangenen 12 Monaten einen Hausarzttermin, aber nur 74% der Personen ohne private Zusatzversicherung. Ein Facharzttermin wurde von 50% der Zusatzversicherten wahrgenommen und nur von 37% der nicht Zusatzversicherten. Der Anteil der Personen, die auf medizinisch notwendige Behandlung verzichteten (v.a. im Bereich Zahn- und Brillenversorgung, wo die Erstattungssätze der staatlichen Krankenversicherung besonders gering sind) betrug 30% bei Personen ohne Zusatzversicherung und nur 14% bei Personen mit privater Zusatzversicherung.²⁸⁶ Vor allem beim Zugang zur zahnärztlichen Versorgung bestehen in Frankreich substantielle Unterschiede. So haben im Jahr 2008 insgesamt 10% der erwachsenen Bevölkerung aus Kostengründen auf eine medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung verzichtet. Dieser Anteil liegt bei Personen ohne freiwillige öffentliche Zusatzversicherung (couverture maladie universelle complémentaire – CMU-C) sogar bei 25%.²⁸⁷

Personen ohne private Zusatzversicherung nehmen somit in Frankreich weniger Leistungen in Anspruch und weisen oftmals einen schlechteren Gesundheitszustand auf als Personen mit privater Absicherung.²⁸⁸ Damit zeigt sich in Frankreich, wie die private Zusatzversicherung Versorgungsunterschiede nivelliert. Aber auch in Frankreich lässt sich für die kleine Gruppe der Nichtzusatzversicherten eine deutlich schlechtere Versorgung belegen. Folglich existieren auch in Frankreich Versorgungsunterschiede.

Ein weiteres Problem hinsichtlich des Zugangs zur ärztlichen Versorgung ist die französische Besonderheit, dass Ärzte in zwei Sektoren 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 Abschnitt 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.²⁸⁹

²⁸⁵ Vgl. Perronnin/Pierre/Rochereau (2011).

²⁸⁶ Vgl. Perronnin/Pierre/Rochereau (2011), S. 5.

²⁸⁷ Vgl. Deprés et al. (2011), S. 2.

²⁸⁸ Vgl. Perronnin/Pierre/Rochereau (2011), S. 5.

²⁸⁹ Vgl. Descamps (2010).



Großbritannien

Der öffentliche Gesundheitsdienst NHS in Großbritannien finanziert sich aus Steuern und stellt der gesamten Bevölkerung die Gesundheitsleistung kostenlos zur Verfügung. Das System rationiert – neben einer Kosten-Nutzen-Bewertung der Leistungen – hauptsächlich über Wartezeiten. So warteten im Herbst 2012 rund 5,5 Millionen britische Patienten (fast 8,8 % der Bevölkerung) auf eine ambulante oder stationäre Behandlung sowie auf diagnostische Testverfahren.

Es 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). So können sich britische Patienten 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.²⁹⁰

Eine weitere Möglichkeit, den langen Wartelisten des NHS zu entgehen, ist die Behandlung im Ausland. Das britische Gesundheitsministerium bietet dazu sogar selbst ausführliche Informationen an.²⁹¹ Kann eine Behandlung, die in die Leistungspflicht des NHS fällt, nur mit unzumutbarer Verzögerung im staatlichen Gesundheitssystem durchgeführt werden, so hat der Patient das Recht, sich zur Behandlung ins europäische Ausland zu begeben. Die Kosten der medizinischen Versorgung und der Reise werden nach Rückkehr vom NHS erstattet. Über die Anzahl der Patienten, die diese Option wählen, gibt es keine offiziellen Zahlen. Der NHS selbst veröffentlichte die Ergebnisse einer Bevölkerungsumfrage, nach der rund 52.500 Briten im Jahr 2008 das Land verließen, um im Ausland eine medizinische Behandlung durchführen zu lassen, die auch im britischen NHS erbracht worden wäre.²⁹² Auch wenn die Kosten für Auslandsbehandlungen erstattet werden, ist diese Versorgung keine adäquate Option für jeden Patienten. So führen die langen Wartezeiten in Großbritannien zu erheblichen Versorgungsunterschieden, da nicht jedem Patienten eine Privatbehandlung im In- oder Ausland möglich ist.



Irland

Irland verfügt über einen nationalen Gesundheitsdienst, der zu einem größeren Teil über Steuern und über einen kleineren Teil durch Beiträge finanziert wird. Eine Besonderheit des irischen Systems ist eine einkom-

290 Vgl. Private Healthcare UK (2012).

291 Vgl. Department of Health (2012f).

292 Vgl. National Health Service – NHS (2012c).

mens- und altersabhängige Anspruchsberechtigung. So haben Personen mit niedrigerem Einkommen und Personen über 70 Jahre einen vollen Anspruch auf die Leistungen des nationalen Gesundheitsdienstes. Personen mit höheren Einkommen müssen dagegen relativ hohe Zuzahlungen leisten. Bei der hausärztlichen Versorgung hat die erste Gruppe keine freie Arztwahl, die zweite Gruppe muss den Hausarzt privat bezahlen. Das Honorar kann bis zu 80 Euro pro Besuch betragen.²⁹³ Studien zeigen, dass eine signifikante Anzahl der Selbstzahler einen Besuch beim Hausarzt aus Kostengründen verschiebt.²⁹⁴ Zudem suchen Personen, die Anspruch auf kostenfreie Behandlung haben sowie Personen mit einer privaten Krankenversicherung den Hausarzt deutlich häufiger auf als Selbstzahler.²⁹⁵

Neben diesem System, in dem bereits Versorgungsunterschiede angelegt sind, führen zudem Wartezeiten auf die stationäre Behandlung zu weiteren Unterschieden, da hier durch Selbstzahlung oder eine private Zusatzversicherung ein schnellerer Zugang erkaufte werden kann. Insgesamt weist das irische Gesundheitssystem bedeutende Versorgungsunterschiede auf.

Italien



Italien verfügt über einen staatlichen Gesundheitsdienst, der zum größten Teil über Steuern finanziert wird. In Italien findet man fast alle hier betrachteten Rationierungsmaßnahmen. 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, so ist beispielsweise die Zahnbehandlung nicht abgesichert. Aufgrund der langen Warteschlangen und einer zudem unbefriedigenden Qualität der Versorgung im SSN (insbesondere in Zentral- und Süd-Italien), lassen sich Patienten, die die Möglichkeit dazu haben, in Privatkliniken versorgen, wo die Wartezeiten wesentlich kürzer sind. Vor allem, wenn Patienten über eine private Krankenversicherung verfügen, die die Kosten übernimmt, wird oftmals eine Privatbehandlung gewählt, um den Wartezeiten im SSN zu entgehen. Außerdem ist zu beobachten, dass Patienten sich außerhalb ihrer Heimatregion behandeln lassen und dazu vor allem in den Norden Italiens reisen.²⁹⁶ In der Summe sind in Italien große Versorgungsunterschiede festzustellen.

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

294 Vgl. Irische Wettbewerbsbehörde (Irish Competition Authority) (2010), S. 57.

295 Vgl. Irische Wettbewerbsbehörde (Irish Competition Authority) (2010), S. 12.

296 Vgl. Lo Scalzo et al. (2009), S. 112, 115.



Japan

In Japan existiert eine gesetzliche Krankenversicherung, die sich über Beiträge und staatliche Zuschüsse finanziert. Das Hauptproblem in Japan sind hohe Zuzahlungen (30% der Behandlungskosten), die insbesondere bei aufwendigen stationären Behandlungen zu einer großen finanziellen Belastung für Versicherte werden können. Zur Absicherung der Zuzahlungen werden in Japan Zusatzversicherungen angeboten. Eine aktuelle Studie zeigt aber, dass auch in Japan ein Zusammenhang zwischen materiellem Wohlstand und dem Erwerb einer privaten Krankenzusatzversicherung besteht.²⁹⁷ Verfügen insbesondere einkommensschwache Personen nicht über eine Zusatzversicherung, induzieren die Zuzahlungen Versorgungsunterschiede in Japan.



Kanada

In Kanada existiert ein öffentlicher Gesundheitsdienst, der über Steuern finanziert wird und der gesamten Bevölkerung zur Verfügung steht. Im föderal organisierten Kanada unterscheidet sich die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung zwischen den Provinzen.

Im kanadischen System treten Wartezeiten in großem Umfang auf. Im Jahr 2011 standen insgesamt 8,1 Millionen über 15-jährige Kanadier auf Wartelisten. Ein Umgehen der Warteschlangen durch die Behandlung bei einem Privatarzt ist in Kanada bisher problematisch, da fast alle kanadischen Provinzen Ärzten, die für das öffentliche Gesundheitssystem tätig sind, zusätzliche Privatabrechnungen verbieten.²⁹⁸ Zusätzlich sind in vielen kanadischen Provinzen private Versicherungen für medizinisch notwendige ärztliche Leistungen verboten, die vom öffentlichen Gesundheitssystem (Medicare) abgedeckt werden.²⁹⁹ Das heißt, in Kanada wird die duplizierende PKV bisher auf der Nachfrage- sowie auf der Angebotsseite staatlich eingeschränkt bzw. verhindert.³⁰⁰ Inzwischen ist hier aber durch ein Urteil des kanadischen Supreme Courts des Jahres 2005 eine neue Entwicklung zu sehen. Die Richter erklärten ein Gesetz der Provinz Quebec für nichtig, welches eine private Krankenversicherung für von Medicare abgedeckte Leistungen verbot und den Zugang zu privatärztlicher Behandlung einschränkte. Dieses Gesetz verstieße gegen die Grundsätze der „Quebec Charter of Human Rights and Freedoms“, denn es gäbe unbezweifelbare Beweise, dass Wartelisten für öffentliche Gesundheitsleistungen zum Tod von Patienten

²⁹⁷ Vgl. Yamada et al. (2009).

²⁹⁸ Vgl. Flood/Archibald (2001).

²⁹⁹ Vgl. Flood/Archibald (2001).

³⁰⁰ Die ergänzende PKV, die Leistungen absichert, die der Canada Health Act nicht vorsieht, ist dagegen weit verbreitet (vgl. Dhalla (2007)).

geführt haben. Wenn das öffentlich finanzierte System keinen zeitnahen Zugang zu medizinischer Versorgung gewährleiste, dürften Bürger nicht daran gehindert werden, sich diesen Zugang durch den Erwerb einer privaten Krankenversicherung zu verschaffen, denn *“Access to a waiting list is not access to health care.”*³⁰¹

Die Behandlung im Ausland zur Umgehung von Wartelisten ist in Kanada nicht ungewöhnlich. Derzeit gibt es in Kanada mindestens 15 auf Medizintourismus spezialisierte Firmen, die für Patienten medizinische Behandlungen im Ausland organisieren. Zielländer sind unter anderem die USA und Deutschland.³⁰² Eine repräsentative Bevölkerungsumfrage vom Februar 2010 ergab, dass 42% aller Kanadier ins Ausland reisen würden, um eine medizinische Leistung, für die lange Wartelisten bestehen, schneller zu erhalten.³⁰³

Eine weitere Rationierungsmaßnahme sind in Kanada die hohen Zuzahlungen insbesondere im Arzneimittelbereich. Eine aktuelle Studie der Universität von British Columbia enthüllt, dass einer von zehn Kanadiern ärztlich verordnete Medikamente nicht einnimmt, weil er sie sich nicht leisten kann.³⁰⁴ Auch hier ist eine fehlende private Versicherung ein Hinderungsgrund. So ist die Wahrscheinlichkeit, ärztlich verschriebene Medikamente aus Kostengründen nicht zu kaufen, bei Patienten ohne private Arzneimittelversicherung 4,5mal höher als bei Patienten mit Versicherungsschutz.³⁰⁵

Da der Leistungskatalog des kanadischen Gesundheitssystems Zahnbehandlungen ausschließt, haben viele Kanadier entweder keinen oder einen nur sehr eingeschränkten Zugang zu zahnärztlicher Behandlung. Rund ein Drittel der Bevölkerung hat keinen Versicherungsschutz für zahnärztliche Leistungen, was dazu führt, dass 17% der Kanadier aus Kostengründen auf den Besuch beim Zahnarzt verzichten und 16% eine empfohlene zahnärztliche Behandlung ebenfalls aus Kostengründen nicht haben durchführen lassen.³⁰⁶ Zudem suchen Kanadier ohne Zahnzusatzversicherung seltener einen Zahnarzt auf als versicherte Kanadier.³⁰⁷ Insgesamt zeigen die obigen Ausführungen, dass im kanadischen System starke Versorgungsunterschiede auftreten.

³⁰¹ Urteil des kanadischen Obersten Gerichtshofs vom 09.06.2005, Chaoulli v. Quebec, [2005] 1 S.C.R. 791, 2005 SCC 35, Seite 73, Rz. 123.

³⁰² Vgl. Turner (2007).

³⁰³ Vgl. Angus Reid Public Opinion (2010).

³⁰⁴ Vgl. Law et al. (2012).

³⁰⁵ Vgl. Law et al. (2012).

³⁰⁶ Vgl. Law et al. (2012).

³⁰⁷ Vgl. Bhatti et al. (2007).



Niederlande

Das Gesundheitssystem in den Niederlanden wird kollektiv über einkommensabhängige Beiträge und einkommensunabhängige Prämien finanziert. Zusätzlich fließen noch Zuweisungen aus Steuermitteln. Für alle über 18-jährigen Versicherten existiert ein obligatorischer Selbstbehalt in Höhe von 350 Euro pro Jahr unabhängig vom Einkommen (außer für die hausärztliche Versorgung und Geburtshilfe).³⁰⁸ Dies kann vor allem für einkommensschwache Versicherte eine Hürde beim Zugang für die fachärztliche Versorgung darstellen.

Die Niederlande organisieren den Zugang zur Versorgung über offizielle Wartelisten. Zusätzlich fungiert der Hausarzt als Gatekeeper. Die Möglichkeiten der niederländischen Bürger, schnelleren Zugang zu Ärzten zu erhalten, liegen vorrangig in der Behandlung im Ausland oder der Finanzierung von Privatbehandlungen aus eigener Tasche, da entsprechende Zusatzversicherungen nicht existieren.³⁰⁹

In den Niederlanden sind verschiedene Leistungsbereiche von der Erstattung ausgenommen, wie z. B. Zahnbehandlung oder Physiotherapie für Erwachsene. Um das Leistungsspektrum nach eigenen Wünschen aufzustoßen, werden zahlreiche Zusatzversicherungen angeboten. Rund 86 % der Niederländer besitzen eine Zusatzversicherung für die zahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung, 71 % haben eine Zusatzversicherung für Physiotherapie abgeschlossen.³¹⁰ 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 zufrieden geben.

Die Befragung des Commonwealth Fund im vorangegangenen Abschnitt zeigt, dass die Niederländer zwar in der Mehrzahl überzeugt sind, eine wirksame Behandlung zu erhalten, der Einkommenseinfluss macht sich aber deutlich bemerkbar. Insgesamt betrachtet kann in den Niederlanden von deutlichen Versorgungsunterschieden gesprochen werden.



Norwegen

Norwegen verfügt über einen öffentlichen Gesundheitsdienst, der hauptsächlich über Steuern finanziert wird. Im norwegischen System tritt der Hausarzt als Gatekeeper auf. Die Überweisung des Hausarztes wird in Dringlichkeitskategorien eingeteilt und danach bemisst sich die Wartezeit auf

³⁰⁸ Vgl. Rijksoverheid (2012b). Der Selbstbehalt wurde zum 01.01.2013 von 220 Euro auf 350 Euro angehoben.

³⁰⁹ Vgl. Schäfer et al. (2010), S. 71.

³¹⁰ Vgl. Schulze Ehring (2010), S. 18.

die weiterführende Behandlung. Insgesamt weist Norwegen relativ lange Wartezeiten auf. Durch diese Wartezeiten etablieren sich Privatkliniken und es bildet sich ein Markt für eine freiwillige private Krankenversicherung zur Absicherung von Privatbehandlungen zur Umgehung langer Wartezeiten.³¹¹

Es werden relativ hohe Zuzahlungen verlangt (z. B. umgerechnet rund 40 Euro für einen Besuch beim Facharzt) und der Leistungskatalog umfasst eine Reihe von Leistungen nicht, wie z. B. Zahnbehandlung, Physiotherapie oder alternative Medizin. Insgesamt findet sich in Norwegen damit eine Reihe von Rationierungsmaßnahmen, die zu Versorgungsunterschieden führen. Dies spiegelt sich auch in der Studie des Commonwealth Fund wider, nach der die vom norwegischen System erbrachten Leistungen nach Schweden die zweitschlechteste Einschätzung der elf betrachteten Länder erhielt und der einkommensabhängige Unterschied mit neun Prozentpunkten relativ groß ausfällt.

Österreich

In Österreich gibt es ein Sozialversicherungssystem, das nahezu die Gesamtbevölkerung umfasst und über Beiträge finanziert wird. In Österreich werden keine offiziellen Angaben zu Wartezeiten erfasst, es gibt aber Hinweise, dass trotzdem in gewissem Umfang Wartezeiten auftreten. Zuzahlungen kennt das österreichische System ebenfalls, sie fallen aber relativ moderat aus. 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.

Schweden

Das öffentliche Gesundheitssystem in Schweden, das auf kommunaler Ebene organisiert ist und kollektiv über Steuern und Beiträge finanziert wird, weist erhebliche Rationierungsmaßnahmen auf. So ist der Zugang durch ein Krankenschwestersystem erschwert und es 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.³¹² Leistungen privat zuzukaufen ist möglich, da es private Praxen gibt – obwohl die Anstellung der Ärzte in Gesundheitszentren dominiert.

³¹¹ Vgl. Johnsen (2006), S. 44.

³¹² Vgl. Anell/Glennigård/Merkur (2012), S. 62f.

Die private Krankenversicherung gewinnt zunehmend an Bedeutung,³¹³ auch wenn nach OECD-Angaben erst 3,3 % der Schweden über eine PKV verfügen. Dies führt zu Versorgungsunterschieden, die sich auch in den Befragungsergebnissen in der Studie des Commonwealth Fund niederschlagen.³¹⁴ Demnach ist Schweden eines der Länder mit den am stärksten ausgeprägten Versorgungsunterschieden.



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 einem Selbstbehalt von 10% (begrenzt auf umgerechnet rund 575 Euro pro Jahr), werden die Versicherten in nicht unerheblichem Maß an den Kosten der Gesundheitsversorgung beteiligt. Für Personen mit geringem Einkommen kann dies ein Problem beim Zugang zur Versorgung darstellen.

Der Leistungsumfang beinhaltet bestimmte Teile des Leistungsspektrums wie z. B. Zahnbehandlung nicht. Diese Leistungen müssen vom Patienten selbst getragen oder über eine private Zusatzversicherung abgesichert werden. Dass sich auch in der Schweiz gewisse Versorgungsunterschiede herausbilden, zeigt auch die Umfrage des Commonwealth Fund (Abschnitt 7.1), die auch in der Schweiz eine deutlich einkommensabhängige Einschätzung der Versorgung erkennen lässt.



Spanien

Das spanische öffentliche Gesundheitssystem (SNS) wird über Steuern kollektiv finanziert. Rationierung findet hier zum einen dadurch statt, dass der Zugang zum Arzt reglementiert ist. 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 SNS relativ lange Wartezeiten auf. So warteten Patienten im Juni 2011 im Durchschnitt 64 Tage auf eine geplante Operation.³¹⁵ Neben den angestellten Ärzten im SNS existiert eine Parallelstruktur von privaten Ärzten, die bei Selbstzahlung aufgesucht werden können. Zur Absicherung dieser Leistungen stehen auch Zusatzversicherungen zur Verfügung.

Rund 13 % der Spanier besitzen eine freiwillige private Krankenversicherung, um eine schnellere Behandlung zu erhalten.³¹⁶ Zwischen Patienten,

³¹³ Vgl. Mason (2008).

³¹⁴ Vgl. Schoen et al. (2010).

³¹⁵ Vgl. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012).

³¹⁶ Vgl. García-Armesto et al. (2010), S. 60.

die nur über den SNS abgesichert sind und Patienten, die eine zusätzliche freiwillige private Krankenversicherung besitzen, unterscheidet sich die Wartezeit signifikant. Eine Patientenumfrage im Rahmen einer aktuellen Studie zeigt, dass die Wartezeit auf einen Facharzttermin bei SNS-Versicherten 20 bis 30 Tage beträgt und für Patienten mit privatem Krankenversicherungsschutz nur 2 bis 5 Tage.³¹⁷ Patienten, die sich keinen privaten Versicherungsschutz leisten können, suchen auch bei nicht lebensbedrohlichen Beschwerden die ambulanten Notfallzentren auf, um dort dem Problem der langen Warteschlangen zu entgehen.³¹⁸ Aufgrund der starken Rationierung im SNS sind die privat erbrachten Gesundheitsleistungen attraktiv und werden insbesondere von finanzstarken Patienten genutzt, so dass sich in Spanien große Versorgungsunterschiede herausgebildet haben.

8. Fazit

Deutschland nimmt mit seinem dualen Gesundheitssystem aus Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung eine Sonderstellung im internationalen Vergleich der Gesundheitssysteme ein. In fast allen anderen OECD-Ländern existiert eine einheitliche, kollektiv über Steuern oder Beiträge finanzierte (Grund-)Absicherung des Krankheitsrisikos für alle Bürger.

Eine wesentliche Erkenntnis der Studie ist, dass es in all diesen steuer- oder beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen zu Rationierung kommt. Rationierung macht sich unter anderem durch Wartezeiten, Einschränkungen der Wahlfreiheit des Patienten, Begrenzungen des Leistungskataloges oder obligatorische Zuzahlungen bemerkbar.

Rationierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen ziehen Ausweichreaktionen nach sich, weil Patienten sich mit den rationierten Leistungen des öffentlichen Systems nicht zufrieden geben und die gewünschten Leistungen im In- oder Ausland erwerben. Patienten, die die finanziellen Mittel hierfür aufbringen können und wollen, schließen bei entsprechendem Angebot in beträchtlicher Zahl private Zusatzversicherungen ab. Ist dies nicht der Fall, unterwandern sie das allgemeine Gesundheitssystem, indem sie Leistungen ohne Versicherung über individuell vereinbarte Zahlungen in Anspruch nehmen, zuweilen sogar über Schmiergeldzahlungen auf dem Grauen oder Schwarzen Markt. Daneben gibt es Personen, die aufgrund fehlender finanzieller Mittel auf das (eingeschränkte) Versorgungsniveau des Einheitssystems verwiesen bleiben. In einer Gesellschaft mit einem einheitlich organi-

³¹⁷ Vgl. Garrido-Cumbrera et al. (2010).

³¹⁸ Vgl. García-Armesto et al. (2010), S. 191f.

sierten Gesundheitssystem werden Patienten also trotz gleicher Indikation durchaus unterschiedlich behandelt.

Der Ländervergleich offenbart, dass steuerfinanzierte Gesundheitsdienste, wie beispielsweise in Großbritannien oder Spanien, am stärksten rationieren. In beitragsfinanzierten Sozialversicherungssystemen, wie beispielsweise in Österreich, ist Rationierung dagegen in geringerem Umfang anzutreffen. Insgesamt verfehlen aber alle Einheitssysteme das Ziel einer einheitlichen Versorgung, sondern tragen durch Rationierung zur Ausbreitung von Versorgungsunterschieden innerhalb der Bevölkerung bei.

Zudem zeigt sich, dass die Finanz- und Schuldenkrise das Problem der Rationierung in vielen Ländern weiter verschärft hat, da die Sparmaßnahmen in der Regel auch zu Kürzungen in den kollektiv finanzierten Gesundheitssystemen führen. Drastische Beispiele finden sich vor allem in den steuerfinanzierten Systemen in Griechenland, Portugal, Irland, Spanien und Italien, wo die Zuzahlungen deutlich angehoben wurden und die Wartezeiten immer länger werden. Da ein Ende der Finanzkrise nicht absehbar ist, ist in den Einheitssystemen mit weitergehenden Verschlechterungen der Gesundheitsversorgung zu rechnen.

Vor allem aber eines macht der Ländervergleich deutlich: Einheitlich kollektiv finanzierte Gesundheitssysteme führen zu weitaus größeren Versorgungsunterschieden als das duale Gesundheitssystem aus Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung in Deutschland. Sowohl mit Blick auf den Zugang als auch auf die einheitliche Versorgung der Bevölkerung sind die Vergleichsländer dem gewachsenen dualen System in Deutschland unterlegen. Denn gerade Patienten mit niedrigeren Einkommen, die auf die staatlich definierte Grundversorgung angewiesen sind, müssen sich mit schlechteren Leistungen als in Deutschland begnügen. Einem Einheitssystem vom Reißbrett, wie dies verschiedentlich von SPD, Grünen oder Linkspartei skizziert wird, muss deshalb gerade vor dem Ergebnis dieser Studie mit Skepsis begegnet werden.

9. Quellenverzeichnis

- Acure Health (2012): Insurance Products: Get Covered with Medical Access Insurance, online unter: <http://www.acurehealth.com/insurance-products>, [11.12.2012].
- Albrecht, Tit et al. (2009): Slovenia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 11(3).
- Althammer, Jörg (2008): Rationierung im Gesundheitswesen aus ökonomischer Perspektive. In: *Sozialer Fortschritt* (57)12, S. 289-293.
- Anell, Anders/Glenngård, Anna H./Merkur Sherry (2012): Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(5).
- Angus Reid Public Opinion (2010): Some Canadians Willing to Pay, Travel for Health Care, online unter: http://www.angus-reid.com/polls/38386/some_canadians_willing_to_pay_travel_for_health_care, [11.12.2012].
- Apotheke adhoc (2012): Roche: Lieferstopp für Kliniken, 30.05.2012, online unter: http://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/nachricht-detail/roche-lieferstopp-fuer-kliniken/?no_cache=1&cHash=f26f2c9c108ae4cd15284ad8c1da9a64, [11.12.2012].
- Arnade, Johannes (2010): Kostendruck und Standard. *Kölner Schriften zum Medizinrecht*, Band 5, Heidelberg.
- Arrow, Kenneth J. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. In: *The American Economic Review*, Vol. 53, No. 5., S. 941-973.
- Association of British Insurers (2008): Are you buying private medical insurance? London.
- Aswestopoulos, Wassilis (2012a): Patientenalltag in Hellas, online unter: <http://www.heise.de/tp/blogs/8/152682>, [11.12.2012].
- Aswestopoulos, Wassilis (2012b): Die letzte Runde im Sparpoker, online unter: <http://www.heise.de/tp/artikel/37/37551/1.html>, [11.12.2012].
- Augusto, Gonçalo Figueiredo (2012): Cuts in Portugal's NHS could compromise care. In: *The Lancet*, Vol. 379, 04.02.2012.
- Australian Institute of Health and Welfare (2012): Australian hospital statistics 2011–12: Elective surgery waiting times, Canberra.
- Barros, Pedro Pita (2012): Health policy reform in tough times: The case of Portugal. In: *Health Policy* 106, S. 17-22.
- Bauer, Ullrich (2009): Soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung – Internationale Forschungsbefunde und theoretische Zugänge. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 55, Heft 4, S. 389-407.
- Belgischer Föderaler Öffentlicher Dienst Soziale Sicherheit (2011): Alles was Sie schon immer über soziale Sicherheit wissen wollten, Brüssel.
- Beske, Fritz/Brix, Fred (2011): Solidarische, transparente und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung im demografischen Wandel durch Priorisierung und Rationierung - Begründung und Vorschläge, Kiel.
- Beske, Fritz/Drabinski, Thomas, Golbach, Ute (2005): Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich – Eine Analyse von 14 Ländern, Band 1: Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen, Kiel.
- Beske, Fritz/Hallauer, Johannes F./Kern, Axel Olaf (1996): Rationierung im Gesundheitswesen? Zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung: Leistungskatalog, Selbstverwaltung, Fremdleistungen, Winburg.

Beske, Fritz (2006): Pressemitteilung zur Pressekonferenz des IGSF am 6. Dezember 2006 in Berlin – Langfassung: Gesetzliche Krankenkassen: Mehr Geld oder weniger Leistung.

Bhatti, Taimur et al. (2007): Dental Insurance, Income and the Use of Dental Care in Canada. In: Journal of the Canadian Dental Association, Vol. 73, No. 1, S. 57-57h.

Björnberg, Arne (2012b): Euro Health Consumer Index 2012 - Index, Health Consumer Powerhouse.

Björnberg, Arne (2012a): Euro Health Consumer Index 2012 - Report, Health Consumer Powerhouse.

BKK-Bundesverband (2012). Beschwerdefrei? Was die Bundesbürger zum Gesundheitswesen sagen. In: Die BKK 10/2012, S. 420-425.

Bleich, Sara/Özaltın, Emre/Murray, Christopher J.L. (2009): How does satisfaction with the health care system relate to patient experience? In: Bulletin of the World Health Organization, 87, S. 271-278.

Boyle, Seán (2011): United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition, 13(1).

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

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

Bundesministerium für Finanzen (2012): Fragen und Antworten zum Europäischen Stabilitätsmechanismus (ESM), online unter: http://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Europa/Stabilisierung_des_Euro/Finanzhilfemechanismen/2012-08-16-esm-faq.html, [11.12.2012].

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Informationsblatt zu den Zuzahlungsregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Stand: Januar 2011, online unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_broschueren/Infoblatt_Zuzahlungen_Stand_Januar_2011.pdf, [11.12.2012].

Cabut, Sandrine (2011): IRM: Les délais d'attente stagnent à 32 jours en France, in: Le Figaro vom 10.05.2011, online unter: <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2011/05/10/10863-irm-delaies-dattente-stagnent-32-jours-france>, [11.12.2012].

Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (2012a): Le parcours de soins coordonnés, 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>, [11.12.2012].

Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (2012b): Les différents régimes de l'Assurance Maladie, online unter: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaître-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/les-differents-regimes-de-l-assurance-maladie.php>, [11.12.2012].

Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (2012c): Le ticket modérateur, online unter: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/le-ticket-moderateur.php>, [11.12.2012].

Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (2012d): Les consultations en métropole, online unter: http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/les-consultations-en-metropole/dans-le-cadre-du-parcours-de-soins-coordonnes_rhone.php, [11.12.2012].

Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (2012e): CMU complémentaire, online unter: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/cmu-complementaire/une-complementaire-sante-gratuite.php>, [11.12.2012].

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, Point d'information, 17.05.2011.

Canadian Institute for Health Information (2011): National Health Expenditure Database, National Health Expenditure Trends 1975 to 2011, November 2011.

Chevreur, Karine et al. (2010): France: Health system review. Health Systems in Transition, 12(6).

Chun, Chang Bae (2009): Republic of Korea: Health system review. Health Systems in Transition, 11(7).

Cleemput, Irina et al. (2008): Threshold values for cost-effectiveness in health care. Belgian Health Care Knowledge Centre. HTA reports, Brüssel.

Collectif interassociatif sur la santé (CISS) (2012): Assurance maladie: L'exercice libéral de la médecine - Honoraires médicaux et taux de prise en charge par l'Assurance maladie, Fiche thématique du CISS n° 44.

Commonwealth Fund (2010): 2010 Commonwealth Fund International Health Policy Survey, online unter: <http://www.commonwealthfund.org/Surveys/2010/Nov/2010-International-Survey.aspx>, [11.12.2012].

Czypionka, Thomas et al. (2007): Warten auf Elektivoperationen in Österreich: eine Frage der Transparenz, in: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.): Health System Watch IV/Winter 2007, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit.

Dänisches Ministerium für Gesundheit und Prävention (2008): Healthcare in Denmark, Kopenhagen.

de Belvis, Antonio Giulio et al (2012): The financial crisis in Italy: Implications for the healthcare sector. In: Health Policy 106, S. 10-16.

Demers, Virginie et al. (2008): Comparison of provincial prescription drug plans and the impact on patients' annual drug expenditures. In: Canadian Medical Association Journal, 174(4), S. 405-409.

Department of Health (2012a): Consultant-led Referral to Treatment Waiting Times Data 2012-13, online unter: <http://transparency.dh.gov.uk/2012/06/29/rtt-data-2012-13>, [11.12.2012].

Department of Health (2012b): NHS Referral to Treatment (RTT) Waiting Times Statistics for England - 2011 Annual Report, Leeds.

Department of Health (2012c): Consultant-led Referral to Treatment Waiting Times Data 2012-13: England RTT Time Series, online unter: <http://transparency.dh.gov.uk/2012/06/29/rtt-data-2012-13>, [11.12.2012].

Department of Health (2012d): Diagnostics Waiting Times and Activity Information, online unter: <http://transparency.dh.gov.uk/2012/07/05/diagnostics-information>, [11.12.2012].

Department of Health (2012e): Monthly Diagnostics Data 2012-13: Time Series, online unter: <http://transparency.dh.gov.uk/2012/07/03/monthly-diagnostics-data-2012-13>, [11.12.2012].

Department of Health (2012f): Overseas treatment for NHS patients, online unter: <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Entitlementsandcharges/OverseastreatmentguidanceforNHS/index.htm>, [11.12.2012].

Department of Health (2011): Statistical press notice - NHS referral to treatment (RTT) waiting times data, September 2012, online unter: <http://mediacentre.dh.gov.uk/2012/11/15/statistical-press-notice-nhs-referral-to-treatment-rtt-waiting-times-data-september-2012>, [11.12.2012].

Department of Health and Ageing (2012): Private Health insurance, online unter: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-privatehealth-consumers-glossary.htm>, [11.12.2012].

Department of Health and Ageing (2010): The state of our public hospitals, June 2010 report, Canberra.

Department of Health, Social Services & Public Safety (2012a): Northern Ireland Waiting Times Statistics: Outpatient waiting times – Quarter Ending September 2012, Belfast.

Department of Health, Social Services & Public Safety (2012b): Northern Ireland Waiting Times Statistics: Inpatient waiting times – Quarter Ending September 2012, Belfast.

Department of Health, Social Services & Public Safety (2012c): Northern Ireland Waiting Times Statistics: Diagnostic waiting times – Quarter Ending September 2012, Belfast.

Deprés, Caroline et al. (2011): Le renoncement aux soins pour raisons financières: une approche économétrique. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), Questions d'économie de la santé Nr. 170, 2011/11, Paris.

Descamps, Ursula (2010): Ambulante Versorgungssituation in Frankreich, online unter: <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/AmbulanteVersorgunginFrankreich1.pdf>, [11.12.2012].

Deutsche Botschaft Madrid (2011): Das Gesundheitssystem Spaniens, online unter: <http://www.madrid.diplo.de/contentblob/3011906/Daten/1738291/DDateiGesundheitssystemInSpanien.pdf>, [11.12.2012].

Deutscher Ethikrat (2011): Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung – Stellungnahme, Berlin.

Deutsche Wirtschafts Nachrichten (2012): Griechenland: Ärzte behandeln Patienten nur noch bei Barzahlung, 01.09.2012, online unter: <http://deutsche-wirtschafts-nachrichten.de/2012/09/01/griechenland-aerzte-behandeln-nur-noch-bei-barzahlung>, [11.12.2012].

Dhalla, Irfan (2007): Private Health Insurance: An international overview and considerations for Canada. In: *Healthcare Quarterly*, Vol 10(4), S. 89-96.

Donders, Peter/van Riel, Sanne (2010): Annual National Report 2010: Pensions, Health and Long-term care, The Netherlands. asisp, Köln.

Dourgnon, Paul et al. (2007): Introducing Gate Keeping in France: first assessment of the preferred doctor scheme reform. IRDES Health economics letter Nr. 124.

Economou, Charalambos (2010): Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(7).

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.

EurActiv - Portal für europäische Nachrichten, Hintergründe und Kommunikation (2012): Der Marktzugang von Medikamenten, online unter: <http://www.euractiv.de/index.php?id=forschung-und-innovation&mode=linkdossier&article=der-marktzugang-von-medikamenten-000140>, [11.12.2012].

European Financial Stability Facility - EFSF (2012): About EFSF, online unter: <http://www.efsf.europa.eu>, [11.12.2012].

European Health Forum Gastein - EFGH (2012): Pressemitteilung vom 04.10.2012: Die Finanzkrise trifft die europäischen Gesundheitssysteme – Qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in Gefahr.

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, [11.12.2012].

Europäische Kommission (2011): Mitteilung der Kommission an den Rat. Follow-up zum Ratsbeschluss 2010/320/EU, gerichtet an Griechenland zwecks Ausweitung und Intensivierung der haushaltspolitischen Überwachung und zur Inverzugsetzung Griechenlands mit der Maßgabe, die zur Beendigung des übermäßigen Defizits als notwendig erachteten Maßnahmen zu treffen (Juni 2011), Brüssel, 01.07.2011.

Europäische Kommission (2007a): Special Eurobarometer 283: Health and long-term care in the European Union.

Europäische Kommission (2007b): Flash Eurobarometer 210: Cross-border health care in the EU - Analytical report.

European Medicines Agency – EMA (2011): Applying for EU marketing authorisation for medicinal products for human use, London.

Evans, Robert G. (1974): Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications. In: *The Economics of Health and Medical Care*, S.162-173.

Federal, Provincial and Territorial Dental Working Group (2012): Access to dental care, online unter: <http://www.fptdwc.ca/English/e-access.html>, [11.12.2012].

Flood, Colleen M./Archibald, Tom (2001): The illegality of private health care in Canada. In: *Canadian Medical Association Journal*, 164(6), S. 825-830.

Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (2012a): CMU complémentaire, online unter: <http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?id=6>, [11.12.2012].

Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (2012b): Bénéficiaires de la CMU-C, online unter: http://www.cmu.fr/effectifs_cmuc.php, [11.12.2012].

Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (2012c): Bénéficiaires de l'ACS, online unter: http://www.cmu.fr/effectifs_acs.php, [11.12.2012].

Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (2012d): Plafonds d'attribution de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME et plafond d'exonération de cotisation à la CMU de base, online unter: <http://www.cmu.fr/plafonds.php>, [11.12.2012].

Forsikring & Pension (2009): Danskernes syn på sundhedsforsikringer, Kopenhagen.

Franzreb Corbelletti, Marco (2009): Spanien, Land der langen Patienten-Wartelisten. *SpringerMedizin: Gesundheitspolitik*, online unter: <http://www.springermedizin.at/politik/?full=2076>, [11.12.2012].

Fuchs, Christoph (1998): Was heißt hier Rationierung? In: Nagel, Eckhard/Fuchs, Christoph (Hrsg.): *Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen*, Stuttgart.

Garcia-Armesto, Sandra et al. (2010): Spain – Health System Review 2010, *Health Systems in Transition*, 12(4).

Garrido-Cumbrera, Marco et al. (2010): Social class inequalities in the utilization of health care and preventive services in Spain, a country with a national health system. In: *International Journal of health services*, 40(3).

Gené-Badia, Joan et al. (2012): Spanish Health Care Cuts: Penny wise or pound foolish? In: *Health Policy* 106, S. 23-28.

Gerkens, Sophie/Merkur, Sherry (2010): Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(5).

Glinos, Irene A./Doering, Nora/Maarse, Hans (2012): Travelling home for treatment and EU patient's rights to care abroad: Results of a survey among German students at Maastricht University. In: *Health Policy* 105, S. 38-45.

Groß, Dominik/Schäfer, Gereon/Westermann, Stefanie (2010): Möglichkeiten und Grenzen von Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen. In: Fischer, Matthias G./ Meyer, Stephan (Hrsg.): *Gesundheit und Wirtschaftswachstum – Recht, Ökonomie und Ethik als Innovationsmotoren für die Medizin*, Berlin/Heidelberg.

Groß, Dominik (2010): Priorisierung statt Rationierung: Zukunftssicherung für das Gesundheitssystem? In: Lohmann, Heinz/Preusker, Uwe (Hrsg.) (2010): *Priorisierung statt Rationierung: Zukunftssicherung für das Gesundheitssystem*, Heidelberg.

Guthmuller, Sophie et al. (2011): Take-up rate of a subsidizing scheme for acquiring a complementary health insurance in France: key findings from a social experiment in Lille. *Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), Questions d'économie de la santé*, No. 162.

Health Canada (2012): Canada Health Act – Frequently asked questions. Online unter: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/faq-eng.php#a3>, [11.12.2012].

Health Canada (2011): Canada Health Act - Annual Report 2010 – 2011. Ottawa.

Health Canada (2010): Oral Health - Canadian Health Measures Survey (CHMS), Oral Health Statistics 2007- 2009, Online unter: <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/oral-bucco/fact-fiche-oral-bucco-stat-eng.php>.

Healy, Judith/Sharman, Evelyn/Lokuge, Buddhima (2006): Australia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 8(5).

Helsedirektoratet (2012): Færre fristbrudd og kortere ventetid, online unter: <http://www.helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/ferre-fristbrudd-og-kortere-ventetid.aspx>, [11.12.2012].

Helseøkonomiforvaltningen - HELFO (2012): Egenandeler for helsetjenester, online unter: <http://www.helfo.no/privatperson/egenandeler/Sider/default.aspx>, [11.12.2012].

Hildebrand, Jan (2012): Multimilliarden-Rettungsfonds verändert die EU, <http://www.welt.de/wirtschaft/article109678815/Multimilliarden-Rettungsfonds-veraendert-die-EU.html>, [11.12.2012].

Hofmarcher, Maria M./Rack, Herta M. (2006): *Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Kopenhagen. WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik*.

Hurst, Jeremy/Siciliani, Luigi (2003): Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries, *OECD Health Working Papers*, No. 6, OECD Publishing.

Immigration New Zealand (2012): Your GP, online unter: <http://www.newzealandnow.govt.nz/living-in-nz/family-friendly/excellent-healthcare>, [11.12.2012].

Institut français d'opinion publique – IFOP (2011): Les Français et la vue, November 2011, online unter: http://www.ifop.com/media/poll/1710-1-study_file.pdf, [11.12.2012].

International Monetary Fund - IMF (2011a): Greece: Letter of Intent, Memorandum of Economic and Financial Policies, and Technical Memorandum of Understanding, 30.11.2011, online unter: <http://www.imf.org/external/np/loi/2011/grc/113011.pdf>, [11.12.2012].

International Monetary Fund - IMF (2011b): Portugal: Letter of Intent, Memorandum of Economic and Financial Policies, and Technical Memorandum of Understanding, 17.05.2011, online unter: <http://www.imf.org/external/np/loi/2011/prt/051711.pdf>, [11.12.2012].

International Monetary Fund – IMF (2011c): Portugal: Second Review Under the Extended Arrangement, *IMF Country Report No. 11/363*, December 2011.

International Monetary Fund - IMF (2010): Greece: Letter of Intent, Memorandum of Economic and Financial Policies, and Technical Memorandum of Understanding, 08.12.2010, online unter: <http://www.imf.org/external/np/loi/2010/grc/120810.pdf>, [11.12.2012].

Interpharma (2011): Statistik der kassenpflichtigen Medikamente, online unter: http://www.interpharma.ch/de/fakten-und-statistiken/pharma-markt-schweiz/Statistik_der_kassenpflichtigen_Medikamente.asp?ShowBackButton=1, [11.12.2012].

Irish Competition Authority (2010): *Competition in Professional Services – General Medical Practitioners*, Dublin.

Japanisches Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales (2009): *Health and Medical Services: Overview of Health Care Insurance System*, Stand: April 2009, online unter: http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw4/dl/health_and_medical_services/P26.pdf, [11.12.2012].

Johnsen, Jan Roth (2006): *Health Systems in Transition: Norway*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Joumard, Isabelle/André, Christophe/Nicq, Chantal (2010): *Health Care Systems: Efficiency and Institutions*, OECD Economics Department Working Papers, No. 769, OECD Publishing.

Jungbauer-Gans, Monika (2006): Soziale und kulturelle Einflüsse auf Krankheit und Gesundheit - Theoretische Überlegungen. In: Wendt, Claus/Wolf, Christof (Hrsg.): *Soziologie der Gesundheit. Sonderheft der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Wiesbaden, S. 86-108.

Kaitelidou, Daphne/Kouli, Eugenia (2012): Greece: The health system in a time of crisis. In: *Eurohealth*, Vol. 18, Nr. 1.

Kamm, Ruth (2006): Rationierung im öffentlichen Gesundheitswesen – Eine Untersuchung möglicher Rechtfertigungsargumente. In: *Bamberger Beiträge zur Politikwissenschaft Nr. I-9*, Universität Bamberg.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2011): *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2011. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage – September 2011*, Mannheim.

Kela (Finnische Sozialversicherungsanstalt) (2010): Reimbursements of the costs of private medical treatment, online unter: <http://www.kela.fi/in/internet/english.nsf/NET/081101134011EH?OpenDocument>, [11.12.2012].

Kiil, Astrid (2012): What characterizes the privately insured in universal health care systems? A review of the empirical evidence. In: *Health Policy* (106), S. 60-75.

Kjerstad, Egil/Kristiansen, Frode (2005): Free choice, waiting time and length of stay in Norwegian hospitals. Working Paper No. 21/05, Institute for research in economics and business administration, Bergen.

Kliemt, Hartmut (1998): Gesundheitsversorgung bei Ressourcenknappheit - Ethische Aspekte. In: Fuchs, Christoph/Nagel, Eckhard (Hrsg.): Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen, Stuttgart.

Koppel, Agris et al. (2008): Estonia: Health system review. Health Systems in Transition, 10(1).

KPMG (2012): Acute or chronic: the impact of economic crisis on healthcare and health. In: Issues Monitor, Vol. 9.

Krauss, Clifford (2006): As Canada's Slow-Motion Public Health System Falter, Private Medical Care Is Surging. In: New York Times vom 26.02.2006.

Law, Michel et al. (2012): The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada. In: Canadian Medical Association Journal, Vorab-Online Version vom 16.01.2012.

Lewis, Richard/Appleby, John (2006): Can the English NHS meet the 18-week waiting list target? In: Journal of the Royal Society of Medicine, Vol. 99, S. 110-113.

Lo Scalzo, Alessandra et al. (2009): Italy: Health system review. Health Systems in Transition, 11(6).

Löfvendahl, Sofia et al. (2005): Waiting for orthopaedic surgery: factors associated with waiting times and patients' opinion. In: International Journal for Quality in Health Care, Vol. 17, Nr. 2, S. 133-140.

Marchildon, Gregory (2005): Health Systems in Transition: Canada. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Marckmann, Georg (2008): Gesundheit und Gerechtigkeit. In: Bundesgesundheitsblatt (51), S. 887-894.

Martinussen, Pål Erling/Magnussen, Jon (2009): Health care reform: the Nordic experience. In: Magnussen, Jon et al. (Hrsg.): Nordic Health Care Systems – Recent Reforms and current Policy Challenges. World Health Organization 2009, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, New York.

Mason, Christopher (2008): Public-private health care delivery becoming the norm in Sweden. In: Canadian Medical Association Journal, 179(2), S. 129-131.

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

McGuire, Thomas G. (2000): Physician agency. In: Handbook of Health Economics, Vol. 1, S. 461-536.

Medicare Australia (2012): What Medicare covers, online unter: <http://www.humanservices.gov.au/customer/enablers/medicare/medicare/what-medicare-covers>, [11.12.2012].

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

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012): Sistema de Información sobre Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud – Situación a 30 de Junio de 2011; Indicadores resumen, online unter: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/ListaEsperaJun11_CISNS.pdf, [11.12.2012].

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011): Sistema de Información sobre Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud – Situación a 30 de Junio de 2010; Indicadores resumen, online unter: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/ListaEsperaJunio10_CISNS.pdf, [11.12.2012].

Ministero della Salute (2011): Autocertificazione del reddito per ticket sanitario, online unter: <http://www.salute.gov.it/dettaglio/dettaglioNews.jsp?id=1695&tipo=new>, [11.12.2012].

Ministero della Salute (2001): Relazione Finale: Analisi e proposte in tema di liste di attesa nel SSN, Rom.

Mladovsky, Philpa et al. (2012a): Health policy responses to the financial crisis in Europe, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen.

Mladovsky, Philpa et al. (2012b): Health Policy in the financial crisis. In: Eurohealth incorporating Euro Observer, Vol. 18, Nr. 1.

MLP (2013): MLP Gesundheitsreport 2012/13: Ergebnisse im Überblick, online unter: <http://www.mlp-ag.de/#/presse/gesundheitsreport>, [12.02.2013].

Møller Pedersen, Kjeld (2005): The public-private mix in Scandinavia. In: Maynard, Alan (Hrsg.): The Public-Private Mix for Health, Oxford.

Morgan, David/Astolfi, Roberto (2013): Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected? OECD Health Working Papers, No. 60, OECD Publishing.

Muiser, Jorine (2007): The new Dutch health insurance scheme: challenges and opportunities for better performance in health financing. Discussion Paper Number 3 – 2007, WHO Genf.

Naiditch, Michel/Dourgnon, Paul (2009): The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gate-keeping. IRDES Working paper Nr. 22.

National Health Service – NHS (2012a): About the NHS, online unter: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>, [18.12.2012].

National Health Service - NHS (2012b): Common health questions – NHS services and treatments – GPs – How do I get a referral to an NHS specialist? Online unter: <http://www.nhs.uk/chq/Pages/1094.aspx?CategoryID=68&SubCategoryID=158>, [11.12.2012].

National Health Service - NHS (2012c): Treatment abroad: Q & A, online unter: <http://www.nhs.uk/Livewell/Treatmentabroad/Pages/questionsandanswers.aspx>, [11.12.2012].

National Health Service - NHS (2010): The NHS Constitution for England, März 2010, online unter: <http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Documents/nhs-constitution-interactive-version-march-2010.pdf>.

National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE (2012): Published technology appraisals, online unter: <http://guidance.nice.org.uk/Type/TA/Published>, [11.12.2012].

National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE (2010): Measuring effectiveness and cost effectiveness: the QALY, online unter: <http://www.nice.org.uk/newsroom/features/measuringeffectivenessandcosteffectivenesstheqaly.jsp>, [11.12.2012].

National Treatment Purchase Fund (2012): Annual Report 2011, Dublin.

Nederlandse Zorgautoriteit - NZa (2012): Marktscan medisch specialistische zorg: weergave van de markt 2008 - 2012, Utrecht.

Neuseeländisches Gesundheitsministerium (2012): Visiting a doctor, online unter: <http://www.health.govt.nz/yourhealth-topics/health-care-services/visiting-doctor>, [11.12.2012].

NHS National Services Scotland (2012a): Inpatient, Day case and Outpatient stage of treatment waiting times - Monthly & quarterly data to 30 September 2012, Edinburgh.

NHS National Services Scotland (2012b): Diagnostic Waiting Times - Quarter ending 30. September 2012, Edinburgh.

Norwegisches Gesundheitsministerium (2011): Your rights within the Norwegian specialist healthservice, Oslo.

OECD (2012a): OECD Health Data: Social protection, OECD Health Statistics (database), (Stand: 07.11.2012).

OECD (2012b): BIP. In: Die OECD in Zahlen und Fakten 2011-2012: Wirtschaft, Umwelt, Gesellschaft, OECD Publishing.

OECD (2012c): Health: Growth in health spending grinds to a halt, 28.06.2012, online unter: <http://www.oecd.org/health/healthgrowthinhealthspendinggrindstoahalt.htm>, [11.12.2012].

OECD (2012d): OECD Health Data: Health expenditure and financing, OECD Health Statistics (database).

OECD (2012e): OECD-Gesundheitsdaten 2012. Deutschland im Vergleich.

OECD (2012f): OECD Health Data 2012 – How does Greece compare?

OECD (2012g): OECD Health Data 2012 – How does Ireland compare?

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

OECD (2004): Private Health Insurance in OECD Countries, Paris.

Olejaz, Maria et al. (2010): Denmark: Health system review. Health Systems in Transition, 14(2).

Or, Zeyneb/Com-Ruelle, Laure (2008): La qualité des soins en France: comment la mesurer pour l'améliorer? IRDES Document de travail No. 18, Paris.

Osterkamp, Rigmar (2002): Warten auf Operationen – ein internationaler Vergleich. In: ifo Schnelldienst 10/2002 – 55. Jahrgang.

Paris, Valérie/Devaux, Marion/Wei, Lihan (2010): Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries, OECD Health Working Papers, No. 50, OECD Publishing.

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

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.

Portail Santé (2010): Réforme de la santé: nouveaux tarifs de la CNS applicables à partir du 1er janvier 2011, online unter: <http://www.sante.public.lu/fr/actualites/2010/12/cns-nouveaux-tarifs/index.html>, [11.12.2012].

Preusker, Uwe K. (2004): Offene Priorisierung als Weg zu einer gerechten Rationierung? In: G + G Wissenschaft 2/2004, S. 16-22.

Private Healthcare UK (2012): Private Health care & Medical Insurance Cover, online unter: <http://www.privatehealth.co.uk/healthinsurance/private-medical-insurance>, [11.12.2012].

Regione Lombardia (2012): Tempi di attesa per alcune classi di prestazione, online unter: <http://www.sanita.regione.lombardia.it>, [11.12.2012].

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu - Nationale Atlas Volksgezondheid (2012): Wachttijsten ziekenhuiszorg, online unter: <http://www.zorgatlas.nl/thema-s/wachttijsten>, [11.12.2012].

Rijksoverheid (2012a): Zijn medische hulpmiddelen opgenomen in het basispakket? Online unter: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/zijn-medische-hulpmiddelen-opgenomen-in-het-basispakket.html> [11.12.2012].

Rijksoverheid (2012b): Eigen risico zorgverzekering, online unter: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/eigen-risico-zorgverzekering> [11.12.2012].

Ringard, Ånen/Hagen, Terje P. (2011): Are waiting times for hospital admissions affected by patients' choices and mobility? In: BMC Health Services Research, 11:170.

Roll, Kathrin/Stargardt, Tom/Schreyögg, Jonas (2012): Einfluss von Versichertenstatus und Einkommen auf die Wartezeit im ambulanten Bereich. In: Monitor Versorgungsforschung 05/2012, 5. Jahrgang.

Roll, Kathrin/Stargardt, Tom/Schreyögg, Jonas (2011): Effect of type of insurance on waiting time for outpatient care, Hamburg Centre for Health Economics, Research Paper 2011/03, Hamburg.

Rokosová, Martina et al. (2005): Czech Republic: Health care systems in transition, 7(1).

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000): Bedarf, bedarfsgerechte Versorgung, Über-, Unter- und Fehlversorgung" im Rahmen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung - Herleitung grundlegender Begriffe, Arbeitspapier April 2000, online unter: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2000/Arbeitspapier.pdf, [11.12.2012].

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2011): Sondergutachten 2011 (Kurzfassung): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Bonn.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2003): Gutachten 2003 (Kurzfassung): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Bonn.

Sagan, Anna et al. (2011): Poland: Health system review. Health Systems in Transition, 13(8).

Salminen, Kari/Niemelä, Heikki (2006): Soziale Sicherheit in Finnland, Helsinki.

Schäfer, Willemijn et al. (2010): The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition, 12(1).

Schöffski, Oliver/Greiner, Wolfgang (1998): Das QALY-Konzept zur Verknüpfung von Lebensqualitätseffekten mit ökonomischen Daten. In: Schöffski, Oliver/Glaser, Petra/von der Schulenburg, J.-Matthias Graf (1998): Gesundheitsökonomische Evaluationen – Grundlagen und Standortbestimmung, Berlin/Heidelberg/New York.

Schöffski, Oliver/Uber, Andrea (1998): Grundformen gesundheitsökonomischer Evaluationen. In: Schöffski, Oliver/Glaser, Petra/von der Schulenburg, J.-Matthias Graf (1998): Gesundheitsökonomische Evaluationen – Grundlagen und Standortbestimmung, Berlin/Heidelberg/New York.

Schoen, Cathy et al. (2010): How Health Insurance Design Affects Access to Care and Costs, by Income, in Eleven Countries. In: Health Affairs Web First, 18.11.2010.

Schokkaert, Erik/Van de Voorde, Carine (2004): Health Care Reform in Belgium.

Schulze Ehring, Frank (2010): Die Reform der Krankenversicherung in den Niederlanden. Betrachtungen aus deutscher Sicht. In: Schulze Ehring, Frank/Köster, Anne-Dorothee (2010): Die Gesundheitsreform in den Niederlanden und in der Schweiz als Vorbild für Deutschland?, PKV-Dokumentation Nr. 29, Köln.

Schulze Ehring, Frank (2006): Rationierung und Wartezeit in Großbritannien – eine Bewertung aus deutscher Sicht. WIP-Diskussionspapier 8/06, Köln.

Schweizer Bundesamt für Gesundheit – BAG (2012a): Antworten auf häufig gestellte Fragen zu Leistungen vom 26.01.2012.

Schweizer Bundesamt für Gesundheit – BAG (2012b): Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Kostenbeteiligung, Bern.

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

Siciliani, Luigi/Hurst, Jeremy (2004): Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries. OECD Health Working Papers, Paris.

Sjúkratryggingar Íslands (2012): Hvað á ég að greiða fyrir lækniþjónustu og heilsugæslu? Online unter: <http://www.sjukra.is/heilbrigdisstarfsfolk/fjarhaedir-og-gjaldskrar>, [11.12.2012].

Socha, Karoline (2010): Physician dual practice and the public health care provision – review of literature. University of Southern Denmark, Health Economic Papers 2010:4.

Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (2012): Erstinformation für Freiberufler und neue Selbstständige, Wien.

Spiegel-Online (2012): Euro-Krise: Griechischen Krankenkassen droht Kollaps, 03.09.2012, online unter: <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/griechischen-krankenkassen-droht-kollaps-a-853673.html>, [11.12.2012].

Statistics Canada (2012a): Specialist visits for a new illness or condition, distribution of waiting times, household population aged 15 and over, Canada, provinces and territories, occasional, CANSIM (database), Table 105-3002, online unter: <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?lang=eng&id=1053002>, [11.12.2012].

Statistics Canada (2012b): Selected diagnostic tests, distribution of waiting times, household population aged 15 and over, Canada, provinces and territories, occasional, CANSIM (database), Table 105-3004, online unter: <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?lang=eng&id=1053004>, [11.12.2012].

Statistics Canada (2012c): Non-emergency surgeries, distribution of waiting times, household population aged 15 and over, Canada, provinces and territories, occasional, CANSIM (database), Table 105-3003, online unter: <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?lang=eng&id=1053003>, [11.12.2012].

Stern Online (2012): Dramatische Lage griechischer Kliniken: Keine Medikamente, keine Katheter, kein Klopapier, 11.06.2012, online unter: <http://www.stern.de/wirtschaft/news/dramatische-lage-griechischer-kliniken-keine-medikamente-keine-katheter-kein-klopapier-1839513.html>, [11.12.2012].

Stuckler, David et al. (2010): Responding to the economic crisis: a primer for public health professionals. In: Journal of public health, Vol. 32, Nr. 3, S. 298-306.

Sundhedsstyrelsen (2012): Ventetider, online unter: www.ventefo.dk, [11.12.2012].

Suzuki, Reiko (2005): Private Health Care Insurance Shouldering Risk at the Individual Level, J CER Researcher Report No. 58.

Svensk Försäkring (2012): Insurance in Sweden 2011, Stockholm.

Sveriges Kommuner och Landsting – SKL (2012a): Specialiseradvård - besök - oktober 2012, online unter: <http://www.vantetider.se/se-vantetider/sammanstallningar/specialiseradvardbesokmapp>, [11.12.2012].

Sveriges Kommuner och Landsting – SKL (2012b): Vårdbarometern - Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård, Stockholm.

Szalay, Tomáš et al. (2011): Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition, 13(2).

Tatar, Mehtap et al. (2011): Turkey: Health system review. Health Systems in Transition, 13(6).

Tatara, Koza/Okamoto, Etsuji (2009): Japan: Health system review. Health Systems in Transition, 11(5).

Techniker Krankenkasse (2011): TK-Pressemitteilung vom 11.09.2011, Online unter: <http://www.tk.de/tk/pressemitteilungen/gesundheits-und-service/363014>, [11.12.2012].

Television New Zealand - TVNZ (2011): Hospitals swamped as patients avoid GP costs, online unter: <http://tvnz.co.nz/health-news/hospitals-swamped-patients-avoid-gp-costs-3995247>, [11.12.2012].

Thomas, Steve et al. (2012): The Irish health system and the economic crisis. In: The Lancet, Vol. 380.

Thompson, Sarah/Mossialos, Elias (2009): Private health insurance in the European Union - Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, London School of Economics and Political Science, London.

Turner, Leigh (2007): Medical tourism – Family medicine and international health-related travel. In: Canadian Family Physician, Vol. 53.

Ungarisches nationales Institut für Qualitäts- und Organisationsentwicklung in Gesundheitswesen und Medizin (2007): Hungarian Health System Scan, Budapest.

van Doorslaer, Eddy/Masseria, Cristina/Koolman, Xander (2006): Inequalities in access to medical care by income in developed countries. In: Canadian Medical Association Journal 174, S. 177-183.

Vogler, Sabine et al. (2012): Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. In: Southern Med Review 4;2, S. 69-79.

Vuorenkoski, Lauri/Mladovsky, Philipa/Mossialos, Elias (2008): Finland: Health system review. Health Systems in Transition, 10(4).

Welsh Government (2012a): NHS Wales Referral to Treatment Times – October 2012, Cardiff.

Welsh Government (2012b): NHS Wales Diagnostic & Therapy Services Waiting Times: At end October 2012, Cardiff.

Welt-Online (2012): Griechische Apotheker nehmen nur noch Bargeld, 03.12.2012, online unter: http://www.welt.de/newsticker/dpa_nt/infoline_nt/schlaglichter_nt/article111776838/Griechische-Apotheker-nehmen-nur-noch-Bargeld.html, [11.12.2012].

WHO (2009a): Primary health care – Facts and figures – A selection of country profiles: Slovenia, online unter: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/primary-health-care/facts-and-figures/a-selection-of-country-profiles/slovenia-2009>, [11.12.2012].

WHO (2009b): Primary health care – Facts and figures – A selection of country profiles: Israel, online unter: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/primary-health-care/facts-and-figures/a-selection-of-country-profiles/israel-2009>, [11.12.2012].

WHO (2008): Primary health care – Facts and figures – A selection of country profiles: Estonia, online unter: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/primary-health-care/facts-and-figures/a-selection-of-country-profiles/estonia-2008>, [11.12.2012].

Yamada, Tetsuji et al. (2009): Private Health Insurance and Hospitalization under Japanese National Health Insurance. In: The Open Economics Journal (2), S. 61-70.

Zamorano, Miguel (2012): Schuldenkrise: Sparprogramme der Schuldenländer, Wirtschaftswoche Online vom 05.01.2012, online unter: <http://www.wiwo.de/politik/europa/schuldenkrise-sparprogramme-der-schuldenlaender/5924498.html>, [11.12.2012].

Zeit Online (2012): Euro-Krise: Arbeitslosigkeit in Griechenland auf Rekordniveau gestiegen, 06.09.2012, online unter: <http://www.zeit.de/wirtschaft/2012-09/griechenland-arbeitslosigkeit-rekordniveau>, [11.12.2012].

WIP

Wissenschaftliches
Institut der PKV