

Bahnsen, Lewe

Research Report

Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang - Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme

WIP-Analyse, No. Februar 2022

Provided in Cooperation with:

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

Suggested Citation: Bahnsen, Lewe (2022) : Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang - Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme, WIP-Analyse, No. Februar 2022, ISBN 978-3-9821682-8-9, WIP - Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/273220>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang

Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme

Lewe Bahnsen

Impressum

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln
Telefon: (0221) 9987 – 1652
E-Mail: wip@wip-pkv.de
Internet: www.wip-pkv.de

Februar 2022

ISBN 978-3-9821682-8-9

Inhalt

Abbildungen	2
Tabellen	2
Executive Summary	3
1 Einleitung	5
2 Absicherung des Krankheitskostenrisikos	6
2.1 Umfang und Ausgestaltung des Krankenversicherungsschutzes	6
2.2 Angebot und Nachfrage in kollektiv finanzierten Gesundheitssystemen	7
3 Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung	9
3.1 Fehlender Krankenversicherungsschutz	9
3.2 Begrenzter Umfang der Krankenversicherung	10
3.2.1 Arzneimittelversorgung	12
3.2.2 Zahnärztliche Versorgung	14
3.3 Kostenbeteiligungen	16
3.4 Organisatorische Hindernisse	19
3.4.1 Eingeschränkte Wahlfreiheit	20
3.4.2 Wartezeiten	22
3.4.3 Mangelnde Digitalisierung	25
3.5 Geografische Hindernisse	27
3.6 Tatsächliche Inanspruchnahme zur Verfügung stehender Leistungen	30
4 Zum Zusammenhang von Zugangshürden und privaten Gesundheitsleistungen	32
4.1 Angebot privater Gesundheitsleistungen	32
4.2 Finanzierung privater Gesundheitsleistungen	33
5 Fazit	36
Quellen	37
WIP-Veröffentlichungen seit 2012	43

Abbildungen

Abbildung 1:	Umfang der staatlichen bzw. obligatorischen Absicherung in der ambulanten Versorgung	11
Abbildung 2:	Umfang der staatlichen bzw. obligatorischen Absicherung in der stationären Versorgung	12
Abbildung 3:	Umfang der öffentlichen bzw. obligatorischen Absicherung in der Arzneimittelversorgung	13
Abbildung 4:	Medianzeit von der Marktzulassung eines neuen Arzneimittels bis zur Verfügbarkeit für die Patienten im Ländervergleich	14
Abbildung 5:	Umfang der öffentlichen bzw. obligatorischen Absicherung in der zahnärztlichen Versorgung.....	15
Abbildung 6:	Median-Wartezeit zwischen fachärztlicher Untersuchung und operativem Eingriff...	23
Abbildung 7:	Anteil der Befragten, die am selben oder nächsten Tag einen Arzttermin erhielten, als sie das letzte Mal ärztliche Hilfe benötigten	24
Abbildung 8:	Anteil der Bevölkerung, der seinen Bedarf an ärztlicher Versorgung aufgrund zu langer Wartelisten nicht gedeckt sieht	25
Abbildung 9:	Anteil der Praxen mit einem Angebot von digitalen Leistungen.....	26
Abbildung 10:	Ärztedichte in den betrachteten Ländern	27
Abbildung 11:	Anteil der Bevölkerung, der seinen Bedarf an ärztlicher Versorgung aufgrund zu langer Wege nicht gedeckt sieht	29
Abbildung 12:	Influenza- und COVID-19-Impfquoten.....	31
Abbildung 13:	Bevölkerungsanteil mit privater Krankenzusatzversicherung in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen	34
Abbildung 14:	Bevölkerungsanteil mit privater Krankenzusatzversicherung in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen	35

Tabellen

Tabelle 1:	Organisation der Absicherung im Krankheitsfall für typische Arbeitnehmer.....	7
Tabelle 2:	Obligatorische Zuzahlungen für Personen, die keiner Befreiungsregelung unterliegen	17
Tabelle 3:	Wahlfreiheit und Gatekeeping im Ländervergleich.....	21
Tabelle 4:	Angaben der Länder zur politischen Priorität von Wartezeiten	23

Executive Summary

Die Analyse dokumentiert, dass in allen öffentlichen Gesundheitssystemen, die kollektiv über Steuern oder Beiträge finanziert werden, Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung existieren. Dabei handelt es sich insbesondere um fehlenden bzw. begrenzten Krankenversicherungsschutz, obligatorische Kostenbeteiligungen, Einschränkungen in der Wahlfreiheit der Patienten und Wartezeiten. Je nach Ausgestaltung des öffentlichen Gesundheitssystems sind diese Hürden in Art und Umfang unterschiedlich ausgeprägt.

Insgesamt ist festzustellen, dass das deutsche duale Krankenversicherungssystem im europäischen Vergleich über einen der umfangreichsten Leistungskataloge verfügt. Zudem haben Patienten im deutschen Gesundheitssystem europaweit den schnellsten Zugang zu innovativen Arzneimitteln. Ein Erklärungsansatz für das breite Leistungsspektrum in Deutschland ist die PKV als wettbewerbliches Korrektiv. Geringe Qualität oder Leistungskürzungen in der GKV würden deren Wettbewerbsposition gegenüber der PKV schwächen und werden daher möglichst vermieden. In anderen europäischen Ländern mit einheitlichen Gesundheitssystemen sind oftmals deutlich weniger Leistungen vom öffentlichen System abgedeckt und müssen deshalb privat finanziert werden – über private Zahlungen oder private Zusatzversicherungen. Insbesondere in steuerfinanzierten Systemen sind Patienten kaum vor Leistungskürzungen geschützt, da hier auf Basis der zur Verfügung stehenden Budgets über Leistungsrestriktionen ggf. rationiert werden muss.

In Deutschland ist es für Patienten zudem selbstverständlich, einen Haus- oder Facharzt ihrer Wahl zu konsultieren. Auch die Pflicht zur Registrierung bei einem Hausarzt existiert in Deutschland nicht. Dagegen ist die Einschränkung dieser Wahlfreiheit eine Zugangshürde, die in vielen anderen europäischen Gesundheitssystemen etabliert ist. Auch wenn das Patientenwahlrecht in vielen Ländern mittlerweile ausgeweitet wurde, ist Gatekeeping in Verbindung mit einer verpflichtenden Registrierung bei einem Hausarzt nach wie vor weit verbreitet. Dadurch wird für Patienten die Möglichkeit erheblich eingeschränkt, im ambulanten Sektor weitere Ärzte zu kontaktieren.

Patienten müssen sich in vielen Ländern obligatorisch an den Behandlungskosten beteiligen. In Deutschland sind die Zuzahlungen dagegen vergleichsweise gering. Im haus- und fachärztlichen Sektor muss ein Patient keine Zuzahlungen leisten. Dies trifft zwar auch auf eine Reihe weiterer Länder zu, in diesen wird die Versorgung alternativ jedoch über andere Zugangshürden beschränkt. Hier zeigt die Analyse einen Zusammenhang zwischen Art der Zugangshürde und Finanzierungsform des Gesundheitssystems: Länder, die keine oder nur geringe Zuzahlungen für ärztliche Behandlung erheben, begrenzen den Zugang zur Versorgung oft über Gatekeeping. Gleichzeitig schränken einige Länder den Zugang sowohl über Eigenbeteiligungen als auch Gatekeeping ein. Andersherum wird deutlich, dass Länder mit vergleichsweise hohen Zuzahlungen auf ein Gatekeeping im Gesundheitssystem verzichten (z. B. Luxemburg, Österreich und die Schweiz).

Wartezeiten sind in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen deutlich verbreiteter als in beitragsfinanzierten Systemen. In Deutschland spielen Wartezeiten eher eine untergeordnete Rolle. So äußerten 74 % von befragten deutschen Patienten in einer internationalen Vergleichsstudie, dass sie am selben oder nächsten Tag einen Arzttermin erhielten, als sie das letzte Mal ärztliche Hilfe benötigten. Anders als in anderen Ländern scheinen zudem Einkommensunterschiede in Deutschland kaum ein relevanter Faktor zu sein.

Stoßen Patienten auf die beschriebenen Zugangshürden im öffentlichen Gesundheitssystem, kann es zu Ausweichreaktionen kommen und die gewünschten Leistungen werden auf dem privaten Gesundheitsmarkt nachgefragt. Mit einer privaten Behandlung können u. a. lange Wartezeiten im öffentlichen Gesundheitssystem umgangen oder ein direkter Zugang zum privat praktizierenden Facharzt der eigenen Wahl ermöglicht werden. Im Unterschied zu Deutschland existiert in der Mehrzahl der Länder parallel zum staatlichen System ein gut ausgebauter privater Gesundheitsmarkt mit rein privat praktizierenden Ärzten.

Die privat generierten Einnahmen fließen – im Gegensatz zum dualen System in Deutschland – nicht in das staatliche Versorgungssystem, sondern verbleiben ausschließlich im privaten Sektor.

Patienten, die die finanziellen Mittel hierfür aufbringen können und wollen, schließen bei entsprechendem Angebot nicht selten private Zusatzversicherungen ab. In Deutschland ist der Anteil privater Zusatzversicherungen mit knapp 25 % im europäischen Vergleich eher gering und damit auch ein Indikator für das hohe medizinische Versorgungsniveau. In anderen Ländern scheint der Abschluss von Zusatzversicherungen dagegen mehrheitlich als existenziell notwendig bewertet zu werden. So entscheiden sich z. B. in Belgien 98 %, in Frankreich 96 % und in den Niederlanden 84 % der Bürger für eine den Grundschatz ergänzende Zusatzversicherung. Aber auch in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen werden in nicht unerheblichem Umfang Zusatzversicherungen abgeschlossen. Diese haben hier in der Regel einen duplizierenden Charakter, da jeder Einwohner weiterhin durch seine Steuerzahlung in das öffentliche System eingebunden bleibt und dort einen vollen Leistungsanspruch hat.

Die Digitalisierung könnte dazu beitragen, den Zugang zu medizinischer Versorgung entscheidend zu verbessern und Zugangshürden abzubauen. Dennoch sind einfache Ansätze wie Video-Sprechstunden, E-Mail-Kommunikation oder der Online-Abwurf von Ergebnissen teilweise noch nicht umfassend etabliert. Auch in Deutschland können diesbezüglich noch Potenziale gehoben werden. Deutlich fortschrittlicher zeigen sich die skandinavischen Länder. Ein Blick auf die europäischen Nachbarn könnte sich also lohnen, um das bereits gut funktionierende deutsche Gesundheitswesen auf ein noch höheres Niveau zu bringen und dabei ggf. sogar Ausgaben zu reduzieren.

Geografische Hindernisse beim Zugang zu medizinischer Versorgung sind in allen betrachteten Ländern von geringerer Bedeutung. Dennoch sollte bei der Verteilungsplanung von neuen Gesundheitseinrichtungen die Erreichbarkeit für Patienten berücksichtigt werden. Für weniger dicht besiedelte Gebiete mit geringerer Versorgungsdichte kann auch der angesprochene Punkt der Digitalisierung eine Rolle spielen. Kleinere Anliegen, das Ausstellen von Rezepten oder das Abrufen von Testergebnissen können problemlos online abgewickelt werden. Während Deutschland den anderen Ländern bei der Ausstattung des Gesundheitswesens teilweise weit voraus ist, liegt hier noch Potenzial brach.

Zusammenfassend macht die Analyse deutlich: Alle öffentlichen, nach einheitlichen Finanzierungsregeln konzipierten Gesundheitssysteme verfehlen letztendlich das Ziel einer einheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Als unmittelbare Folge entsteht ein privater Gesundheitsmarkt für ausgegliederte oder schwer erreichbare medizinische Leistungen. Patienten mit niedrigerem Einkommen können es sich oftmals nicht leisten, die im öffentlichen System nicht verfügbaren Leistungen privat zu zahlen und bleiben auf das (eingeschränkte) Versorgungsniveau des öffentlichen Gesundheitssystems verwiesen. Einheitlich kollektiv finanzierte Gesundheitssysteme bieten somit keinen Schutz vor Versorgungsunterschieden. Das deutsche duale Gesundheitssystem bietet dagegen allen Versicherten ein hohes Versorgungsniveau, die im europäischen Vergleich größte Wahl- und Therapiefreiheit und einen vergleichsweise kaum beschränkten Zugang zu ärztlichen Leistungen und Innovationen. Zudem haben die deutschen Versicherten im europäischen Vergleich kurze Wartezeiten. Folglich lässt sich konstatieren, dass Einheitssysteme keinen besseren, sondern gerade für einkommensschwache Bevölkerungsschichten einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung bieten als das gewachsene duale Gesundheitssystem in Deutschland.

1 Einleitung

Nach der Europäischen Säule sozialer Rechte hat jede Person das Recht auf rechtzeitige, hochwertige sowie bezahlbare Gesundheitsvorsorge und Heilbehandlung. Das bedeutet konkreter, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung durch eine ausgewogene geografische Verteilung von Gesundheitseinrichtungen und medizinischem Personal sowie Maßnahmen zur Verkürzung der Wartezeiten sichergestellt werden sollte. Zusätzlich dürfen die Kosten die Menschen nicht daran hindern, benötigte Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen (Baeten et al. 2018).

Einen angemessenen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten ist ein zentrales politisches Ziel der sozialen Absicherung in den Mitgliedsländern der Europäischen Union (EU). Dazu haben alle Länder eine (größtenteils) über Steuern oder Beiträge finanzierte Absicherung des Krankheitskostenrisikos etabliert (Rokicki et al. 2021). Aber auch wenn eine (Basis-)Absicherung im Krankheitsfall existiert, sagt dies noch nichts über die tatsächliche Versorgung der Bevölkerung aus. Durch Zuzahlungen, Leistungsausschlüsse, Kapazitätsbegrenzungen und damit verbundene Wartezeiten kann sich der Zugang zum Gesundheitssystem im Ländervergleich stark unterscheiden.

Gesundheitssysteme stehen allgemein vor der Herausforderung einer alternden Bevölkerung und einer steigenden Nachfrage, die auch aus nicht-demografischen Faktoren, wie dem Aufkommen neuer (oft teurer) Behandlungsmöglichkeiten, resultieren kann. Daraus entstehende Kosten und Wartezeiten stellen in einigen Ländern wichtige Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung dar. Vor dem Hintergrund der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsressourcen und der häufig unter Druck stehenden öffentlichen Haushalte ist die Sicherstellung einer rechtzeitigen, hochwertigen und bezahlbaren Gesundheitsversorgung die Kernherausforderung der nationalen Gesundheitssysteme (Baeten et al. 2018).

Bereits frühere Arbeiten (Finkenstädt 2017, Finkenstädt und Niehaus 2013) haben darauf hingewiesen, dass Deutschland mit seinem umfangreichen medizinischen Leistungskatalog, den geringen Wartezeiten und Zuzahlungen sowie der großen Patientenautonomie bei der Auswahl von Ärzten und Krankenhäusern im Ländervergleich überdurchschnittlich gut abschneidet. In den anderen betrachteten Ländern werden medizinische Leistungen teilweise deutlich stärker rationiert. Die vorliegende Analyse soll deshalb zeigen, welche Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung im europäischen Vergleich etabliert sind.

In die Untersuchung einbezogen werden die 26 Länder, die sowohl OECD-Mitglied als auch EU- bzw. EFTA-Mitglied sind.¹ Entsprechend werden Belgien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien und Ungarn vergleichend betrachtet.

Obwohl die Bevölkerung – mit Blick auf das Ziel der universellen Gesundheitsversorgung – flächendeckend versorgt sein sollte, gibt es dennoch teilweise erhebliche Lücken und Hürden beim Zugang, die sich auch zwischen den Ländern stark unterscheiden können. Die vorliegende Arbeit soll diese Hürden beleuchten und in einen vergleichenden Kontext setzen.

¹ Großbritannien hat nach dem EU-Austritt ein Freihandelsabkommen mit den Staaten der Europäischen Freihandelsassoziation EFTA, Island, Liechtenstein und Norwegen unterzeichnet (EFTA 2021).

2 Absicherung des Krankheitskostenrisikos

Das Krankheitskostenrisiko ist ein zweidimensionales Risiko, bestehend aus einem Einkommens- und Versorgungsrisiko. Eine Absicherung dieses Risikos sorgt dafür, dass zum einen finanzielle Verluste durch gesundheitliche Probleme reduziert oder vermieden werden und zum anderen sich Personen überhaupt eine notwendige medizinische Versorgung leisten können, die andernfalls zu teuer wäre (Nyman 1999). Wie sich die Absicherung des Krankheitskostenrisikos in den untersuchten Ländern darstellt, soll im Folgenden betrachtet werden.

2.1 Umfang und Ausgestaltung des Krankenversicherungsschutzes

Die Absicherung der Kosten für Gesundheitsleistungen und -güter ist eines der wichtigsten Zugangskriterien in der Gesundheitsversorgung. In der EU besteht ein gesellschaftlicher Konsens, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung auf dem Niveau des diagnostischen und therapeutischen Fortschritts für alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig ihrer finanziellen Möglichkeiten möglich sein soll. Die staatliche Absicherung im Krankheitsfall ist je nach Land unterschiedlich organisiert. In der älteren vergleichenden Wohlfahrtsforschung wird dafür in der Regel zwischen zwei idealtypischen Systemen unterschieden: Beveridge- und Bismarck-Systeme.² Beveridge-Systeme setzen auf einen steuerfinanzierten nationalen Gesundheitsdienst, der eine universelle Basisabsicherung vorsieht, mit automatischem Zugang für alle Einwohner (Versorgungsprinzip). Bismarck-Systeme zeichnen sich durch beitragsfinanzierte Krankenversicherungen mit obligatorischer Mitgliedschaft aus. Aus dieser ergeben sich sozialrechtliche Ansprüche, die über Beiträge aus dem Erwerbseinkommen erworben werden (Versicherungsprinzip).

Konkret sieht ein Beveridge-System prinzipiell eine nationale Einheitskasse vor, mittels welcher die gesamte Bevölkerung pauschale Gesundheitsleistungen unentgeltlich in Anspruch nehmen kann. Die verantwortlichen Institutionen sind bei der Leistungserbringung an ein zugewiesenes Budget gebunden. Entsprechend steht die Finanzierung der Gesundheitsleistungen bzw. das Gesundheitsbudget in Beveridge-Systemen immer in Konkurrenz mit anderen steuerfinanzierten Politikbereichen.³ Durch die Beitragsfinanzierung in Bismarck-Systemen sind die Kostenträger, d.h. die Krankenkassen, hingegen weitestgehend unabhängig von einem staatlichen vorgegebenen Budget. Denn während Versicherungsbeiträge zweckgebunden erhoben werden, unterliegen Steuern dem Nonaffektationsprinzip, das eine Zweckbindung öffentlicher Einnahmen ausschließt.⁴ Auch wenn bei höheren Ausgaben die Beiträge steigen können, um die Gesundheitsausgaben zu decken, gilt gemeinhin das Ziel der Beitragsstabilität.

Da die Gesundheitssysteme in den vergangenen Dekaden nach und nach komplexer geworden sind (Reibling et al. 2019), existiert kein Gesundheitssystem mehr gänzlich in diesen „Reinformen“. In allen Ländern haben sich durch zahlreiche gesundheitspolitische Reformen mittlerweile hybride Systeme etabliert. Tabelle 1 ordnet die 26 betrachteten Länder entsprechend ihrer Organisation und primären Finanzierung der Absicherung im Krankheitsfall ein.

2 Benannt nach dem britischen Lord William Henry Beveridge bzw. dem deutschen Reichskanzler Otto von Bismarck.

3 Ein Negativbeispiel ist diesbezüglich nicht selten Großbritannien bzw. der NHS England. Eine aktuelle Studie zeigt, dass pandemiebedingt fast 20.000 Krebspatienten nicht diagnostiziert worden sind (Patel und Thomas 2021). Die Abarbeitung des Rückstaus an Krebsbehandlungen in England könnte der Studie zufolge mehr als ein Jahrzehnt dauern (Ärzteblatt 2021b). Es werde dringend Geld für medizinische Geräte und mehr Personal benötigt. Daraus wird ersichtlich, dass es in steuerfinanzierten Systemen leichter zu einer Unterfinanzierung des Gesundheitssystems kommen kann.

4 Siehe auch § 7 HGrG (Grundsatz der Gesamtdeckung).

Tabelle 1: Organisation der Absicherung im Krankheitsfall für typische Arbeitnehmer

Finanzierung überwiegend durch	Träger der öffentlichen Krankenversicherung	Länder
Steuern	Nationaler Gesundheitsdienst	Griechenland*, Großbritannien, Irland, Island, Lettland, Portugal
	Regionaler Gesundheitsdienst	Italien, Spanien
	Kommunaler Gesundheitsdienst	Dänemark, Finnland, Norwegen, Schweden
Beiträge	Einheitskrankenkasse	Estland, Litauen, Luxemburg, Polen, Slowenien, Ungarn
	Verschiedene Krankenkassen ohne freie Kassenwahl	Frankreich, Österreich
	Verschiedene Krankenkassen mit freier Kassenwahl	Belgien, Deutschland, Niederlande, Schweiz, Slowakei, Tschechien

Hinweis: * Die Einordnung von Griechenland stellt sich schwieriger dar, da ein öffentlicher Gesundheitsdienst und ein Sozialversicherungssystem parallel existieren. Das System finanziert sich aus unmittelbaren Staatszuschüssen und Sozialversicherungsbeiträgen.

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Schölkopf und Grimmeisen (2020).

Steuerfinanzierte Gesundheitssysteme lassen sich darüber hinaus danach differenzieren, auf welcher Ebene die Gesundheitsversorgung organisiert wird. So erfolgt u. a. in Großbritannien, Irland und Portugal eine zentralstaatliche Steuerung der Gesundheitsversorgung durch die Regierung bzw. das Gesundheitsministerium. In Italien und Spanien ist der Gesundheitsdienst dagegen auf regionaler Ebene (Regionen, Provinzen) organisiert, in den skandinavischen Ländern Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden auf subregionaler Ebene (Landkreise, Kommunen). Beitragsfinanzierte Gesundheitssysteme können dahingehend unterschieden werden, ob sie über einkommensbezogene Beiträge (u. a. Belgien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Österreich) oder Kopfpauschalen (Niederlande, Schweiz) finanziert sind. Das deutsche Gesundheitssystem stellt mit seiner dualen Ausgestaltung – dem nebeneinander von gesetzlich und privat – international auf den ersten Blick einen Sonderfall dar. Es gilt aber zu berücksichtigen, dass allein in Europa bereits eine große Vielfalt unter den Gesundheitssystemen existiert. Die jeweiligen Ausgestaltungen basieren dabei häufiger auf der Geschichte und der Kultur des jeweiligen Landes und damit auf gesellschaftlichen Entwicklungspfaden und weniger auf belastbaren Begründungsansätzen hinsichtlich Effektivität und Effizienz (Espinosa-González et al. 2021).

2.2 Angebot und Nachfrage in kollektiv finanzierten Gesundheitssystemen

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

In der Literatur wird dieses Verhalten, mit dem die Lücke zwischen Angebot und Nachfrage zusätzlich vergrößert wird, als „Moral Hazard“ bezeichnet. Allgemein wird damit verantwortungsloses oder leicht-

sinniges Verhalten aufgrund ökonomischer Fehlanreize beschrieben. Im Kontext der Gesundheitsversorgung ist die Verhaltensänderung einer Person nach Abschluss einer Versicherung gemeint. Es lässt sich konstatieren, dass umfassende Versicherungen immer dann eine Ressourcenverschwendung mit sich bringen, wenn der Versicherte Umfang, Eintritt und Wahrscheinlichkeit des Schadensfalles beeinflussen kann (Pauly 1968).⁵ Die Versicherten werden dazu verleitet, mehr Leistungen nachzufragen, da ihre Nachfrage sich nicht auf ihre individuelle Zahlungsverpflichtung auswirkt. In der Folge müssen die Krankenversicherungsbeiträge bzw. Steuern erhöht oder Leistungen eingeschränkt werden.

Die Probleme des „Moral Hazard“ und des Nachfrageüberhangs können – bedingt durch die kollektive Finanzierung – in jedem Versicherungssystem auftreten. Es ist jedoch nicht möglich, Gesundheitsleistungen und -güter in unbegrenzter Menge an das gesamte Versichertenkollektiv bzw. an alle Bürgerinnen und Bürger unentgeltlich abzugeben, da die finanziellen Mittel begrenzt sind. So kann beispielsweise ein nationaler Gesundheitsdienst mit einem staatlich vorgegebenen Budget sachlogisch nur begrenzte Kapazitäten vorhalten – sei es z. B. in Bezug auf die Zahl der Ärzte oder der Betten in Kliniken.

Um die Nachfrage zu kontrollieren, müssen in kollektiv finanzierten Gesundheitssystemen somit andere Mechanismen an die Stelle des im freien Markt geltenden Preismechanismus treten. Dies geschieht üblicherweise durch die Etablierung von Zugangshürden, die die Nachfrage eingrenzen. Der naheliegende Schritt ist mittels „Bestimmung des Leistungskataloges eines öffentlich finanzierten Gesundheitssystems durch politische Entscheidungen“ (Breyer et al. 2013) die Gesundheitsversorgung zu rationieren. Eine weitere Möglichkeit wäre mit spezifischen Anreizen einer erhöhten Nachfrage entgegenzusteuern. Hierzu gehören vor allem Selbstbeteiligungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Gleichzeitig können sich auch aus dem System selbst Zugangshürden ergeben. Kommt es zu einer Nachfrage, die das Angebot übersteigt, entstehen Wartezeiten, die den Zugang zu Gesundheitsleistungen einschränken.

5 Selbstverständlich wird niemand die Notwendigkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aktiv herbeiführen oder sich unangenehmen Behandlungen häufiger als notwendig unterziehen. Dennoch besteht die „Gefahr“, wenn Finanzierung und Leistungsanspruchnahme gänzlich entkoppelt sind, dass es keinen Anreiz mehr gibt, die Inanspruchnahme von Leistungen auf den objektiv notwendigen Umfang zu beschränken.

3 Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung

Wenn von universeller Gesundheitsversorgung die Rede ist, wird dadurch gleichzeitig häufig ein universeller Zugang impliziert.⁶ Jedoch sind Versorgung und Zugang nicht gleichzusetzen, denn Zugangshürden führen dazu, dass trotz (quasi) universeller Versorgung der Zugang nicht universell ist. Diese Zugangshürden können dabei „von außen“ vorgegeben sein (exogen) oder „aus dem System heraus“ entstehen (endogen). Busse et al. (2006) identifizieren sechs Hindernisse, die eine Diskrepanz zwischen Versorgung und Zugang verursachen. Zu diesen zählen das grundsätzliche Fehlen einer Absicherung, die Begrenzung des Leistungsumfangs, Selbstbeteiligungsregelungen, geografische und organisatorische Hindernisse sowie Faktoren sozioökonomischer und soziodemografischer Natur. Letztere können erklären, warum es trotz formal vorhandenen Zugangs ggf. nicht zu einer Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen kommt.

3.1 Fehlender Krankenversicherungsschutz

Der Großteil der EU-Mitgliedsstaaten betreibt öffentliche Gesundheitssysteme mit universeller Versorgung, die im Prinzip die gesamte Bevölkerung miteinbeziehen. Dies folgt auch aus Artikel 35 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union, in dem es heißt: „Jeder Mensch hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten“. Trotz dieses Strebens nach einer universellen Gesundheitsversorgung für alle, gibt es nach wie vor Ungleichheiten beim Zugang zur Versorgung. Das grundlegendste Problem dürfte dabei das Fehlen eines Krankenversicherungsschutzes sein. Auch wenn Menschen ohne Versicherung im Allgemeinen freien Zugang zu Leistungen der Notfallversorgung oder der Versorgung während der Schwangerschaft haben, müssen sie alle übrigen Leistungen in der Regel aus eigenen Mitteln bezahlen (OECD/EU 2020).

Die universelle Gesundheitsversorgung gilt also in erster Linie auf dem Papier. Denn trotz des formulierten Anspruches sind längst nicht alle Personengruppen krankenversichert oder ihr Anspruchstatus ist unklar. Zu diesen Gruppen gehören u. a. papierlose Menschen (Geflüchtete, Asylsuchende) und wohnungslose Menschen (Neupert und Pieper 2020). Die Datenlage zur Situation dieser Menschen ist allerdings europaweit äußerst limitiert (Lebano et al. 2020, Neupert und Pieper 2020).

Aus den Ausführungen in Kapitel 2.1 wird ersichtlich, dass ein fehlender Krankenversicherungsschutz kein Problem in steuerfinanzierten (Beveridge-)Systemen ist, sondern primär ein Problem in beitragsfinanzierten (Bismarck-)Systemen ist. Während Erstere – gemäß dem Versorgungsprinzip – darauf ausgelegt sind die gesamte Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen zu versorgen, adressieren Letztere (zumindest in der Theorie) lediglich – gemäß dem Versicherungsprinzip – die beitragszahlenden Versicherungsmitglieder.⁷ Grundsätzlich relevant ist die Problematik in Frankreich, Niederlande sowie Österreich und noch deutlicher in Belgien, Litauen, Estland, Slowakei, Ungarn und Polen.⁸ Den OECD-Zahlen zufolge sind in Estland 5 %, in der Slowakei 5,4 %, in Ungarn 6 % und in Polen 7,1 % der Bevölkerung ohne Krankenversicherungsschutz (OECD 2021).

6 Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert den Begriff der universellen Gesundheitsversorgung als Sicherstellung des Zugangs zu fördernden, präventiven, kurativen sowie rehabilitativen Gesundheitsleistungen und -gütern von hoher Qualität, unabhängig von Ort und Zeit für alle Menschen, ohne dadurch in finanzielle Nöte zu geraten.

7 Üblicherweise besteht ein Versicherungsschutz auch für beitragsfrei mitversicherte Angehörige.

8 Ungeachtet der in Deutschland geltenden Versicherungspflicht und der nach OECD-Zahlen zu 100 % versicherten Bevölkerung, weisen Neupert und Pieper (2020) darauf hin, dass in Deutschland nach wie vor – in geringer Zahl – Menschen ohne Krankenversicherungsschutz vorkommen können.

Fehlender Krankenversicherungsschutz – Einordnung Deutschlands aus europäischer Perspektive

In steuerfinanzierten Gesundheitssystemen mit einem nationalen/regionalen/kommunalen Gesundheitsdienst ist fehlender Krankenversicherungsschutz kein Thema. In beitragsfinanzierten Sozialversicherungssystemen hingegen kann es vorkommen, dass einzelne Personen oder auch bestimmte Gruppen durch das Raster fallen und keinen Versicherungsschutz haben. Allerdings nimmt diese Problematik auch in den meisten Sozialversicherungssystemen nur ein geringes Ausmaß an. Dass aber auch die Einbeziehung der gesamten Bevölkerung möglich ist, zeigen die Beispiele Deutschland, Luxemburg, Schweiz, Slowenien und Tschechien. Einige Länder können hier also noch nachbessern. Ein weitergreifendes Problem stellt fehlender Krankenversicherungsschutz in Estland, Slowakei, Ungarn und Polen dar. Hier sind relevante Teile der Bevölkerung ohne Krankenversicherungsschutz.

3.2 Begrenzter Umfang der Krankenversicherung

Neben dem Anteil der Bevölkerung mit Krankenversicherungsschutz ist auch der Umfang des Schutzes – der in den nationalen Leistungskatalogen definiert ist – und der Umfang der vom System gedeckten Kosten relevant (OECD/EU 2020). In den betrachteten europäischen Ländern ist das Leistungsspektrum in grundlegenden Bereichen ähnlich groß. So werden z. B. die Kosten der medizinisch notwendigen ärztlichen ambulanten und stationären Versorgung überall übernommen (van der Wees et al. 2016). Dies entspricht dem zuvor erwähnten Artikel 35, nach dem alle EU-Bürger das Recht auf Zugang zu gesundheitlicher Versorgung haben sollen. Während also in essentiellen Bereichen der Gesundheitsversorgung meist keine großen Unterschiede zu erkennen sind, können spezifischere Leistungen konkret aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen werden. Bei Bedarf an ebendiesen Gesundheitsleistungen stellt ein solcher Ausschluss eine Zugangshürde dar.

Leistungsausschlüsse können dabei als absoluter oder qualifizierter Ausschluss ausgestaltet sein. Bei einem absoluten Leistungsausschluss ist die entsprechende Leistung generell nicht im Leistungskatalog des öffentlichen Gesundheitssystems enthalten. Bei einem qualifizierten Leistungsausschluss ist die Leistung allgemein ausgeschlossen, kann aber unter bestimmten Voraussetzungen erbracht werden. Dies kann sich einerseits auf das Vorliegen einer bestimmten Indikation beziehen, andererseits auf bestimmte Patientengruppen (z. B. Übernahme einer Therapie nur bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre) (Carlson 2014).

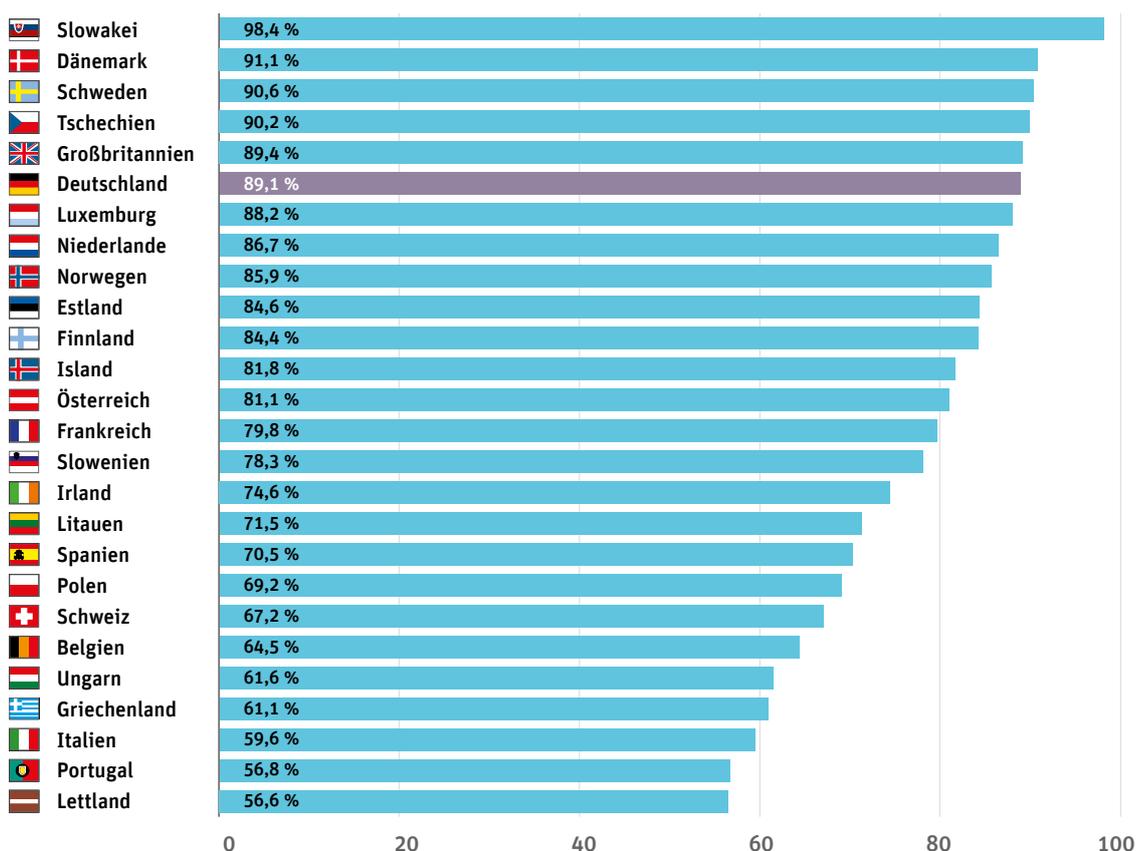
Die konkrete Ausgestaltung des Leistungsspektrums in den jeweiligen Ländern unterscheidet sich auch je nach Finanzierungsform des Gesundheitssystems. In steuerfinanzierten Systemen sind Einrichtungen des Gesundheitswesens Teil des Staates und verfügen deshalb kaum über Selbständigkeit. Gesundheitsleistungen werden als einheitliche Pauschalleistungen unentgeltlich gewährt. Dagegen werden der Leistungsumfang und die Vergütung in beitragsfinanzierten Sozialversicherungen in Selbstverwaltung zwischen den Finanzierungsträgern und Leistungserbringern geregelt (Schölkopf und Grimmeisen 2020).

Aufschluss über den Umfang der durch staatliche bzw. obligatorische (Krankenversicherungs-)Systeme abgedeckten Leistungen (Deckungsgrad) gibt der Anteil der Ausgaben, welcher durch staatliche Systeme oder eine obligatorische Krankenversicherung gedeckt ist. Der Umfang der Absicherung (in den jeweiligen Sektoren) berechnet sich als Anteil der Ausgaben durch staatliche bzw. obligatorische Systeme an den Gesamtausgaben. Unterschiede im Deckungsgrad zwischen den Ländern können darauf zurückzuführen sein, dass bestimmte Gesundheitsleistungen in den nationalen Leistungskatalogen enthalten oder ausgeschlossen sind, dass unterschiedliche Kostenbeteiligungsregelungen gelten oder dass einige Leistungen nur für bestimmte Personengruppen abgedeckt sind (OECD/EU 2020).

Keines der betrachteten Länder hat einen vollumfassenden – also 100 %-igen – Krankenversicherungsschutz etabliert. Ein teilweise nicht unerheblicher Anteil der Gesundheitsausgaben muss in der Regel privat getragen oder abgesichert werden.⁹

In den jeweiligen Sektoren (siehe Abbildung 1 und Abbildung 2) verändert sich dieses Bild zum Teil erheblich. Im ambulanten Sektor reicht der Deckungsgrad von unter 60 % in Lettland und Portugal bis 90 % und mehr in Dänemark, Schweden, Slowakei und Tschechien.¹⁰ Auch Deutschland und Großbritannien mit 89 % erreichen diese Schwelle fast. Die ambulante Haus- und Facharztversorgung ist zwar häufig kostenlos, doch können für bestimmte Leistungen dennoch Gebühren anfallen.

Abbildung 1: Umfang der staatlichen bzw. obligatorischen Absicherung in der ambulanten Versorgung



Hinweis: In den Zahlen für Frankreich, Irland, Italien und Portugal ist die zahnärztliche Versorgung in der ambulanten Versorgung enthalten.

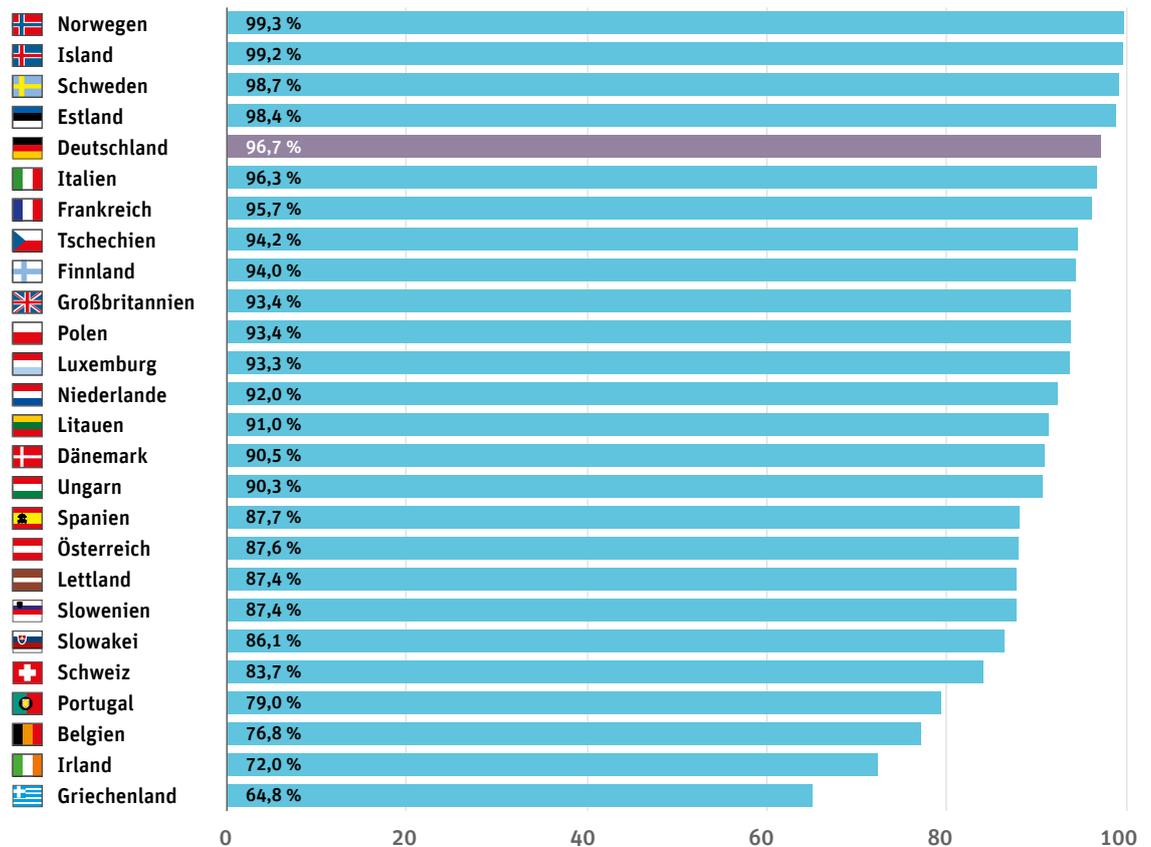
Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage von OECD (2021).

Stationäre Leistungen sind umfassender abgedeckt als jede andere Art der medizinischen Versorgung. In vielen Ländern haben die Patienten Zugang zu kostenloser stationärer Akutversorgung oder müssen nur geringe Zuzahlungen leisten. So liegen die Deckungsraten in Deutschland, Estland, Island, Norwegen und Schweden bei fast 100 %. Nur in Belgien, Griechenland, Irland und Portugal liegt die Kostenübernahme für die stationäre Versorgung bei unter 80 %.

9 Die verbleibenden Anteile werden durch freiwillige Absicherungen (z. B. private Zusatzversicherungen) oder Eigenbeteiligungen bzw. Zuzahlungen abgedeckt. In der Summe werden dann 100 % der gesamten Gesundheitsausgaben finanziert.

10 Selbstverständlich sagt der Deckungsgrad nichts über den Umfang des Leistungskatalogs oder die Höhe der Gesundheitsausgaben aus. Entsprechend wäre es theoretisch möglich, dass ein Land bei einem niedrigen Leistungskatalog eine staatliche Deckung von 100% erreicht.

Abbildung 2: Umfang der staatlichen bzw. obligatorischen Absicherung in der stationären Versorgung

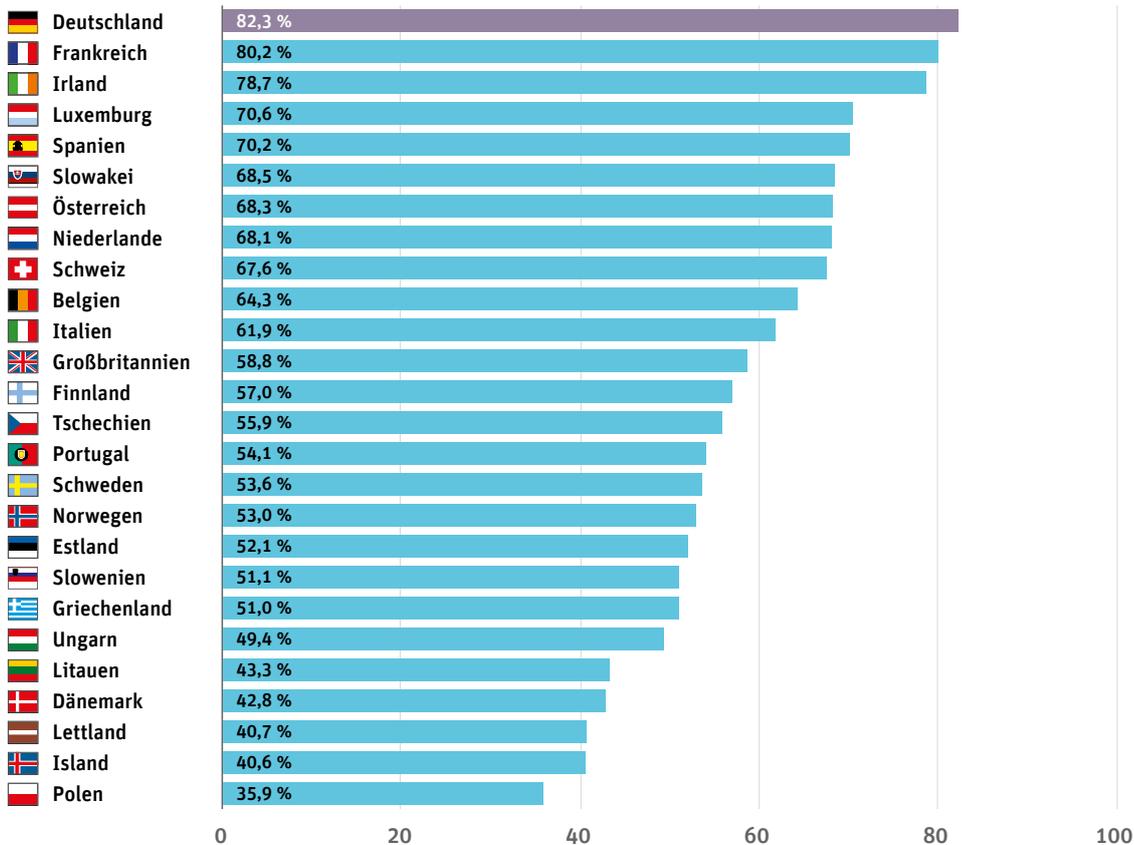


Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage von OECD (2021).

3.2.1 Arzneimittelversorgung

Auch die Kostenübernahme für Arzneimittel ist in der Regel weniger umfassend als die für stationäre und ambulante Behandlungen (siehe Abbildung 3). In Dänemark, Island, Lettland, Litauen, Polen und Ungarn beträgt der Deckungsgrad weniger als 50 %. Am großzügigsten ist die Deckung in Deutschland (82 %), Frankreich (80 %) und Irland (79 %).

Abbildung 3: Umfang der öffentlichen bzw. obligatorischen Absicherung in der Arzneimittelversorgung



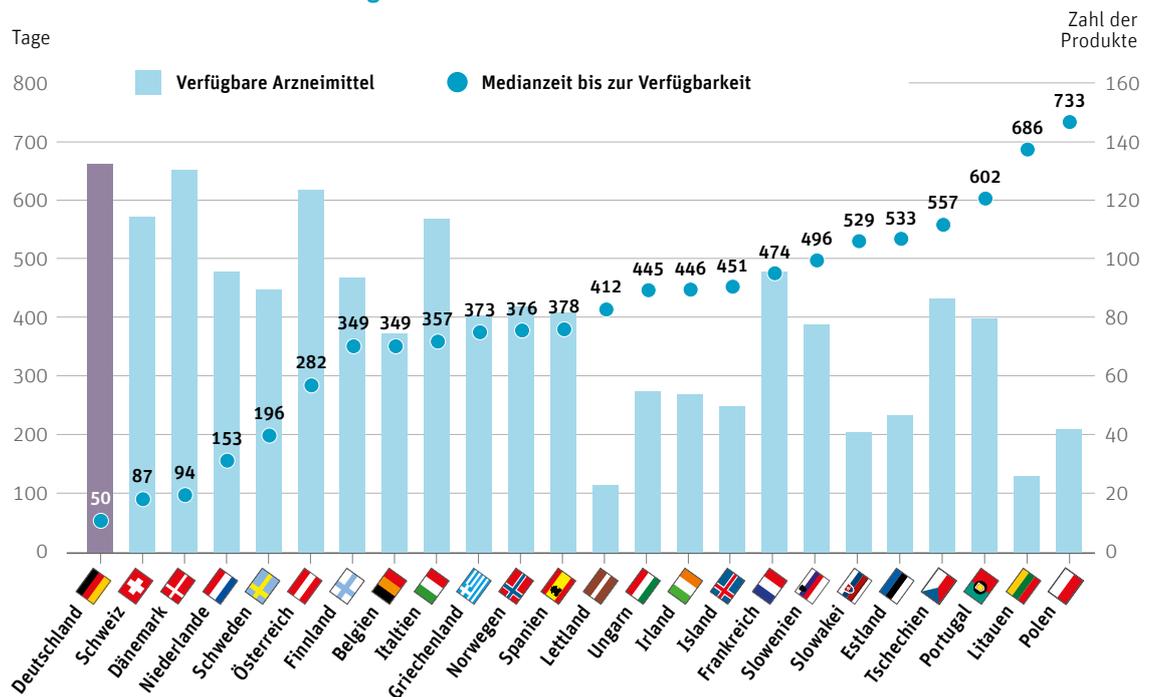
Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage von OECD (2021).

Die Verbesserung der Verfügbarkeit von in der EU zugelassenen Arzneimitteln ist eine der Prioritäten des Europäischen Arzneimittelregulierungssystems der Europäischen Arzneimittelbehörde (EMA), nicht zuletzt auch im Interesse der pharmazeutischen Industrie (Newton et al. 2021). Obwohl das Zulassungsverfahren für die EU-Mitgliedstaaten harmonisiert ist, fallen Entscheidungen über die Preisfestsetzung und Erstattung von Arzneimitteln weiterhin in die nationale Zuständigkeit. Dennoch sind die EU-Mitgliedstaaten angehalten, die EU-Richtlinie 89/105 EWG einzuhalten und Entscheidungen über die Preisfestsetzung oder Erstattung von Arzneimitteln innerhalb von 90 Tagen nach Einreichung jedes Antrags (oder innerhalb von 180 Tagen bei gemeinsamer Preisfestsetzung und Erstattung) zu treffen.

Die Erstattung von Arzneimitteln kann produktspezifisch, krankheitsspezifisch, bevölkerungsgruppenspezifisch und/oder verbrauchsabhängig geregelt werden. Im überwiegenden Großteil der untersuchten Länder ist eine produktspezifische Erstattungsregelung etabliert (Vogler et al. 2018). Im Rahmen dessen hängt die Erstattungsfähigkeit vom jeweiligen Arzneimittel ab, das bei positiver Entscheidung der zuständigen Institution entsprechend auf die Positivliste der verordnungs- und erstattungsfähigen Arzneimittel gesetzt wird. In Deutschland sind alle zugelassenen verschreibungspflichtigen Arzneimittel grundsätzlich durch die GKV erstattungsfähig. Zu den nicht erstattungsfähigen Arzneimitteln gehören nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel und Lifestyle-Medikamente.

In diesem Zusammenhang ist von wesentlicher Bedeutung, welchen Umfang die Zeit bis zur Verfügbarkeit der Arzneimittel in den einzelnen Ländern einnimmt, d. h. wie lange Patienten warten müssen, bis sie tatsächlich Zugang zu neuen, innovativen Medikamenten haben. Die Zeit bis zur Verfügbarkeit stellt dabei die Zeitspanne zwischen der Marktzulassung und dem Datum der Verfügbarkeit für Patienten dar. Wie sich diese Zeit im Median in den europäischen Ländern darstellt, zeigt Abbildung 4.

Abbildung 4: Medianzeit von der Marktzulassung eines neuen Arzneimittels bis zur Verfügbarkeit für die Patienten im Ländervergleich



Hinweis: Die Zahlen beziehen sich auf den Zeitraum von 2016 bis 2019.

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Newton et al. (2021).

Der Zugang der Patienten zu neuen Arzneimitteln variiert in Europa sehr stark. Es zeigt sich, dass außer Deutschland kein Land in der Lage ist, die EU-Richtlinie im Median einzuhalten (die Schweiz ist als Nicht-Mitglied nicht davon betroffen). Somit haben Patienten im deutschen Gesundheitssystem im Vergleich den schnellsten Zugang zu innovativen Arzneimitteln. Gleichzeitig wurden auch die meisten neuen Arzneimittel zugelassen.

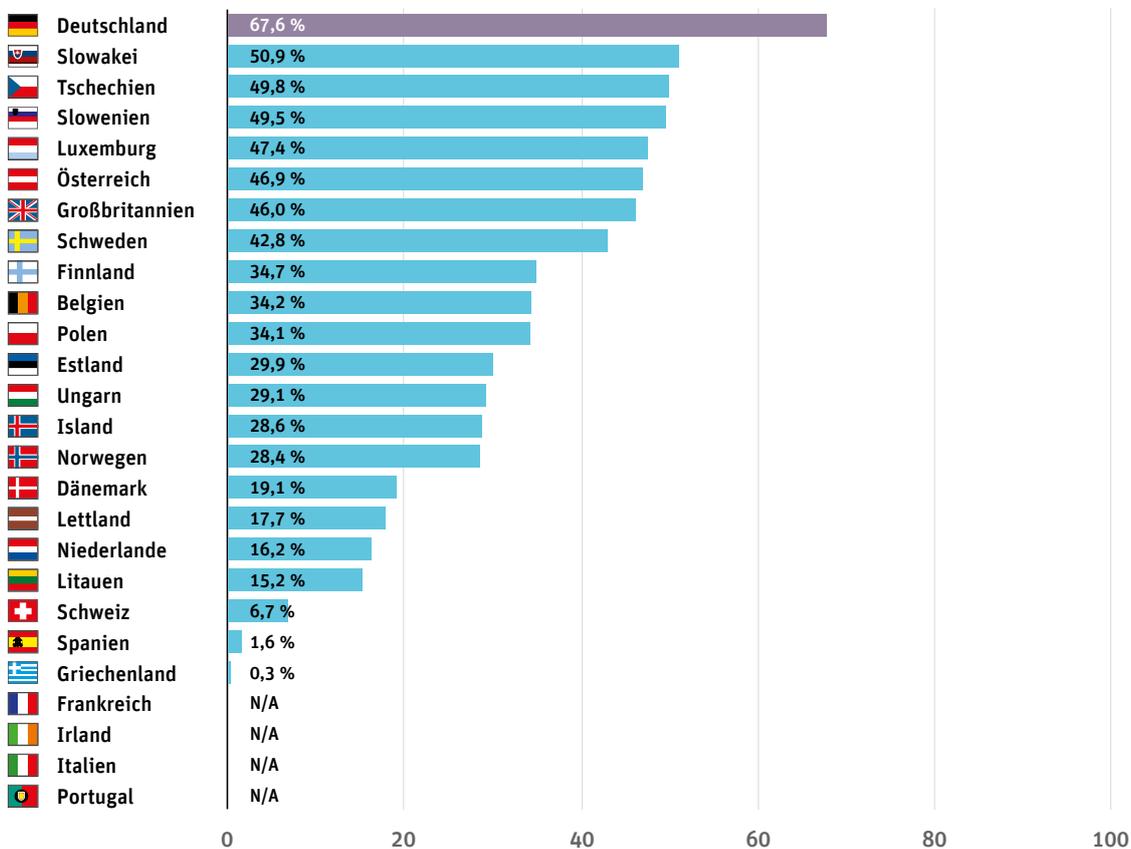
3.2.2 Zahnärztliche Versorgung

Die Mundgesundheit ist ein wichtiger Bestandteil der allgemeinen Gesundheit und des allgemeinen Wohlbefindens (Peres et al. 2019). Dennoch variiert die finanzielle Absicherung der Kosten für zahnmedizinische Leistungen stark zwischen, aber auch innerhalb der betrachteten Länder (Allin et al. 2020). Der Großteil der Länder bietet eine zahnärztliche (Grund-)Versorgung für Kinder und Jugendliche an. So sind zahnärztliche Leistungen u. a. in Dänemark, Niederlande, Norwegen, Schweiz und Lettland bis zum 18. Lebensjahr durch den öffentlichen Krankenversicherungsschutz gedeckt. Für Erwachsene variiert der Leistungsumfang in der Regel stärker (CED 2015). Zum Beispiel ist die zahnärztliche Versorgung in Italien generell nicht gedeckt (Kinder nur bis 16 Jahre), abgesehen von Personen in finanziellen und gesundheitlichen Notlagen. Nur teilweise gedeckt sind die Leistungen für Erwachsene u. a. in Dänemark, Schweden und Österreich.

Der Deckungsgrad der Kosten für die zahnärztliche Versorgung ist weitaus begrenzter als in anderen Bereichen, was auf eingeschränkte Leistungskataloge und eine höhere private Kostenbeteiligung zurückzuführen ist. Nur in drei der betrachteten Länder (Deutschland, Slowakei, Tschechien) sind mindestens die Hälfte der Gesamtausgaben für die zahnärztliche Versorgung durch öffentlichen bzw. obligatorischen Krankenversicherungsschutz gedeckt (siehe Abbildung 5). In Griechenland und Spanien werden die Kosten von Erwachsenen, die keinen besonderen Anspruch haben, nicht übernommen. Ähnliches gilt in der Schweiz. Dort sind zahnärztliche Behandlungen lediglich gedeckt, wenn sie im Zusammenhang

mit schweren nicht vermeidbaren Erkrankungen stehen. In der Konsequenz wird die zahnärztliche Versorgung in vielen Ländern in größerem Umfang durch private Zahlungen der Patienten (mit-)finanziert (Winkelmann et al. 2020).

Abbildung 5: Umfang der öffentlichen bzw. obligatorischen Absicherung in der zahnärztlichen Versorgung



Hinweis: Die zahnärztliche Versorgung in Frankreich, Irland, Italien und Portugal ist in der ambulanten Versorgung enthalten (siehe Abbildung 1).

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage von OECD (2021).

In Deutschland sind zahnärztliche Leistungen ein fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung und damit auch des Leistungskatalogs. Dies spiegelt sich nicht zuletzt in der Beteiligung der Bundeszahnärztekammer im Gemeinsamen Bundesausschuss wider, der über den Umfang der Leistungen entscheidet. Die zahnärztliche Versorgung in Deutschland verfügt über eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung und bietet den Versicherten im internationalen Vergleich ein sehr breites Leistungsspektrum auf hohem Niveau an (Walter und Rädels 2021). Gleichzeitig ist aber auch die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen in Deutschland höher als in den meisten anderen Ländern, was auf den hohen Deckungsgrad zurückgeführt werden kann (Schwendicke et al. 2021).

Begrenzter Umfang der Krankenversicherung – Einordnung Deutschlands aus europäischer Perspektive

Nach § 2 SGB V haben GKV-Versicherte Anspruch auf eine ausreichende, bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende medizinische Krankenbehandlung. Hierzu zählen insbesondere die ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege, die Krankenhausbehandlung, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 20 ff. SGB V). Der umfassende Leistungsumfang der GKV ist einheitlich gesetzlich geregelt, kann durch den Gesetzgeber allerdings jederzeit gekürzt oder ausgeweitet werden. Der Leistungsumfang der PKV richtet sich hingegen nach den individuell vereinbarten Tarifen. Ein privater Krankenversicherungsvertrag kann nicht einseitig geändert werden. Im Unterschied zur GKV gilt daher in der PKV ein grundsätzlich lebenslanges Leistungsversprechen, dessen Erfüllung gewährleistet ist durch versicherungsrechtliche und aufsichtsrechtliche Vorkehrungen.

Das deutsche Gesundheitssystem verfügt im Vergleich über einen der umfangreichsten Leistungskataloge in Europa. Während die Unterschiede in der Absicherung im ambulanten und stationären Sektor weniger stark variieren, sticht das deutsche System insbesondere bei der zahnärztlichen Versorgung und bei der Versorgung mit Arzneimitteln heraus. Durch das duale System steht die GKV hier unter besonderem Wettbewerbsdruck. Geringe Qualität oder Leistungskürzungen würden die Wettbewerbsposition der GKV gegenüber der PKV schwächen und werden daher vermieden. In Ländern mit einheitlichen Gesundheitssystemen können dagegen Leistungen deutlich leichter begrenzt oder gestrichen werden. Insbesondere steuerfinanzierte Leistungskataloge sind kaum vor Kürzungen geschützt, da ihnen keine zurechenbare Gegenleistung gegenübersteht.

3.3 Kostenbeteiligungen

Eng mit einem weniger umfangreichen Leistungskatalog und einem begrenzten Krankenschutz verknüpft ist die Notwendigkeit von obligatorischen (privaten) Beteiligungen an den Behandlungskosten. Nachfrageseitige Kostenbeteiligungen sind ein gängiges Instrument in der Gesundheitsversorgung. Üblich sind dabei Eigenanteile für Arzneimittel und Zahnarztbehandlungen. Aber auch beim Besuch von Haus- und Fachärzten werden nicht selten Gebühren aufgerufen. Das grundlegende Ziel von obligatorischen Zuzahlungen und Eigenanteilen ist die Steuerung des Nachfrageverhaltens. Zuzahlungen sollen die „Nullkostenillusion“ der Versicherten begrenzen (siehe Kapitel 2.2), da sie die (selbst zu tragenden) Kosten der Behandlung gegen ihren Nutzen abwägen und ihre Nachfrage gegebenenfalls reduzieren. Während Zuzahlungen bei nicht zwingend notwendigen Behandlungen klar als Steuerungsmechanismus gesehen werden können, stellen sie für bestimmte Gruppen, je nach Höhe, eine tatsächliche Zugangshürde zu ggf. notwendigen Behandlungen dar.

Grundsätzlich werden die Kosten für die akute ambulante und stationäre Behandlung in höherem Maße von öffentlichen Gesundheitssystemen übernommen als für Arzneimittelkosten. An Letzteren müssen sich Versicherte in fast allen hier betrachteten Ländern in unterschiedlicher Höhe beteiligen. Tabelle 2 gibt einen Überblick der obligatorischen Zuzahlungen beim Hausarzt, Facharzt und im Krankenhaus im Ländervergleich.

Tabelle 2: Obligatorische Zuzahlungen für Personen, die keiner Befreiungsregelung unterliegen

	Zuzahlung beim Hausarzt	Zuzahlung beim Facharzt	Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalt
Belgien (Gerken und Merkur 2020, S. 79 ff.)	1 Euro bis 6 Euro pro Besuch (abhängig vom Status des Patienten)	3 Euro bis 12 Euro pro Besuch (abhängig vom Status des Patienten)	Mischung aus Tagespauschalen und prozentualen Zuzahlungen je nach Status des Patienten, Art des Krankenhauses und Dauer des Aufenthalts
Dänemark (Commonwealth Fund 2020, S. 50)	Keine	<u>Gruppe 1:</u> Keine, mit Überweisung vom Hausarzt <u>Gruppe 2:</u> Unterschiedliche Zuzahlungen, keine Überweisung vom Hausarzt benötigt	Keine
Deutschland (Blümel et al. 2020, S. 92)	Keine	Keine	10 Euro pro Tag für max. 28 Tage
Estland (Habicht et al. 2018, S. 77)	Keine bei Praxisbesuch, bis zu 5 Euro bei Hausbesuch	5 Euro pro Besuch	Bis zu 2,50 Euro pro Tag für max. 10 Tage
Finnland (Keskimäki et al. 2019, S. 66)	20,60 Euro pro Besuch (max. 3 Besuche jährlich) oder 41,20 Euro Jahresgebühr	41,20 Euro pro Besuch	48,90 Euro pro Tag (22,80 Euro pro Tag nach Erreichen der Servicegebühr-Obergrenze)
Frankreich (Commonwealth Fund 2020, S. 75)	1 Euro pro Besuch + 30 % der Kosten des Besuchs (bis zu 24 Euro)	1 Euro pro Besuch + 30 % der Kosten des Besuchs (bis zu 24 Euro)	18 Euro pro Tag + 20 % der ersten 31 Krankenhaustage
Griechenland (EOPYY 2021)	Keine	Keine	Keine
Großbritannien (nur England) (Commonwealth Fund 2020, S. 62)	Keine	Keine	Keine
Irland (Geary et al. 2018, S. 51 f.)	Ohne „Medical Card“: Zuzahlung; mit „Medical Card“: keine Zuzahlung	Keine	Ohne „Medical Card“: 80 Euro pro Tag bis max. 800 Euro pro Jahr; mit „Medical Card“: keine Zuzahlung
Island (Sjúkratryggingar Íslands 2021)	500 ISK bis 4.500 ISK pro Besuch (ca. 3 Euro bis 30 Euro)	90 % des Preises gemäß den Vereinbarungen zwischen der Krankenversicherung und den Gesundheitsdienstleistern	3.895 ISK bzw. 7.053 ISK bei Besuch der Notaufnahme (ca. 26 Euro bzw. 47 Euro)
Italien (Commonwealth Fund 2020, S. 120)	Keine	<u>Erster Termin:</u> 20,66 Euro <u>Folgetermine:</u> 12,91 Euro	Keine
Lettland (Behmane et al. 2019, S. 63)	1,42 Euro pro Besuch	4,27 Euro pro Besuch	10 Euro pro Tag
Litauen (Tambor et al. 2021, S. 17)	Keine	Keine (mit Überweisung)	Keine
Luxemburg (CNS 2021)	12 % der Arzthonorarabrechnung	12 % der Arzthonorarabrechnung	22,54 Euro pro Tag für max. 30 Tage pro Jahr
Niederlande (Commonwealth Fund 2020, S. 140)	Keine	Bis zum jährlichen Selbstbehalt von 385 Euro	Bis zum jährlichen Selbstbehalt von 385 Euro
Norwegen (Commonwealth Fund 2020, S. 162)	155 NOK bis 334 NOK pro Besuch (ca. 15 Euro bis 33 Euro)	245 NOK bis 370 NOK pro Besuch (ca. 24 Euro bis 37 Euro)	Keine
Österreich (Bachner et al. 2018, S. 97)	11,70 Euro jährlich (Serviceentgelt für e-card)	11,70 Euro jährlich (Serviceentgelt für e-card)	9,58 Euro bis 12,16 Euro pro Tag

	Zuzahlung beim Hausarzt	Zuzahlung beim Facharzt	Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalt
Polen (Sowada et al. 2019, S. 86)	Keine	Keine	Keine
Portugal (Fiorentino 2019, S. 102)	4,50 Euro pro Besuch	7 Euro pro Besuch	4,50 Euro pro Besuch, unterschiedliche Zuzahlungen bei Besuch der Notaufnahme
Schweden (Commonwealth Fund 2020, S. 184)	150 SEK bis 300 SEK (ca. 15 Euro bis 30 Euro)	Ohne Überweisung vom Hausarzt: 200 SEK bis 400 SEK (ca. 20 Euro bis 40 Euro) Mit Überweisung: 0 SEK bis 400 SEK (ca. 0 Euro bis 40 Euro)	50 SEK bis 100 SEK pro Tag (ca. 5 Euro bis 10 Euro)
Schweiz (BAG 2020, S. 13)	300 CHF (ca. 290 Euro) pro Jahr (Franchise) + 10 % der Kosten oberhalb des Franchise (max. 700 CHF (ca. 670 Euro))	300 CHF (ca. 280 Euro) pro Jahr (Franchise) + 10 % der Kosten oberhalb des Franchise (max. 700 CHF (ca. 650 Euro))	300 CHF (ca. 280 Euro) pro Jahr (Franchise) + 10 % der Kosten oberhalb des Franchise (max. 700 CHF (ca. 650 Euro)) + 15 CHF (ca. 14 Euro) pro Tag
Slowakei (Tambor et al. 2021, S. 18)	Keine	Keine	Keine
Slowenien (Tambor et al. 2021, S. 18)	10 % bis 90 % der Kosten der Behandlung	10 % bis 90 % der Kosten der Behandlung	10 % bis 90 % der Kosten der Behandlung
Spanien (Bernal-Delgado et al. 2018, S. 67)	Keine	Keine	Keine
Tschechien (Tambor et al. 2021, S. 15)	Keine	Keine	Keine
Ungarn (Tambor et al. 2021, S. 16)	Keine	Keine	Keine

Hinweis: Wechselkurse am 01.02.2022. Die Tabelle stellt lediglich eine grobe Übersicht dar. Für Details zu Befreiungsregelungen, Zuzahlungsobergrenzen oder bevölkerungsgruppenspezifischen Regelungen siehe die entsprechenden Quellen.

Quelle: Eigene Darstellung.

Alle Länder stützen die Finanzierung ihres Gesundheitswesens zum Teil auf Zuzahlungen. Zu diesen gehören sowohl „freiwillige“ Zahlungen für nicht von der Versicherung gedeckte Leistungen, als auch obligatorische Zuzahlungen für gedeckte Leistungen (Rice et al. 2018). Wie Tabelle 2 zeigt, müssen sich Patienten in den meisten der betrachteten Länder obligatorisch an den Kosten der hausärztlichen, fachärztlichen oder stationären Versorgung beteiligen. Aufgrund ihrer Philosophie, allen Bürgern eine kostenlose Gesundheitsversorgung bereitzustellen, ist es erwartbar, dass in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen keine obligatorischen Zuzahlungen üblich sind. Dies trifft jedoch nur auf Großbritannien und Spanien sowie mit geringen Einschränkungen auf Dänemark und Irland zu. Während Dänemark und Großbritannien einen recht hohen Deckungsgrad in der ambulanten und stationären Versorgung vorweisen können (siehe Abbildung 1 und Abbildung 2), dürften in Irland und Spanien viele Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs liegen, die entsprechend über „freiwillige“ Zuzahlungen zu finanzieren sind. Aber auch in einigen Ländern mit Sozialversicherungssystemen werden keine obligatorischen Eigenbeteiligungen aufgerufen. Zu diesen gehören Litauen, Polen, Slowakei, Tschechien und Ungarn. In Ländern ohne Zuzahlungen dürfte die Rationierung von Gesundheitsleistungen alternativ stärker über u. a. Leistungsausschlüsse, Gatekeeping oder Wartezeiten erfolgen.

Angesichts des zunehmenden Drucks auf die Gesundheitsbudgets durch die gesellschaftliche Alterung, den medizinisch-technischen Fortschritt etc. greifen die Länder zunehmend auf private Zuzahlungen zurück. In einigen sind diese in den vergangenen zehn Jahren um 50 % bis 100 % angestiegen (Kaminska

und Wulfgramm 2019).¹¹ Auch um eine daraus resultierende finanzielle Überforderung bestimmter Bevölkerungsgruppen zu vermeiden, haben alle hier untersuchten Länder unterschiedliche Schutzregelungen implementiert. So sind in nahezu jedem Land Kinder und Jugendliche von obligatorischen Zuzahlungen ausgenommen. Ebenfalls häufig ausgeschlossen sind chronisch Kranke und Menschen mit Behinderungen. Dagegen sind Regelungen, die Personen mit geringeren Einkommen vor finanzieller Überforderung durch Krankheitskosten schützen sollen, weniger verbreitet (z. B. existieren in Italien, Norwegen und Schweden keine expliziten Zuzahlungsbefreiungen für einkommensschwache Personen). Insbesondere für Patienten mit geringeren Einkommen können Zuzahlungen eine relevante Zugangshürde zur Gesundheitsversorgung darstellen. Einige sehen sich so mit einer kosteninduzierten Unterversorgung konfrontiert, andere zahlen und geraten deshalb möglicherweise in eine finanzielle Notlage. Wenn die Gesundheitssysteme keinen ausreichenden finanziellen Schutz bieten, sind manche Menschen im Extremfall gezwungen, zwischen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und der Befriedigung anderer Grundbedürfnisse zu wählen (WHO 2019).

Ob und welche Steuerungswirkungen private Zuzahlungen entfalten, wird in der Literatur nach wie vor diskutiert und empirische Belege für kausale Zusammenhänge fehlen bislang (Rezayatmand et al. 2013). Generell kann eine Kostenbeteiligung nur dann eine steuernde Wirkung haben, wenn medizinische Leistungen tatsächlich mehr als nötig nachgefragt werden. Dies ist z. B. bei stationären Leistungen allerdings zu bezweifeln, da Krankenhauseinweisungen sowie die Dauer des stationären Aufenthaltes nicht durch den Patienten, sondern durch einen Arzt bestimmt werden.

Kostenbeteiligungen – Einordnung Deutschlands aus europäischer Perspektive

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

Patienten müssen sich in vielen Ländern an den Behandlungskosten beteiligen. Im europäischen Vergleich sind die Zuzahlungen im deutschen öffentlichen Gesundheitssystem gering bis moderat. In Deutschland sind im haus- und fachärztlichen Bereich keine Zuzahlungen zu leisten. Darüber hinaus deuten die teilweise geringen Deckungsraten des öffentlichen Krankenversicherungsschutzes darauf hin, dass in vielen Ländern Gesundheitsleistungen gänzlich privat gezahlt werden müssen.

3.4 Organisatorische Hindernisse

Selbst wenn ein umfassender Krankenversicherungsschutz besteht, keine oder nur moderate Zuzahlungen zu leisten sind und es keine geografischen Hindernisse (siehe Kapitel 3.5) gibt, können dennoch organisatorische Zugangshürden auftreten. Diese manifestieren sich neben der gezielt eingeschränkten Wahlfreiheit von Patienten in Wartezeiten oder resultieren aus einer in weiten Teilen immer noch mangelhaften Digitalisierung des Gesundheitswesens.

11 Aus den Eurostat-Daten geht hervor, dass die privaten Zahlungen (exklusive Kostenbeteiligungen) u. a. in Frankreich um 25 %, in den Niederlanden um 33 %, in Österreich um 34 %, in der Schweiz um 70 %, in Luxemburg um 96 % und in Litauen um 125 % zugenommen haben (Eurostat 2021a).

3.4.1 Eingeschränkte Wahlfreiheit

Im Allgemeinen kann Wahlfreiheit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung als ein Ausdruck von Patientensouveränität gesehen werden. Der Umfang, in welchem die Patientenwahlfreiheit eingeschränkt wird, ist ein Indiz dafür, wie viel Zwang ein System ausübt und ein Indikator für eine organisatorische Zugangshürde. In vielen Ländern ist die verbindliche Registrierung bei einem bestimmten Hausarzt üblich. Dadurch wird für Patienten die Möglichkeit erheblich eingeschränkt, eigenständig weitere (Fach-)Ärzte zu kontaktieren.¹² Die verpflichtende Registrierung bei einem Hausarzt steht im Mittelpunkt einer hausarztzentrierten Gesundheitsversorgung, dem sogenannten Gatekeeping. Dieses umfasst eine gezielte Leistungssteuerung (Zugang zur fachärztlichen Versorgung) durch den Hausarzt als Gatekeeper („Torwächter“). Ein Patient kann einen Facharzt also nicht ohne hausärztliche Überweisung aufsuchen. Grundgedanke hierbei ist, dass der Gatekeeper einen koordinierten und sektorenübergreifenden Behandlungsablauf sicherstellen soll. Gleichmaßen übernimmt er die Funktion des Kostenkontrolleurs, indem er den Großteil der Patienten selbst behandelt, ohne auf kostenintensivere fachärztliche oder stationäre Leistungen zuzugreifen. Die Beschränkung der freien Arztwahl durch ein Gatekeeping-Modell ist als explizite Rationierung von Gesundheitsleistungen zu sehen.

Die Effekte von Gatekeeping werden nach wie vor kontrovers diskutiert. Umfassende systematische Übersichten zur Thematik liefern Garrido et al. (2011) und Sripa et al. (2019). Trotz zahlreicher Studien lässt sich aufgrund teils gegenläufiger Ergebnisse kein allgemeingültiges Fazit zur Wirkung von Gatekeeping ziehen.¹³ Garrido et al. (2011) kommen zu dem Schluss, dass die internationale Evidenz wegen ihrer oftmals geringen Qualität wenig belastbar und ihre Relevanz aus deutscher Perspektive sehr eingeschränkt ist. Feststellen lässt sich jedoch, dass Gatekeeping die Inanspruchnahme von Fachärzten und die Gesundheitsausgaben senken kann. Allerdings kann nicht beantwortet werden, ob dies auf Kosten einer bedarfsgerechten Versorgung geschieht. Wie die Prozessqualität oder die Zufriedenheit von Patienten und Leistungserbringern beeinflusst wird, kann in den untersuchten Studien nur widersprüchlich oder gar nicht beantwortet werden. Die von Sripa et al. (2019) eingeschlossenen Studien deuten hingegen auf einen positiven Zusammenhang zwischen Gatekeeping und verbesserter Qualität der Versorgung hin, insbesondere im Bereich der Prävention und hinsichtlich angemessener Überweisungen zu Fachärzten. Allerdings wurden auch ungünstige Ergebnisse durch Gatekeeping bei Patienten mit Krebs identifiziert und geäußerte Bedenken hinsichtlich der Fähigkeit von Hausärzten, die korrekte Diagnose zu stellen.

Des Weiteren deuteten Ergebnisse darauf hin, dass Gatekeeping zu weniger Krankenhausaufenthalten und einer geringeren Inanspruchnahme von Fachärzten, aber zu erhöhten Inanspruchnahme in der Primärversorgung führt. Ähnlich wie in Garrido et al. (2011) zeichnen sich eine geringere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und allgemein geringere Gesundheitsausgaben ab. Gleichzeitig deuten sich höhere Ausgaben in der ambulanten Versorgung an. In einer vergleichenden Analyse von Greenfield et al. (2016) konnten keine signifikanten Unterschiede in den nationalen Gesundheitsausgaben nachgewiesen werden. Gatekeeping wird dann zum Versorgungsproblem, wenn den Versicherten dadurch eine eigentlich medizinisch notwendige Behandlung vorenthalten wird. Die Zufriedenheit von Patienten ist in Gatekeeping-Systemen häufig geringer (Bjornsson et al. 2013, Greenfield et al. 2012), da oft der direkte Zugang zu Fachärzten bevorzugt wird. Unabhängig von der Wirkung bedeutet Gatekeeping aus Sicht der Patienten eine fühlbare Einschränkung ihrer Wahlfreiheit und die Versperrung des direkten Zugangs zu Fachärzten.

Gatekeeping-Ansätze sind in den europäischen Ländern unterschiedlich implementiert. Tabelle 3 zeigt einen Überblick zur Wahlfreiheit der Patienten in den betrachteten Ländern. Die Gesundheitssysteme der Länder unterscheiden sich auf der Ebene der Primärversorgung dahingehend, ob eine Registrierung bei einem Hausarzt gesetzlich erforderlich ist, ob es einen finanziellen Anreiz gibt dies zu tun (z. B.

12 Zur besseren Lesbarkeit wird die gemeinhin gängige Unterscheidung zwischen Haus- und Fachärzten verwendet. Es sei der Genauigkeit halber darauf hingewiesen, dass Hausärzte Fachärzte für Allgemeinmedizin sind.

13 Die Aussagekraft ist für Europa zudem dahingehend begrenzt, als dass der Großteil der untersuchten Studien aus den USA stammt.

geringere Zuzahlungen) oder ob eine Registrierung gar nicht erforderlich ist. Selbige Maßstäbe lassen sich für den Zugang zur Sekundärversorgung – also die Überweisung zum Facharzt – setzen. Es lässt sich erkennen, dass Gatekeeping primär in steuerfinanzierten und weniger in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen üblich ist.

Tabelle 3: Wahlfreiheit und Gatekeeping im Ländervergleich

		Hausärztliche Überweisung zum Facharzt		
		Erforderlich	Nicht notwendig, aber u. U. finanzieller Anreiz	Freier Zugang möglich
Registrierung beim Hausarzt	Erforderlich	Dänemark*, Estland, Finnland, Italien, Litauen, Norwegen, Portugal, Slowenien, Spanien	Lettland, Slowakei	England
	Nicht notwendig, aber u. U. finanzieller Anreiz		Belgien, Frankreich	Deutschland**
	Keine Registrierung notwendig	Irland, Niederlande, Polen, Ungarn		Griechenland, Island, Luxemburg, Österreich, Schweden, Schweiz***, Tschechien

Hinweis: * 98 % der Dänen wählen ein Modell, bei dem Registrierung und Überweisung erforderlich sind.

** Bei Wahl eines Hausarztmodells ggf. eingeschränkter Facharztzugang.

*** Grundsätzlich keine Registrierung und Überweisung nötig, außer ggf. bei der Wahl eines Managed-Care-Modells.

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Commonwealth Fund (2020) und OECD/EU (2016).

In 13 der betrachteten Länder ist die Konsultation eines Hausarztes notwendig, um eine Überweisung zum Facharzt zu bekommen. Wie aus Tabelle 3 ersichtlich, gehören dazu Dänemark, Estland, Finnland, Irland, Italien, Litauen, die Niederlande, Norwegen, Polen, Portugal, Slowenien, Spanien und Ungarn. In neun Ländern gibt es kein Überweisungssystem. Patienten in Deutschland, England, Griechenland, Island, Luxemburg, Österreich, Schweden, der Schweiz und Tschechien haben direkten Zugang zur fachärztlichen Versorgung.

Grundsätzlich gibt es in Deutschland kein allgemein geltendes Gatekeeping, sodass für alle Versicherten die freie Arztwahl gilt. Für GKV-Versicherte ist dies lediglich durch die Vorgabe eingeschränkt, dass der Arzt an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt – d. h. über eine Zulassung nach § 76 SGB V verfügt. PKV-Versicherte hingegen haben die uneingeschränkt freie Wahl des Arztes, es sei denn, dies ist im individuellen Tarif anders vereinbart. Seit 2007 existiert für Krankenkassen die Verpflichtung, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Gemäß § 73b SGB V ist die Teilnahme für die Ärzte und Versicherten jedoch freiwillig. Das unmittelbare Aufsuchen eines Facharztes (ohne Überweisung) ist in Deutschland jederzeit möglich. PKV-Versicherte können eine hausarztzentrierte Versorgung individuell in ihrem Krankenversicherungsvertrag vereinbaren.

In den übrigen sechs Ländern – namentlich Belgien, Dänemark, Frankreich, Lettland, Schweiz, Slowakei – haben die Patienten ebenfalls grundsätzlich direkten Zugang zur Sekundärversorgung ohne Überweisung. Es existieren allerdings finanzielle Anreize, die Überweisung eines Hausarztes zu erhalten, z. B. in Form einer reduzierten Selbstbeteiligung.

Länder die mit Gatekeeping-Ansätzen verfahren, erwarten dadurch Verbesserungen bei der Qualität der Leistungserbringung und Einsparungen bei der Ausgabenentwicklung. So soll das Gatekeeping des Hausarztes zu einer besseren Koordination und Kooperation der Leistungserbringung führen und unnötige Mehrfachuntersuchungen vermeiden (Schölkopf und Grimmeisen 2020). Als komplexe Intervention mittels diverser Maßnahmen ist eine pauschale Übertragung eines Gatekeeping-Ansatzes eines Gesundheitssystems auf ein anderes jedoch nur äußerst bedingt möglich. Ein aussagekräftiger europäischer

Vergleich muss immer auch in den Kontext des zugrundeliegenden Gesundheitssystems eingebettet werden (SVR Gesundheit 2018).

Eingeschränkte Wahlfreiheit – Einordnung Deutschlands aus europäischer Perspektive

Das deutsche Gesundheitssystem zeichnet sich durch seine große Wahlfreiheit aus. Es ist selbstverständlich, einen Haus- oder Facharzt seiner Wahl aufzusuchen. Auch die Pflicht zur Registrierung bei einem Hausarzt existiert in Deutschland nicht. Dagegen ist in vielen anderen europäischen Gesundheitssystemen die Einschränkung der Wahlfreiheit des Patienten eine institutionalisierte Zugangshürde. Auch wenn das Patientenwahlrecht in vielen Ländern ausgeweitet wurde, ist ein Gatekeeping in Verbindung mit einer verpflichtenden Registrierung bei einem bestimmten Hausarzt nach wie vor weitverbreitet. Dadurch wird für Patienten die Möglichkeit erheblich eingeschränkt, im ambulanten Sektor weitere Ärzte zu kontaktieren.

Eine Übertragbarkeit von Erfahrungen und Erkenntnissen aus Gatekeeping-Systemen auf Nicht-Gatekeeping-Systeme ist nicht ohne weiteres möglich. So könnte eine positive Steuerungsfunktion in zentralisierten Systemen nicht direkt eine ähnliche Wirkung in fragmentierten Systemen erwarten lassen. Entscheidend ist dabei auch, wie restriktiv das Gatekeeping umgesetzt wird (mit oder ohne Registrierung beim Hausarzt).

3.4.2 Wartezeiten

Wartezeiten (oder Wartelisten) entstehen, wenn die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen größer ist als das Angebot.¹⁴ Dies kann entweder auf Kapazitätsengpässe oder Ineffizienzen bei Überweisungen und der Erbringung von Gesundheitsleistungen allgemein zurückzuführen sein (OECD 2020). Sie können damit zu einer Form der impliziten Rationierung werden, wenn das Gesundheitssystem nicht in der Lage ist, Patienten innerhalb einer akzeptablen Zeit zu versorgen.¹⁵ In vielen Ländern müssen Patienten wochen- oder monatelang auf nicht dringliche Behandlungen oder auf Termine bei Fachärzten warten (Martin et al. 2020). Dies führt nicht nur zu Unzufriedenheit bei den Patienten, weil der erwartete Nutzen der medizinischen Behandlungen aufgeschoben wird und die gesundheitlichen Probleme zunächst bestehen bleiben, sondern kann auch zu einer deutlichen und ernsthaften Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Patienten beitragen (OECD 2020, Viberg et al. 2013). Dabei lässt sich allgemein festhalten, dass Wartezeiten in der Primärversorgung tendenziell kürzer sind als in der Sekundärversorgung (Martin et al. 2020) und Patienten, die dringende Behandlungen benötigen, weniger lang warten müssen als Patienten mit weniger dringlichen Angelegenheiten (OECD 2020).

Administrative Daten zu Wartezeiten sind nicht in allen Ländern verfügbar, sodass ein europäischer Vergleich auf offizieller Ebene kaum möglich ist. Hinzu kommt, dass Länder oft eigene Definitionen für Wartezeiten haben und es damit schwierig ist, vergleichbare Daten zu sammeln (OECD 2011). Administrative Daten liegen meist in den Ländern vor, in denen Wartezeiten als wichtiges politisches Thema angesehen werden (OECD 2020). Welche Priorität das Thema in den betrachteten Ländern hat, zeigt Tabelle 4.

14 Von Wartezeiten bzw. Wartelisten ist das „Watchful Waiting“ abzugrenzen. Bei diesem „beobachtenden Abwarten“ wird die Entwicklung des Gesundheitszustandes eines Patienten ärztlich überwacht und entschieden, ob eine medizinische Intervention durchgeführt oder der Patient weiter beobachtet wird (Meyer und Rees 2012). Im Unterschied zu Wartezeiten, die durch Budget- bzw. Ressourcenknappheit entstehen, befindet sich der Patient beim „Watchful Waiting“ unter regelmäßiger ärztlicher Aufsicht.

15 Die bewusste Etablierung einer Wartezeit für Patienten kann auch als Form der Nicht-Preis-Rationierung gesehen werden. Diese soll dazu beitragen die Nachfrage zu reduzieren, indem Patienten davon abgehalten werden, eine Behandlung in Anspruch zu nehmen (Martin und Smith 1999).

Tabelle 4: Angaben der Länder zur politischen Priorität von Wartezeiten

Hohe Priorität	Mittlere bis hohe Priorität	Mittlere Priorität	Mittlere bis niedrige Priorität	Niedrige Priorität
Dänemark, Estland, Griechenland, Irland, Lettland, Litauen, Niederlande, Norwegen, Portugal, Schweden, Slowakei, Slowenien, Ungarn	Großbritannien, Finnland, Island, Luxemburg, Polen, Spanien	Österreich, Tschechien	Belgien	Deutschland, Schweiz

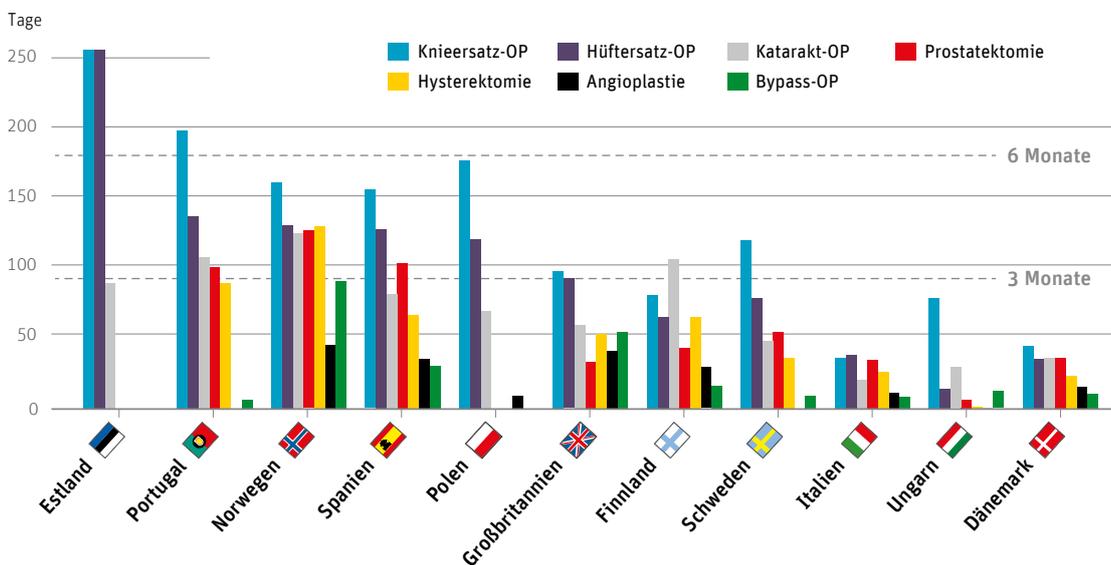
Hinweis: Basierend auf den Antworten der Länder zum OECD Waiting Times Policy Questionnaire. Für Frankreich und Italien sind keine Informationen verfügbar.

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von OECD (2020).

Während administrative Daten regelmäßig und zuverlässig Informationen über Wartezeiten liefern, können (länderübergreifende) Umfragen ebenfalls nützliche (ergänzende) Informationen bereitstellen; auch wenn diese auf Selbstauskünften beruhen, oft einen begrenzten Stichprobenumfang haben und möglicherweise nicht mit den administrativen Daten korrespondieren (OECD 2011, 2020).

Die Ergebnisse der regelmäßigen OECD-Datenerhebung (die auf administrativen Daten beruhen (OECD 2021)) zu Wartezeiten bei gängigen elektiven Eingriffen zeigen, dass diese teils stark variieren (siehe Abbildung 6). Die Median-Wartezeiten für Knieersatz-OPs reichen von unter 50 Tagen in Dänemark und Italien bis über 150 Tage in Portugal, Norwegen, Spanien und Polen. In Estland liegt die Median-Wartezeit bei 441 Tagen. Ebenfalls hohe Wartezeiten müssen bei Hüftersatz-OPs eingeplant werden. Hier variieren die Zeiten von weniger als 40 Tagen in Dänemark, Italien und Ungarn bis über 120 Tage in Polen, Spanien, Norwegen, Portugal und Estland (sogar 287 Tage). Die Wartezeiten bei herzchirurgischen Eingriffen wie PTC-Angioplastien und Bypass-OPs sind in allen Ländern wesentlich kürzer.

Abbildung 6: Median-Wartezeit zwischen fachärztlicher Untersuchung und operativem Eingriff



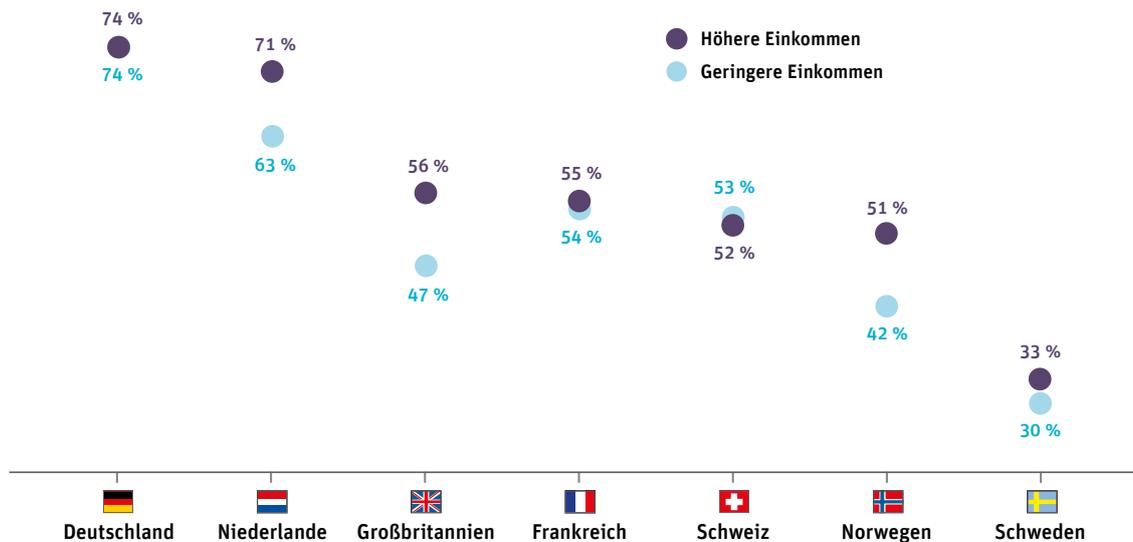
Hinweis: 2020 oder letztes verfügbares Jahr.

Quelle: OECD (2021).

Da die Erhebung administrativer Daten nicht unbedingt gegeben ist, muss oft auf Informationen im Rahmen von Versicherten- oder Patientenumfragen zurückgegriffen werden. Auch in Deutschland existieren keine

offiziellen Statistiken zum Umfang von Wartezeiten.¹⁶ Für einen europäischen Vergleich kann die Umfrage des Commonwealth Fund aus dem Jahr 2020 herangezogen werden. Abbildung 7 zeigt den Anteil der Befragten, die am selben oder nächsten Tag einen Arzttermin erhielten, als das letzte Mal ärztliche Hilfe benötigt wurde, getrennt nach Einkommen. Unabhängig vom Einkommen erhielten in Deutschland 74 % der Befragten zeitnah einen Arzttermin. In allen übrigen Ländern wurden teils signifikante einkommensabhängige Unterschiede festgestellt. Besonders groß waren diese Unterschiede in den Niederlanden, Großbritannien und Norwegen. In Schweden erhielt nur gut ein Drittel der Befragten am selben oder nächsten Tag einen Termin (Doty et al. 2021).

Abbildung 7: Anteil der Befragten, die am selben oder nächsten Tag einen Arzttermin erhielten, als sie das letzte Mal ärztliche Hilfe benötigten



Hinweis: Zu den geringeren Einkommen zählen die Einkommen, die unter dem jährlichen Medianeinkommen des jeweiligen Landes liegen. Höhere Einkommen liegen entsprechend über dem Median. Zugrunde gelegte Medianeinkommen – Frankreich: 41.000 Euro, Deutschland: 49.000 Euro, Niederlande: 35.000 Euro, Norwegen: 670.000 NOK, Schweden: 340.000 SEK, Schweiz: 102.000 CHF.

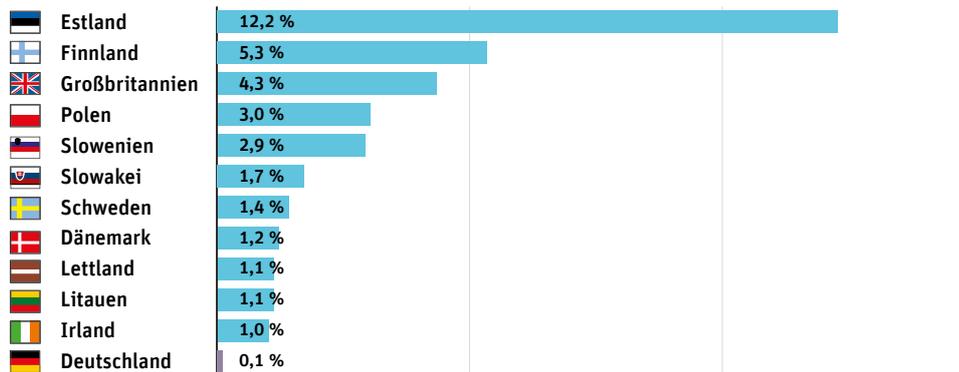
Quelle: Doty et al. (2021).

Wenn sie zu lang werden, können Wartezeiten dazu führen, dass Patienten ihren notwendigen Bedarf an medizinischer Versorgung als nicht ausreichend gedeckt ansehen. Auskunft darüber gibt die EU-SILC-Umfrage (EU Statistics on Income and Living Conditions). In Estland sehen mit 12,2 % etwa ein Achtel der Bevölkerung ihren Bedarf an Gesundheitsversorgung als nicht gedeckt an (Abbildung 8). Dahinter folgen Finnland mit 5,3 % und Großbritannien mit 4,3 % der Bevölkerung.¹⁷ Der Anteil in Deutschland liegt lediglich bei 0,1 % (Eurostat 2021b).

¹⁶ Einen Einblick liefern die Versichertenbefragungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Diese zeigen, dass der Großteil der befragten Personen in Deutschland sofort einen Termin beim Haus- oder Facharzt bekommt. Im Jahr 2021 gaben 28 % an, ohne einen Tag Wartezeit einen Termin bekommen zu haben. Weitere 11 % konnten den Arzt am gleichen Tag auch ohne Termin konsultieren. 12 % bekamen einen Termin erst innerhalb von drei Wochen. Werden die Ergebnisse nach dem Versichertenstatus differenziert, wird deutlich, dass die Wartezeiten zwischen gesetzlich und privat Versicherten zwar variieren, sich in den vergangenen Jahren allerdings angeglichen haben. 39 % der PKV-Versicherten konnten sofort bzw. ohne Termin beim Arzt vorstellig werden, unter den GKV-Versicherten waren es 40 % (KBV 2021).

¹⁷ Einer Umfrage zufolge warten Patienten in England in einigen Fällen bis zu drei Jahre auf einen Zahnarzttermin (Ärztblatt 2021a).

Abbildung 8: Anteil der Bevölkerung, der seinen Bedarf an ärztlicher Versorgung aufgrund zu langer Wartelisten nicht gedeckt sieht



Hinweis: 2020 oder letztes verfügbares Jahr. Berücksichtigt sind nur 16-Jährige und Ältere. Nicht gezeigte Länder haben – wie Deutschland auch – einen Anteil von unter 1 %.

Quelle: Eurostat (2021b).

Wartezeiten – Einordnung Deutschlands aus europäischer Perspektive

Wartezeiten sind eine Zugangshürde zur medizinischen Versorgung, die ein erhebliches Ausmaß erreichen kann. Für Patienten geht eine verzögerte Behandlung nicht selten mit Schmerzen und Unzufriedenheit oder gar Ängsten einher. Vor allem in einheitlich organisierten Gesundheitssystemen, wie u. a. in Estland, Großbritannien, Portugal oder Schweden, stellen Wartezeiten ein Problem dar. Entsprechend macht sich dies auch bei der politischen Priorität des Themas bemerkbar.

In vielen Ländern – so auch in Deutschland – werden Daten zu Wartezeiten nicht administrativ erfasst, sodass ein uneingeschränkter Ländervergleich kaum möglich ist. Aus der Kombination verfügbarer administrativer Daten und vorliegender Umfrageergebnisse lässt sich dennoch der Schluss ziehen, dass Wartezeiten in Deutschland eine untergeordnete Rolle spielen und im europäischen Vergleich als gering einzuschätzen sind.

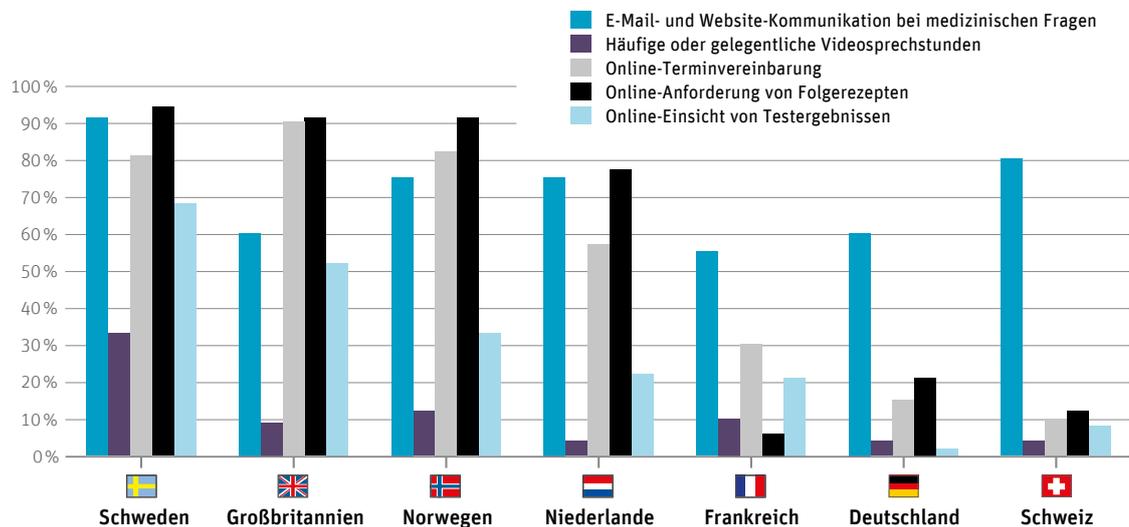
3.4.3 Mangelnde Digitalisierung

Eine mangelnde Digitalisierung kann zwar nicht explizit als Zugangshürde gesehen werden, allerdings kann sie den Zugang erschweren – oder anders herum: Digitalisierung kann den Zugang zur Gesundheitsversorgung vereinfachen und Hürden abbauen. In allen Gesundheitssystemen ist die Verbesserung der Versorgungskoordination von zentraler Bedeutung, um eine gute Gesundheitsversorgung zu erreichen. Eine effektive Versorgungskoordination und hochwertige medizinische Versorgung erfordern dabei den zeitlichen sowie effizienten Austausch von Informationen, die für die Versorgung der Patienten relevant sind (Doty et al. 2020, Pfeiffer 2017). In diesen Belangen ist die Digitalisierung von hoher Wichtigkeit. Speziell die digitale Medizin ist ein schnell wachsender Sektor im Gesundheitswesen, an den auf deutscher und europäischer Ebene große Erwartungen gerichtet werden (Albrecht und Jungmann 2016). Es besteht kein Zweifel daran, dass die Anwendung digitaler Werkzeuge in den verschiedenen Bereichen der Medizin die Diagnostik, die Behandlungen und letztendlich die Gesundheitsergebnisse maßgeblich verbessern kann. Ein wesentlicher Punkt ist, dass zudem eine Verlagerung von Behandlung bzw. Heilung hin zu effektiver Prävention möglich ist (Odone et al. 2019).

Die heutigen Informationstechnologien bieten zahlreiche Versorgungs- und Kommunikationsmöglichkeiten. Dennoch sind sie in vielen Ländern bzw. Arztpraxen noch nicht etabliert (Doty et al. 2020). Die Ergebnisse der Umfrage des Commonwealth Fund aus dem Jahr 2019 zeigen dies deutlich (siehe

Abbildung 9). Bereits verbreitet ist die E-Mail- und Website-Kommunikation bei medizinischen Fragen. Hier liegt der Anteil der Praxen, die diese Leistung anbieten, in den berücksichtigten Ländern zwischen 55 % (Frankreich) und 91 % (Schweden). Weniger etabliert sind in allen Ländern Videosprechstunden. Lediglich 4 % (Deutschland, Niederlande Schweiz) bis 33 % (Schweden) der Praxen bieten diese Leistung häufig oder gelegentlich an.

Abbildung 9: Anteil der Praxen mit einem Angebot von digitalen Leistungen



Quelle: Doty et al. (2020).

Im Vergleich schöpft Deutschland das Digitalisierungspotenzial nur unzureichend aus. Grund dafür könnten unterschiedliche Vorstellungen der Akteure im Gesundheitswesen hinsichtlich Rolle, Einbindung und Funktionalität der Digitalisierung sein (Wild und Kozica 2021). Andere europäische Länder sind deutlich weiter fortgeschritten hinsichtlich der Anwendung und Nutzung u. a. von elektronischen Patientenakten, E-Rezepten oder elektronischer Arzt-Patienten-Kommunikation. Noch Ende 2018 belegte Deutschland beim „Digital Health Index“ abgeschlagen Platz 16 von 17 untersuchten Ländern (Thiel et al. 2018). Nur Polen stand noch schlechter dar. Es wird ersichtlich das digitale Strukturen in der deutschen Gesundheitsversorgung bislang vergleichsweise schleppend implementiert wurden (Dörries et al. 2017). Aber auch der Blick über die Ländergrenzen hinweg zeigt, dass innerhalb Europas unterschiedliche Vorstellungen vorherrschen. Die unterschiedlichen Ansätze können möglicherweise sogar ein Grund für den unterschiedlich großen Fortschritt sein. Länder, die bereits einen höheren Digitalisierungsgrad vorweisen können, haben ihren Bürgern idealerweise bereits frühzeitig einen spürbaren Mehrwert und greifbare Serviceleistungen geboten (Wild und Kozica 2021).

Internationale Erkenntnisse zeigen, dass eine Digitalisierung des Gesundheitswesens unter den richtigen Rahmenbedingungen nicht nur zu einer verbesserten Qualität von und zu einem besseren Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen führen, sondern auch Ineffizienzen beseitigen und die Kosten der medizinischen Versorgung senken kann (Doty et al. 2020, Lux und Breil 2017). Aus Sicht des Zugangs zur Gesundheitsversorgung kann die Digitalisierung zum einen Wege- und Wartezeiten einsparen, wenn kleinere Anliegen z. B. in Videosprechstunden geklärt werden können (Dörries et al. 2017) und zum anderen die teilweise Unterversorgung im ländlichen Raum abmildern (Lux und Breil 2017).

Europaweit steht das Gesundheitswesen vor großen Herausforderungen – darunter die alternde Bevölkerung, die wachsende Belastung durch nicht übertragbare Krankheiten (u. a. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs) und nicht zuletzt die gegenwärtige COVID-19-Pandemie, aber auch möglicherweise zukünftige Pandemien. Digitale Technologien haben das Potenzial zur Bewältigung dieser Herausforderungen wesentlich beizutragen und gleichzeitig Ungleichheiten bei der Gesundheitsversorgung

innerhalb und zwischen den Ländern zu reduzieren (Odone et al. 2019). Deutschland könnte dabei von den bereits weiter fortgeschrittenen Ländern lernen. Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz von 2019 hat sich bei der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens zumindest schon einiges bewegt (Gerke et al. 2020).

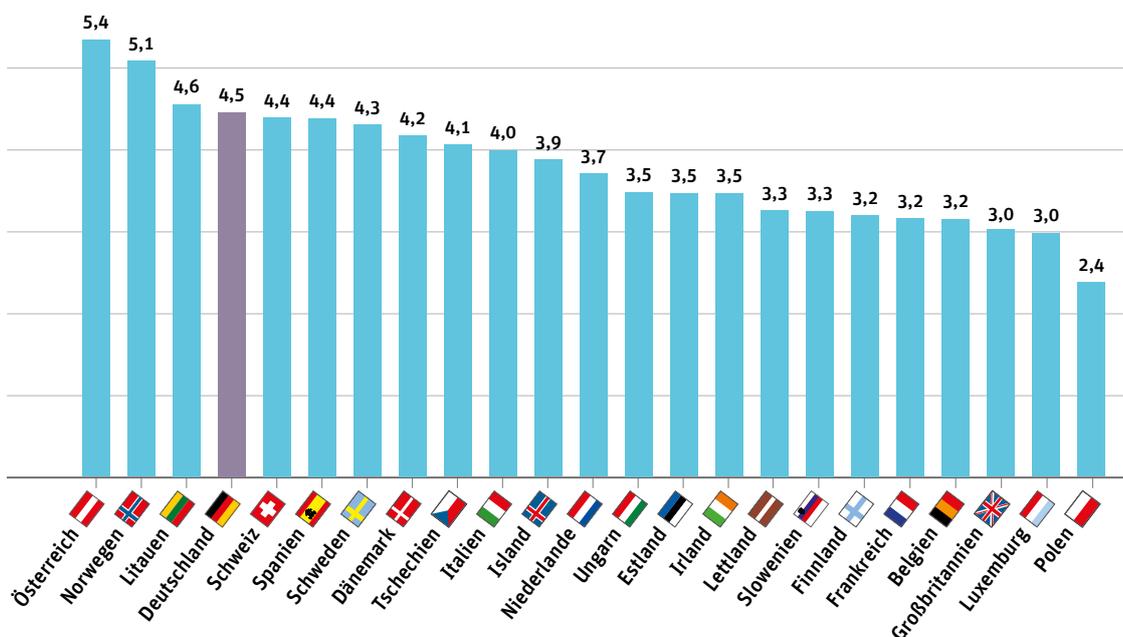
Mangelnde Digitalisierung – Einordnung Deutschlands aus europäischer Perspektive

Die Digitalisierung kann den Zugang zu medizinischer Versorgung entscheidend verbessern und Zugangshürden abbauen. Unterschiedliche digitale Anwendungen und Lösungen decken eine große Bandbreite ab, aus der das Gesundheitswesen wählen kann. Dennoch sind einfache Ansätze (z. B. Video-Sprechstunden, E-Mail-Kommunikation oder Online-Abruf von Ergebnissen) teilweise noch selten etabliert. Auch in Deutschland können diesbezüglich noch Potenziale gehoben werden. Deutlich fortschrittlicher zeigen sich die skandinavischen Länder. Ein Blick auf die europäischen Nachbarn könnte sich also lohnen, um das bereits gut funktionierende deutsche Gesundheitswesen auf ein noch höheres Niveau zu bringen und dabei ggf. sogar Ausgaben zu reduzieren.

3.5 Geografische Hindernisse

Geografische Aspekte können in dreierlei Hinsicht den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren. Neben der Versorgungsdichte und der Abgeschiedenheit einer Region kann auch die Nähe zu einer Landesgrenze eine Rolle spielen (Busse et al. 2006). Um einen ersten Eindruck zum potenziell geografisch beschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung zu erhalten, wird häufig die Ärztedichte herangezogen (siehe Abbildung 10). Diese bezieht alle Allgemein- und Fachärzte im ambulanten und stationären Sektor ein – sowohl in der öffentlichen als auch in der privaten Versorgung.

Abbildung 10: Ärztedichte in den betrachteten Ländern



Hinweis: 2020 oder letztes verfügbares Jahr. Ärztedichte = Anzahl der Ärzte auf 1.000 Einwohner, einbezogen sind alle aktiv praktizierenden Ärzte („Practising Physicians“), keine Daten für Griechenland, Portugal und Slowakei.

Quelle: OECD (2021).

Unter den betrachteten Ländern können Österreich und Norwegen mit 5,4 bzw. 5,1 Ärzten je 1.000 Einwohnern die höchste Ärztedichte vorweisen. Deutschland rangiert mit 4,5 Ärzten an vierter Stelle. Eine grundsätzliche Tendenz zu mehr oder weniger Ärzten in Abhängigkeit der Finanzierungsform des Gesundheitssystems (Steuern oder Beiträge) lässt sich nicht erkennen.

Mit Blick auf die Abgeschiedenheit einer Region kann in ländlichen, weniger dicht bewohnten Regionen oder in der Peripherie der Zugang durchaus schwieriger sein. Dies macht sich gerade in zentralistisch ausgerichteten Gesundheitssystemen bemerkbar, in denen Patienten häufiger größere Entfernungen für eine Behandlung zurücklegen müssen (Kelly et al. 2016). Aufgrund der räumlichen Häufung von Gesundheitseinrichtungen in urbanen Regionen sind Menschen aus ländlichen Regionen nicht nur mit längeren Fahrtzeiten, sondern bedingt dadurch auch mit höheren Kosten konfrontiert, wenn sie medizinische Versorgung benötigen (Weiss et al. 2020).¹⁸ Studien zeigen zudem einen Zusammenhang zwischen schlechteren Gesundheitszuständen und größeren Entfernungen zu Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (Kelly et al. 2016). Von einem sogenannten distance decay effect ist dabei die Rede. Weiss et al. (2020) stellen fest, dass etwa 9 % der Weltbevölkerung eine notwendige Gesundheitsversorgung nicht innerhalb von einer Stunde erreichen können, selbst wenn sie Zugang zu motorisierten Transportmitteln haben. Darüber hinaus sind 43 % nicht in der Lage eine Gesundheitseinrichtung innerhalb einer Stunde zu Fuß zu erreichen.

Da der Großteil der EU relativ dicht besiedelt ist, scheinen geografische Hindernisse auf den ersten Blick kein ernstzunehmendes Problem darzustellen. Hinzu kommt, dass viele Länder mittels Verteilungsplanung von Gesundheitseinrichtungen eine ausreichende Versorgungsdichte erreichen und einer ungleichen Verteilung entgegenwirken wollen.¹⁹ Die Ergebnisse von Bauer et al. (2020) deuten dennoch auf erhebliche Unterschiede auf nationaler und subnationaler Ebene speziell bei der räumlichen Versorgung mit Intensivbetten hin, die insbesondere in der COVID-19-Pandemie relevant wurden.²⁰ Einige Länder (z. B. Deutschland) sind hier besonders gut aufgestellt und können schnell einen erhöhten Bedarf an Intensivpflege bewältigen, während andere (z. B. Dänemark, Italien oder Schweden) eine geringere Intensivbettenkapazität vorhalten.

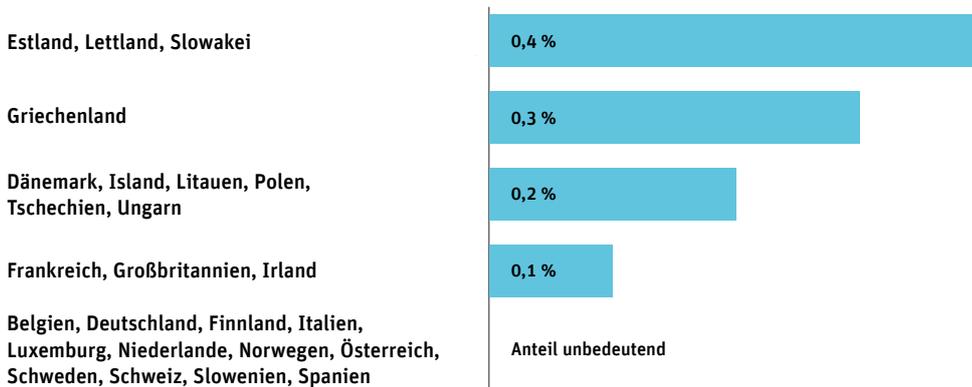
Die EU-SILC-Daten (Eurostat 2021b) zeigen, dass geografische Hindernisse in der Gesundheitsversorgung der betrachteten europäischen Länder im Allgemeinen von nachrangiger Bedeutung sind. Wie Abbildung 11 nahelegt, bewegt sich der Anteil der Patienten, der aufgrund zu großer Entfernung zum Arzt eine notwendige Versorgung nicht gedeckt sieht, zwischen 0,1 % und 0,4 %.

18 Bei der Niederlassungsentscheidung von Ärzten spielen zahlreiche Faktoren eine Rolle. Ärzte präferieren häufig – wie andere Berufsgruppen auch – Regionen mit guten Bildungs-, Kultur- und Betreuungsangeboten für die Familie sowie einer guten Verkehrsinfrastruktur (Arentz 2017).

19 Die Sicherstellung der stationären Versorgung ist z. B. in Deutschland Aufgabe der Bundesländer. Im Rahmen der Raumordnungsplanung muss die Erreichbarkeit in der Grund- und Regelversorgung in höchstens 30 Minuten und in der Schwerpunkt- und Maximalversorgung in höchstens 60 Minuten gewährleistet sein (Cacace 2021).

20 Siehe hierzu auch Bahnsen und Wild (2021).

Abbildung 11: Anteil der Bevölkerung, der seinen Bedarf an ärztlicher Versorgung aufgrund zu langer Wege nicht gedeckt sieht



Hinweis: 2020 oder letztes verfügbares Jahr.

Quelle: Eurostat (2021b).

Selbstverständlich können diese aggregierten Zahlen wichtige Unterschiede verschleiern. So ist die Versorgungsdichte in urbanen Regionen in der Regel wesentlich höher als in ländlichen Regionen. Besonders erkennbar ist diese Überlegung u. a. in Estland (Stadt: 0,3 % vs. Land: 0,6 %), Lettland (Stadt: 0,3 % vs. Land: 0,5 %) oder Island (Stadt: 0,1 % vs. Land: 0,6 %). Angesichts der Ergebnisse von Weiss et al. (2020) sind diese Zahlen allerdings als sehr gering einzustufen.

In manchen Fällen könnte die nächstgelegene Gesundheitseinrichtung ggf. in einem EU-Nachbarland liegen. Durch die europäische Krankenversicherungskarte ist es während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem EU-Land (sowie in Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz) möglich, medizinisch notwendige Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen. In der Regel geschieht dies zu denselben Bedingungen und Kosten (in einigen Ländern kostenlos), die auch für die Versicherten des jeweiligen Landes gelten. Unter diesen Umständen können grenzüberschreitende Mobilität und grenzüberschreitende Vereinbarungen zwischen Gesundheitsversorgern bzw. EU-weite Regelungen zum Abbau von geografischen Hindernissen beitragen.

Geografische Hindernisse – Einordnung Deutschlands aus europäischer Perspektive

Auch wenn geografische Hindernisse beim Zugang zu medizinischer Versorgung punktuell eine große Rolle spielen, sind sie auf die Bevölkerung gerechnet in allen betrachteten Ländern von geringerer Bedeutung. Auch in Deutschland – mit seiner vergleichsweise hohen (Fach-)Arztdichte – sind zu weite Strecken zum Arzt die Ausnahme. Dennoch sollte bei der Verteilungsplanung von neuen Gesundheitseinrichtungen die Erreichbarkeit für Patienten berücksichtigt werden, um nicht (langfristig) den erwähnten distance decay effect beobachten zu müssen.

Die Tendenz eines leichten Stadt-Land-Gefälles ist aus den Daten ablesbar, wenn auch auf niedrigem Niveau. Für weniger dicht besiedelte Gebiete mit geringerer Versorgungsdichte kann auch der angesprochene Punkt der Digitalisierung eine Rolle spielen. Kleinere Anliegen, das Ausstellen von Rezepten oder das Abrufen von Testergebnissen können problemlos online abgewickelt werden. Während Deutschland den anderen Ländern bei der Ausstattung des Gesundheitswesens teilweise weit voraus ist, liegt hier noch Potenzial brach.

3.6 Tatsächliche Inanspruchnahme zur Verfügung stehender Leistungen

Eine weitere Zugangshürde, die weniger greifbar ist, kann bei einer Diskrepanz zwischen möglicher und tatsächlicher Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen vorliegen. Denn nur, weil der Zugang zur Gesundheitsversorgung formal gegeben ist, heißt dies nicht, dass dieser auch wirklich genutzt wird bzw. werden kann. Eine Rolle spielen dabei neben sozioökonomischen (u. a. Einkommen, Bildung) und soziodemografischen Faktoren (u. a. ethnische Zugehörigkeit, Religion) auch persönliche Präferenzen (Busse et al. 2006).²¹ Diskrepanzen in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zwischen Patienten, die sich in der gleichen Situation befinden, sind dann legitim, wenn sie auf unterschiedliche bewusste Entscheidungen (z. B. Lebensstil oder Präferenzen für Behandlungen) zurückzuführen sind. Da allerdings auch die finanzielle Situation eine Rolle spielt (mit Blick auf private Zuzahlungen), dürfte es auch bei gleichen Zugangsbedingungen keine gleiche Inanspruchnahme geben (Abatemarco et al. 2020). Signifikante Unterschiede zwischen sozioökonomischen Gruppen finden sich z. B. auch bei den Wartezeiten für stationäre Behandlungen. Patienten, die in einkommensschwächeren Regionen leben, warten länger als Patienten in weniger einkommensschwachen Gegenden. Die komplexe Heterogenität der Patienten hat grundsätzlich entscheidenden Einfluss, nicht zuletzt hinsichtlich der Risiko- und Zeitpräferenzen (Moscelli et al. 2018).

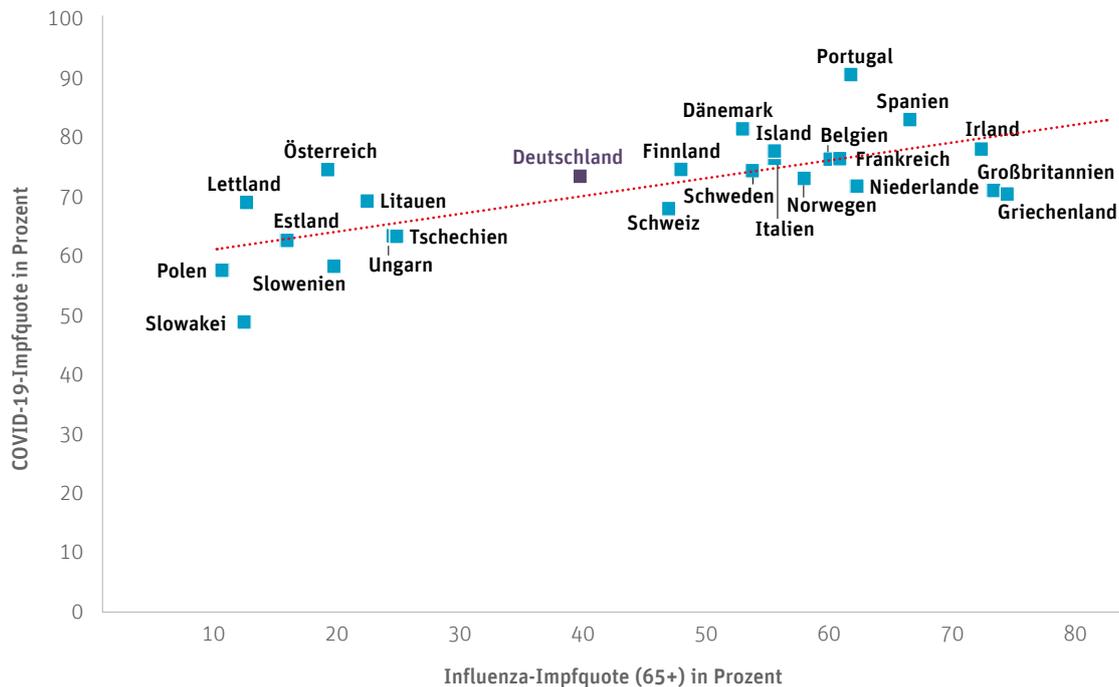
Ein wichtiger (moderierender) Faktor bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) des Patienten (Simonsen et al. 2020).²² Fehlende Gesundheitskompetenz kann sich sowohl in einer überdurchschnittlich hohen als auch in einer unterdurchschnittlich niedrigen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen niederschlagen. Trifft Letzteres ein, stellt fehlende Gesundheitskompetenz eine Zugangshürde dar. Ein einfacher linearer Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Gesundheitszustand ist zwar nicht anzunehmen (Paasche-Orlow und Wolf 2007), es zeigt sich jedoch, dass Patienten mit geringer Gesundheitskompetenz mit deutlich höherer Wahrscheinlichkeit Diskrepanzen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung erfahren (Sudore et al. 2006). Baccolini et al. (2021) haben festgestellt, dass ein Drittel bis fast die Hälfte der Europäer über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügen. Dies deutet darauf hin, dass ein erheblicher Anteil der in der EU lebenden Menschen aufgrund von Verständnis- und Entscheidungsschwierigkeiten Probleme beim Zugang zu Präventions- und Gesundheitsleistungen haben könnte – obwohl der Zugang formal möglich ist.

Ein anschauliches Beispiel, wie sehr die potenzielle und tatsächliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auseinanderliegen kann, sind die Influenza- bzw. COVID-19-Impfquoten. Obwohl Impfstoffe europaweit (mittlerweile) ausreichend verfügbar sind, variiert die Inanspruchnahme teilweise deutlich (siehe Abbildung 12).

21 Nach dem „Andersen-Modell“ wird die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch prädisponierende Merkmale, ermöglichende Ressourcen und Bedarfsfaktoren beeinflusst (Andersen 1995). Erstere beiden spielen bei der Diskrepanz zwischen möglicher und tatsächlicher Inanspruchnahme eine Rolle.

22 Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit der Menschen, Gesundheitsinformationen zu erschließen, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, um Entscheidungen in Bezug auf Gesundheitsversorgung und Krankheitsprävention zu treffen und so die Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern (Sørensen et al. 2012).

Abbildung 12: Influenza- und COVID-19-Impfquoten



Hinweis: Die Influenza-Impfquote bezieht sich auf das Jahr 2020 oder das letzte verfügbare Jahr. Die COVID-19-Impfquote bezieht sich auf die vollständig Geimpften mit Stand 31.01.2022.

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Ritchie et al. (2020) und OECD (2021).

Tatsächliche Inanspruchnahme – Einordnung Deutschlands aus europäischer Perspektive

Es gibt einen grundlegenden Unterschied zwischen der Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Wie Busse et al. (2006) darauf hinweisen, stellt die Verfügbarkeit ein Zugangspotenzial dar – eine Zugangsgarantie ist sie nicht. Zugangshürden, die diesem Umstand entspringen, sind schwer greifbar und entsprechende Daten fehlen häufig. Auch deshalb sind konkrete Aussagen hinsichtlich dieser Zugangshürden schwierig.

Die Komplexität wird nicht zuletzt auch durch die Anzahl potenzieller Einflussfaktoren widergespiegelt. Zu diesen zählen u. a. Einkommen, Bildung, ethnische Zugehörigkeit, Religion, Lebensstil, Präferenzen oder die allgemeine Gesundheitskompetenz.

4 Zum Zusammenhang von Zugangshürden und privaten Gesundheitsleistungen

Wie die bisherigen Ausführungen gezeigt haben, sind Zugangshürden sowie eine damit einhergehende Rationierung von Gesundheitsleistungen in jedem öffentlichen Gesundheitssystem unvermeidbar und gehören damit zur Normalität. Jede Form der in Kapitel 3 beschriebenen Rationierung in der öffentlichen Gesundheitsversorgung kann für Versicherte ein Anreiz sein, die gewünschte Leistung durch eine private Gesundheitsleistung zu substituieren. Dies betrifft insbesondere Leistungen, die vom öffentlichen System nicht oder nur teilweise finanziert werden (siehe Kapitel 3.2), die Beschränkung der freien Arztwahl (siehe Kapitel 3.4.1) und die durch Kapazitätsbegrenzungen entstehenden Wartezeiten (siehe Kapitel 3.4.2). Bei den ebenfalls als Zugangshürde fungierenden obligatorischen Zuzahlungen (siehe Kapitel 3.3) handelt es sich per se schon um eine private (Co-)Finanzierung von Gesundheitsleistungen.

4.1 Angebot privater Gesundheitsleistungen

In fast allen betrachteten Ländern (u. a. Großbritannien, Finnland, Irland, Norwegen, Portugal, Schweden, Spanien) erbringen Ärzte (und andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen) sowohl öffentlich als auch privat finanzierte Leistungen (Arentz 2018, McPake et al. 2016). Generieren Ärzte in beiden Sektoren Einnahmen, ist von „Dual Practice“ die Rede. Auch wenn „Dual Practice“ weit verbreitet ist, liegen keine offiziellen Zahlen über das tatsächliche Ausmaß vor (Arentz 2018). Die Ausprägung und Auswirkungen von „Dual Practice“ sind von Land zu Land unterschiedlich und hängen von den vorherrschenden gesetzlichen Bestimmungen ab (OECD 2016). Deutschland nimmt trotz der weiten Verbreitung von „Dual Practice“, aufgrund seines dualen Krankenversicherungssystems, eine Sonderrolle ein.

Sowohl in steuerfinanzierten als auch in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen koexistieren in der Regel ein öffentliches Gesundheitssystem und eine unabhängige private Versorgungsstruktur in unterschiedlicher Ausprägung. Das bedeutet, dass Ärzte Patienten auch außerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems auf rein privater Basis behandeln können. Beim Angebot privater Gesundheitsleistungen spielt die Finanzierungsform des Gesundheitssystems eine Rolle. Während Ärzte in beitragsfinanzierten Systemen häufig selbständig tätig sind, arbeiten Ärzte in steuerfinanzierten Systemen eher in einem Angestelltenverhältnis (OECD 2016). Ein im öffentlichen Gesundheitssystem angestellter Arzt hat logischerweise nicht dieselben Möglichkeiten private Leistungen anzubieten, wie ein selbständiger Arzt. So müssen angestellte Ärzte den Umfang ihrer privatärztlichen Tätigkeit vertraglich mit ihrem Arbeitgeber regeln. In einigen Ländern mit steuerfinanziertem Gesundheitssystem (u. a. Großbritannien, südeuropäische Länder) ist die Durchführung von Behandlungen (z. B. Operationen) in privater Praxis erlaubt, um die Wartezeiten im öffentlichen Sektor zu verkürzen (Kuhn und Nuscheler 2020).

Mit dem Angebot privater Gesundheitsleistungen geht häufig die Befürchtung einher, „Dual Practice“ beeinträchtigt die Zugänglichkeit und/oder die Qualität der Versorgung für Patienten des öffentlichen Gesundheitssystems (McPake et al. 2016). Gleichzeitig lässt sich die Überlegung anstellen, dass der Gewinnanreiz im Rahmen des „Dual Practice“ zusätzliche Behandlungsanstrengungen induzieren kann (z. B. Reduzierung von Wartezeiten) und damit das Ergebnis für alle Patienten verbessert (Kuhn und Nuscheler 2020). Zudem erweitert es die Möglichkeiten für Ärzte und andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen auf dem nationalen Arbeitsmarkt und kann sie so im öffentlichen System halten. Hochqualifiziertes Personal verbleibt so im öffentlichen Gesundheitssektor, selbst bei vergleichsweise geringen öffentlichen Kostenerstattungen und wandert nicht ins Ausland ab oder wechselt gänzlich zur privaten Versorgung (Kuhn und Nuscheler 2020, McPake et al. 2016).

Angesichts des wachsenden Drucks auf die öffentlichen Gesundheitsbudgets, welcher u. a. durch die Bevölkerungsalterung verstärkt wird, dürfte eine Verschiebung der Finanzierung des Gesundheitswesens

hin zu einer Mischung aus öffentlicher Finanzierung der Grundversorgung und (zusätzlicher) privater Finanzierung zunehmen (Kuhn und Nuscheler 2020). In steuerfinanzierten Gesundheitssystemen, in denen nur eine Grundversorgung gegeben und „Dual Practice“ etabliert ist, könnten Besserverdienende in den privaten Sektor ausweichen und damit das öffentlichen Gesundheitssystem umgehen. Ein parallel existierender privater Sektor würde dem öffentlichen Sektor dann finanzielle Mittel entziehen (Tuohy et al. 2004).

Private Gesundheitsleistungen – Einordnung Deutschlands aus europäischer Perspektive

In allen betrachteten Ländern existiert ein privater Markt für Gesundheitsleistungen – oftmals als etablierte Privatmedizin parallel neben dem öffentlichen Gesundheitssystem. Hier können entweder Leistungen erworben werden, die das öffentliche System nicht finanziert (z. B. Zahnbehandlungen, Sehhilfen), oder es ist ein direkter Zugang zum Arzt ohne Wartezeiten möglich. Insbesondere in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen, in denen sowohl Haus- als auch Fachärzte überwiegend selbstständig in eigener Praxis niedergelassen sind, hat sich ein Teil der Ärzte gegen eine Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitssystem entschieden.

Selbst in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen mit traditionell staatlicher Organisation der Gesundheitsversorgung existiert ein teils bedeutender privater Gesundheitsmarkt. Die privat generierten Einnahmen fließen im Gegensatz zu Deutschland nicht auch in das staatliche Versorgungssystem, sondern verbleiben ausschließlich im privaten Sektor. Im deutschen Gesundheitssystem werden gesetzlich und privat krankenversicherte Patienten in einem Versorgungssystem, d. h. von denselben Ärzten, behandelt. Somit fließen auch die privat abgerechneten Honorare in die Praxisausstattung und kommen allen Versicherten zugute. Reine Privatpraxen oder -kliniken sind in Deutschland vergleichsweise selten.

4.2 Finanzierung privater Gesundheitsleistungen

Wie zuvor beschrieben, existieren in den betrachteten Ländern private Märkte für Gesundheitsleistungen, auf denen Patienten die Versorgung erhalten können, die die öffentlich finanzierten Systeme durch Zugangshürden begrenzen oder ausschließen. Die gewünschten Privatleistungen können bzw. müssen entweder mittels reiner Selbstzahlungen oder über eine private Krankenzusatzversicherung finanziert werden.

Wird eine private Krankenzusatzversicherung abgeschlossen, greift das Versicherungsprinzip, also die Absicherung von Risiken durch einen Versicherungsschutz. Alle Versicherten zahlen Prämien und erhalten im Schadensfall Leistungen, d. h. es findet eine kollektive Risikoübernahme statt. Das versicherte Risiko realisiert sich dabei nicht bei jedem Versicherten gleichermaßen. Insbesondere große Schäden, d. h. teure Krankheiten, treffen nicht jeden. Versicherte tauschen einen unsicheren finanziellen Schaden gegen eine sichere Versicherungsprämie. In diesem Fall ist der Abschluss einer Versicherung für risikoaverse Personen attraktiv (Arrow 1963).

Der Preis für eine 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 Personen nur ihr selbst angespartes Kapital inklusive der Verzinsung zur Verfügung steht.

Die Existenz von privaten Kranken(zusatz)versicherungen führt durch das Versicherungsprinzip zu geringeren Versorgungsunterschieden als eine Situation, in der nur die Möglichkeit der privaten Selbst-

zahlung gegeben wäre. Bei der Selbstzahlung müsste ein Patient gegebenenfalls auf eine teure Versorgung verzichten, da sie seine finanziellen Möglichkeiten übersteigt. Ist diese Versorgung hingegen über eine Versicherung abgedeckt, kann er sich den entsprechenden Versicherungsschutz unter Umständen sehr wohl leisten, da die regelmäßig zu entrichtende Versicherungsprämie deutlich unter dem potenziellen Schaden liegt.

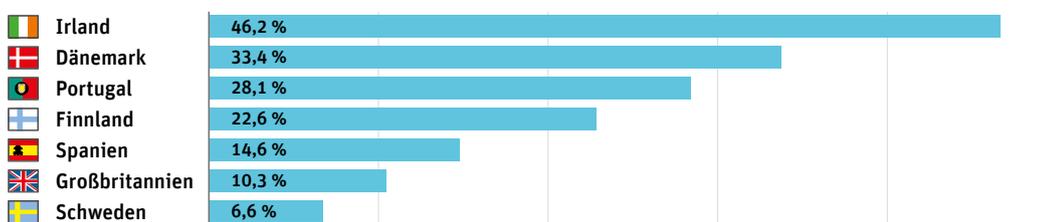
Ist beispielsweise Zahnersatz nicht im Leistungskatalog des öffentlichen Gesundheitssystems enthalten, führt die Existenz von Zusatzversicherungen dazu, dass auch Personen, die sich einen teuren Zahnersatz im Schadensfall nicht leisten könnten, dieses Risiko über den Abschluss einer Zusatzversicherung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

Verfügt im Extremfall die gesamte Bevölkerung eines Landes über eine Zusatzversicherung zur Absicherung der im öffentlichen Gesundheitssystem rationierten Leistungen, liegen in diesem Fall keine Versorgungsunterschiede mehr vor. Jeder ist durch das öffentliche Gesundheitssystem und die ergänzende Zusatzversicherung gleich umfassend abgesichert. Verfügen dagegen nicht alle Personen über eine Zusatzversicherung, verläuft die Grenze der unterschiedlichen Versorgung an der Grenze zwischen Personen mit und ohne Zusatzversicherung. Personen ohne Zusatzversicherungsschutz und ohne finanzielle Möglichkeiten, die Behandlung direkt selbst zu zahlen, fallen dann aus der Versorgung heraus.

In fast allen betrachteten Ländern hat ein Teil der Bevölkerung eine private Krankenzusatzversicherung abgeschlossen. Dieser zusätzliche Krankenversicherungsschutz kann erworben werden, um die nach der Grundversorgung verbleibende Kostenbeteiligung zu decken (komplementär-ergänzend), zusätzliche Leistungen zu erbringen (supplementär-ergänzend) oder einen schnelleren Zugang oder eine größere Auswahl an Anbietern zu ermöglichen (duplizierend) (OECD/EU 2020). Eine Ausnahme stellen die osteuropäischen Länder (u. a. Tschechien, Ungarn, Polen, Slowakei) dar, in denen private Krankenzusatzversicherungen kaum verbreitet sind. Nichtsdestotrotz hat auch in den meisten EU-Ländern nur ein kleinerer Teil der Bevölkerung eine private Krankenzusatzversicherung, mit Ausnahme von Frankreich, Slowenien, Belgien, Niederlande und Luxemburg, wo mehr als die Hälfte der Bevölkerung zusätzlich privat versichert ist.

Private Krankenversicherungen spielen in den einzelnen Ländern eine unterschiedliche Rolle, da sie immer in Interaktion mit dem öffentlichen Gesundheitssystem stehen. Je nach Organisation des Gesundheitssystems herrschen spezielle Rahmenbedingungen für den privaten Krankenversicherungsmarkt, sodass sich verschiedene Formen privater Krankenversicherung etabliert haben (komplementär-ergänzend, supplementär-ergänzend, duplizierend).

Abbildung 13: Bevölkerungsanteil mit privater Krankenzusatzversicherung in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen



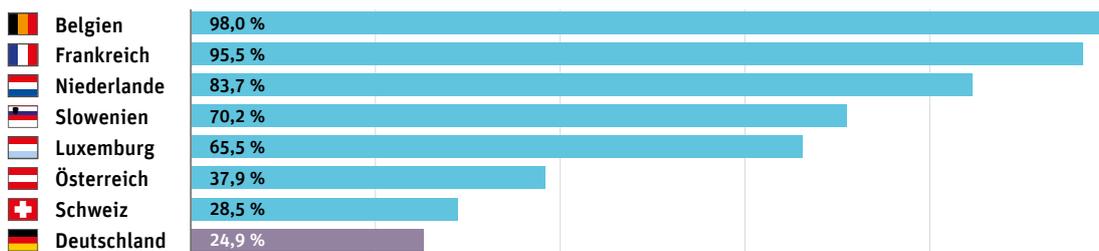
Hinweis: 2020 oder letztes verfügbares Jahr.

Quelle: OECD (2021).

In steuerfinanzierten Gesundheitssystemen werden Gesundheitsleistungen allen Einwohnern durch einen nationalen Gesundheitsdienst zur Verfügung gestellt (siehe Kapitel 2.1). Private Krankenzusatzversicherungen haben hier in der Regel einen duplizierenden Charakter (supplementär-ergänzend u. a. in Dänemark und Finnland), da jeder Einwohner das staatliche System über Steuerzahlungen grundlegend mitfinanziert. Entsprechend deckt die duplizierende Versicherung eine Versorgung ab, die auch vom öffentlichen System grundsätzlich abgesichert ist. Trotz privater Versicherung bleibt der Bürger weiterhin in das öffentliche Krankenversicherungssystem eingebunden, ermöglicht sich aber einen schnelleren Zugang, mehr Wahlfreiheit und ggf. ein höheres Qualitätsniveau. Abbildung 13 zeigt den Bevölkerungsanteil mit einer privaten Krankenzusatzversicherung in Ländern mit steuerfinanzierten Einheitssystemen.

In beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen sind eher komplementär- oder supplementär-ergänzende Krankenzusatzversicherungen die Regel. Diese erstatten Gesundheitsleistungen, die vom öffentlichen System nicht abgedeckt werden. Abbildung 14 verdeutlicht, dass private Krankenzusatzversicherungen in Ländern mit beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen deutlich verbreiteter sind. Hier werden üblicherweise Versicherungen abgeschlossen, die obligatorische Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen der Versicherten absichern, die in der Logik eines steuerfinanzierten Systems prinzipiell nicht vorkommen. Zusätzlich finden sich häufig auch Versicherungen, die jene Leistungen abdecken, welche vom öffentlichen System nicht oder nur partiell übernommen werden (z. B. Zahnbehandlung, Sehhilfen).

Abbildung 14: Bevölkerungsanteil mit privater Krankenzusatzversicherung in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen



Hinweis: 2020 oder letztes verfügbares Jahr.

Quelle: OECD (2021).

Finanzierung privater Gesundheitsleistungen – Einordnung Deutschlands aus europäischer Perspektive

Knapp 25 % der deutschen Bevölkerung haben eine private Krankenzusatzversicherung abgeschlossen. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Versicherungen handelt es sich um Zahnzusatzversicherungen, die ein höheres Versorgungsniveau als die gesetzliche Regelversorgung absichern. Ebenfalls ein wesentlicher Teil entfällt auf Tarife, mit denen weitere ambulante Leistungen abgesichert werden, die im GKV-Spektrum nicht enthalten sind (z. B. Brillen oder Kontaktlinsen). Der übrige Anteil entfällt auf Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus, wie Einzelzimmer und Chefarztbehandlung (PKV-Verband 2020). Von allen Ländern mit beitragsfinanzierten Systemen ist in Deutschland die Zusatzversicherung am wenigsten verbreitet. Dies kann mit dem hohen Versorgungsniveau im öffentlichen System erklärt werden: Es müssen relativ wenig medizinische Leistungen privat finanziert werden und es existieren kaum Zugangshürden zur Versorgung.

In der Zusammenschau zeigt sich, dass in Ländern mit steuerfinanzierten Systemen primär duplizierende Versicherungen existieren, die eine Versorgung abdecken, die auch vom öffentlichen System abgesichert wird. In beitragsfinanzierten Systemen sind komplementär- und supplementär-ergänzende Versicherungen üblich und verbreiteter.

5 Fazit

Zugangshürden zur Gesundheitsversorgung können sich in unterschiedlicher Form manifestieren und sind auch im europäischen Vergleich unterschiedlich (stark) ausgeprägt. Das Problem eines fehlenden Krankenversicherungsschutzes ist zwar in einigen Ländern präsent, stellt im Großteil der Staaten aber kein weitergreifendes Problem dar. Dem Ziel der universellen Gesundheitsversorgung kommt Europa also schon sehr nah. Mit Blick auf den Umfang des Krankenversicherungsschutzes lässt sich festhalten, dass in einheitlichen Systemen – besonders in steuerfinanzierten Systemen – Leistungen leichter gekürzt werden können. Deutschland kann hier – auch aufgrund des Wettbewerbs zwischen GKV und PKV – mit einem umfangreichen Leistungskatalog aufwarten.²³ Auch Kostenbeteiligungen sind in Deutschland vergleichsweise gering bis moderat. In anderen Ländern sind Beteiligungen an den Behandlungskosten teilweise ein relevantes Instrument und damit auch eine merkbare Hürde in der Gesundheitsversorgung. Einige Länder etablieren zudem Hürden für die Patienten, indem sie durch Gatekeeping die Wahlfreiheit einschränken. Dabei sind die empirischen Befunde zu Gatekeeping ambivalent. Ein allgemeines Pro- oder Kontrafazit lässt sich nicht ziehen. Andere Länder, so auch Deutschland, zeichnen sich hier durch eine uneingeschränkte Wahlfreiheit aus. Hinsichtlich der Wartezeiten ist der Vergleich aufgrund der Datenanalyse nur begrenzt möglich. Die verfügbaren Informationen lassen dennoch den Schluss zu, dass die Relevanz des Themas – zumindest in Deutschland – überschätzt wird. Insbesondere in steuerfinanzierten Ländern stellen Wartezeiten dagegen ein sehr relevantes Versorgungsproblem dar. Als Begründung für die Einführung einer Bürgerversicherung taugen Wartezeiten deshalb nicht. Eine Möglichkeit Wartezeiten zu reduzieren bzw. Hürden allgemein abzubauen, könnte die Digitalisierung sein. So könnten kleinere Angelegenheiten deutlich schneller und im größeren Umfang behandelt werden. Hier liegt in Deutschland noch Potenzial brach. Ebenfalls hilfreich könnte die Digitalisierung bei geografischen Hürden sein, indem lange Wege vermieden werden. Ungeachtet dessen spielen geografische Hürden europaweit eine eher untergeordnete Rolle. Auch wenn ein gewisses Stadt-Land-Gefälle existiert, ist eine flächendeckende Versorgung nahezu sichergestellt. Dem deutschen Gesundheitssystem kommt zugute, dass von privat generierten Einnahmen auch die gesetzlich Versicherten profitieren. Es gibt hierzulande zwar zwei Versicherungssysteme, aber nur ein Versorgungssystem. Existiert der private Gesundheitssektor hingegen als parallele Alternative, kann er auf diesem Weg dem öffentlichen Sektor finanzielle Mittel entziehen. Die Etablierung eines reinen Privatmarktes ist eine der Konsequenzen einer Einheitsversicherung.

Zusammenfassend macht die Analyse deutlich: Trotz ihrer Absicht, bieten auch einheitlich kollektiv finanzierte Gesundheitssysteme keinen Schutz vor Versorgungsunterschieden. Das deutsche duale Gesundheitssystem bietet dagegen allen Versicherten ein hohes Versorgungsniveau, die im europäischen Vergleich größte Wahl- und Therapiefreiheit und einen vergleichsweise kaum beschränkten Zugang zu ärztlichen Leistungen und Innovationen. Zudem haben die deutschen Versicherten im europäischen Vergleich kurze Wartezeiten. Folglich lässt sich konstatieren, dass Einheitsysteme keinen besseren, sondern gerade für einkommensschwache Bevölkerungsschichten einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung bieten als das gewachsene duale Gesundheitssystem in Deutschland.

23 Das gut finanzierte deutsche Gesundheitssystem mit seinem umfassenden Leistungskatalog hat sich nicht zuletzt in der COVID-19-Pandemie hervorgetan. Der Anteil der über 65-Jährigen mit chronischer Erkrankung, denen während der Pandemie mindestens ein Arztbesuch abgesagt oder verschoben werden musste, lag in Deutschland lediglich bei 11 %. Im Vergleich dazu lag der Anteil u. a. in den Niederlanden und Großbritannien bei 32 %, in Frankreich bei 22 % und in Schweden bei 21 % (Williams II et al. 2021).

Quellen

Abatemarco, A., Aria, M., Beraldo, S. und Stroppolini, F. (2020). Measuring Disparities in Access to Health Care: A Proposal Based on an Ex-ante Perspective, *Social Indicators Research*, 150, 549-568.

Albrecht, U.-V. und Jungmann, S. (2016). Gesundheits-Apps und politische Rahmenbedingungen, in Albrecht, U.-V. (Hrsg.), *Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA)*, Medizinische Hochschule Hannover, 84-99.

Allin, S., Farmer, J., Quiñonez, C., Peckham, A., Marchildon, G., Panteli, D. et al. (2020). Do Health Systems cover the Mouth? Comparing Dental Care Coverage for Older Adults in Eight Jurisdictions, *Health Policy*, 124(9), 998-1007.

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?, *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.

Arentz, C. (2017). Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern, *WIP-Diskussionspapier 2/2017*.

Arentz, C. (2018). Zur regionalen Ungleichverteilung von Ärzten in Deutschland – eine Frage der Privaten Krankenversicherung?, *Gesundheits- und Sozialpolitik (G&S)*, 72(1), 21-26.

Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *American Economic Review*, 53(5), 941-973.

Ärztblatt (2021a). Patienten in England warten bis zu drei Jahre auf Zahnarzttermin, online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/124069/Patienten-in-England-warten-bis-zu-drei-Jahre-auf-Zahnarzttermin>, abgerufen am 20.08.2021.

Ärztblatt (2021b). Studie: Rückstau bei Krebsbehandlungen in England kann Jahre dauern, online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Krebstherapie?s=&p=1&n=1&nid=127604>, abgerufen am 27.09.2021.

Baccolini, V., Rosso, A., Di Paolo, C., Isonne, C., Salerno, C., Migliara, G. et al. (2021). What is the Prevalence of Low Health Literacy in European Union Member States? A Systematic Review and Meta-analysis, *Journal of General Internal Medicine*, 36(3), 753-761.

Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J., Lepuschütz, L., Ostermann, H. et al. (2018). Austria: Health System Review, *Health Systems in Transition*, 20(3), 1-256.

Baeten, R., Spasova, S., Vanhercke, B. und Coster, S. (2018). Inequalities in Access to Healthcare. A Study of National Policies, *European Social Policy Network (ESPN)*, Brussels: European Commission.

Bahnsen, L. und Wild, F. (2021). Europäische Gesundheitssysteme in der COVID-19-Pandemie: Ein vergleichender Überblick, *WIP-Analyse Juli 2021*.

Bauer, J., Brüggmann, D., Klingelhöfer, D., Maier, W., Schwettmann, L., Weiss, D. J. und Groneberg, D. A. (2020). Access to Intensive Care in 14 European Countries: A Spatial Analysis of Intensive Care Need and Capacity in the Light of COVID-19, *Intensive Care Medicine*, 46, 2026-2034.

Behmane, D., Dudele, A., Villerusa, A., Misins, J., Klavina, K., Mozgis, D. und Scarpetti, G. (2019). Latvia: Health System Review, *Health Systems in Transition*, 21(4), i-165.

Bernal-Delgado, E., García-Armesto, S., Oliva, J., Sánchez Martínez, F. I., Repullo, J. R., Peña-Longobardo, L. M. et al. (2018). Spain: Health System Review, *Health Systems in Transition*, 20(2), 1-179.

- Bjornsson, S., Sigurdsson, J. A., Svavarsdottir, A. E. und Gudmundsson, G. H. (2013).** Gatekeeping and Referrals to Cardiologists: General Practitioners' Views on Interactive Communications, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31(2), 79-82.
- Blümel, M., Spranger, A. Achstetter, K., Maresso, A. und Busse, R. (2020).** Germany: Health System Review, *Health Systems in Transition*, 22(6), i-273.
- Breyer, F., Zweifel, P. und Kifmann, M. (2013).** *Gesundheitsökonomik*, 6. Auflage, Springer Gabler.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2020).** Die obligatorische Krankenversicherung – Ratgeber.
- Busse, R., Wörz, M., Foubister, T., Mossialos, E. und Berman, P. (2006).** Mapping Health Services Access: National and Cross-Border Issues (HealthACCESS).
- Cacace, M. (2021).** Krankenhausstrukturen und Steuerung der Kapazitäten in der Corona-Pandemie: Ein Ländervergleich, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Caisse Nationale de Santé (CNS) (2021).** Versicherte, online verfügbar unter: <https://cns.public.lu/de/assure.html>, abgerufen am 09.08.2021.
- Carlson, S. B. (2014).** Leistungsausschlüsse als Rationierungsinstrument im Gesundheitswesen: Eine vergleichende Untersuchung der Rechtslage in Deutschland und England, Lit Verlag Münster.
- Commonwealth Fund (2020).** International Profiles of Health Care Systems.
- Council of European Dentists (CED) (2015).** Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1.
- Doty, M. M., Tikkanen, R., Shah, A. und Schneider, E. C. (2020).** Primary Care Physicians' Role In Coordinating Medical And Health-Related Social Needs In Eleven Countries, *Health Affairs*, 39(1), 115-123.
- Doty, M. M., Tikkanen, R. S., FitzGerald, M., Fields, K. und Williams, R. D. (2021).** Income-Related Inequality In Affordability And Access To Primary Care In Eleven High-Income Countries, *Health Affairs*, 40(1), 113-120.
- Dörries, M., Gensorowsky, D. und Greiner, W. (2017).** Digitalisierung im Gesundheitswesen – hochwertige und effizientere Versorgung, *Wirtschaftsdienst*, 97(10), 692-696.
- EFTA (2021).** EEA EFTA States sign a free trade agreement with the UK, online verfügbar unter: <https://www.efta.int/Free-Trade/news/EEA-EFTA-States-sign-free-trade-agreement-UK-524641>, abgerufen am 20.08.2021.
- Espinosa-González, A. B., Delaney, B. C., Marti, J. und Darzi, A. (2021).** The Role of the State in Financing and Regulating Primary Care in Europe: A Taxonomy, *Health Policy*, 125(2), 168-176.
- Eurostat (2021a).** Healthcare Expenditure Statistics - Health Care Expenditure by Financing Scheme, Datenbank, [hlth_sha11_hf].
- Eurostat (2021b).** Nach eigenen Angaben nicht erfüllter Bedarf nach ärztlicher Untersuchung oder Behandlung nach Geschlecht, Alter, angegebenem Hauptgrund und Verstärkerungsgrad, Datenbank, [hlth_silc_21].
- Finkenstädt, V. (2017).** Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung. Ein europäischer Überblick, Wissenschaftliches Institut der PKV.
- Finkenstädt, V. und Niehaus, F. (2013).** Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen – Ein internationaler Überblick, Wissenschaftliches Institut der PKV.
- Fiorentino, F. (2019).** Access to Healthcare in Portugal: Assessing Geographical, Organizational and Financial Barriers, Lisbon School of Management and Economics (ISEG).

- Garrido, M. V., Zentner, A. und Busse, R. (2011).** The Effects of Gatekeeping: A Systematic Review of the Literature, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29(1), 28-38.
- Geary, L. M., Lynch, B. und Turner, B. (2018).** The Irish Healthcare System: An Historical and Comparative Review, A report commissioned by the Health Insurance Authority.
- Gerke, S., Stern, A. D. und Minssen, T. (2020).** Germany's Digital Health Reforms in the COVID-19 Era: Lessons and Opportunities for other Countries, *npj Digital Medicine*, 3, 94.
- Gerkens, S. und Merkur, S. (2020).** Belgium: Health System Review, *Health Systems in Transition*, 22(5), i-237.
- Greenfield, G., Foley, K. und Majeed, A. (2016).** Rethinking Primary Care's Gatekeeper Role, *BMJ*, 354, i4803.
- Greenfield, G., Pliskin, J. S., Feder-Bubis, P., Wientroub, S. und Davidovitch, N. (2012).** Patient-Physician Relationships in Second Opinion Encounters – The Physicians' Perspective, *Social Science & Medicine*, 75(7), 1202-1212.
- Habicht, T., Reinap, M., Kasekamp, K., Sikkut, R., Aaben, L. und Van Ginneken, E. (2018).** Estonia: Health System Review, *Health Systems in Transition*, 20(1), 1-193.
- Kaminska, M. E. und Wulfgramm, M. (2019).** Universal or Commodified Healthcare? Linking Out-of-Pocket Payments to Income-Related Inequalities in Unmet Health Needs in Europe, *Journal of European Social Policy*, 29(3), 345-360.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2019).** Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2021, Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage März/April 2021.
- Kelly, C., Hulme, C., Farragher, T. und Clarke, G. (2016).** Are Differences in Travel time or Distance to Healthcare for Adults in Global North Countries associated with an Impact on Health Outcomes? A Systematic Review, *BMJ Open*, 6, e013059.
- Keskimäki, I., Tynkkynen, L. K., Reissell, E., Koivusalo, M., Syrjä, V., Vuorenkoski, L. et al. (2019).** Finland: Health System Review, *Health Systems in Transition*, 21(2), 1-166.
- Kuhn, M. und Nuscheler, R. (2020).** Saving the Public from the Private? Incentives and Outcomes in Dual Practice, *Journal of Public Economic Theory*, 22(4), 1120-1150.
- Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J. et al. (2020).** Migrants' and Refugees' Health Status and Healthcare in Europe: A Scoping Literature Review, *BMC Public Health*, 20, 1039.
- Lux, T. und Breil, B. (2017).** Digitalisierung im Gesundheitswesen: bessere Versorgungsqualität trotz Kosteneinsparungen, *Wirtschaftsdienst*, 97(10), 687-692.
- Martin, S., Siciliani, L. und Smith, P. (2020).** Socioeconomic Inequalities in Waiting Times for Primary care across Ten OECD Countries, *Social Science & Medicine*, 263, 113230.
- Martin, S. und Smith, P. C. (1999).** Rationing by Waiting Lists: An Empirical Investigation, *Journal of Public Economics*, 71(1), 141-164.
- McPake, B., Russo, G., Hipgrave, D., Hort, K. und Campbell, J. (2016).** Implications of Dual Practice for Universal Health Coverage, *Bulletin of the World Health Organization*, 94(2), 142-146.
- Meyer, E. und Rees, R. (2012).** Watchfully Waiting: Medical Intervention as an Optimal Investment Decision, *Journal of Health Economics*, 31(2), 349-358.
- Moscelli, G., Siciliani, L., Gutacker, N., Cookson, R. (2018).** Socioeconomic Inequality of Access to Healthcare: Does Choice explain the Gradient?, *Journal of Health Economics*, 57, 290-314.

National Organization for Health Care Services (EOPYY) (2021). The Greek Health System, online verfügbar unter: https://eu-healthcare.eopyy.gov.gr/en/2_1.aspx, abgerufen am 09.08.2021.

Neupert, I. und Pieper, C. (2020). Menschen ohne Krankenversicherung – Prävalenz und Rückführung in die sozialen Sicherungssysteme durch den Sozialdienst am Beispiel des Universitätsklinikums Essen, *Gesundheitswesen*, 82(12), 955-960.

Newton, M., Scott, K. und Troein, P. (2021). EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2020 Survey, April 2021, IQVIA.

Nyman, J. A. (1999). The Value of Health Insurance: The Access Motive, *Journal of Health Economics*, 18(2), 141-152.

Odone, A., Buttigieg, S., Ricciardi, W., Azzopardi-Muscat, N. und Staines, A. (2019). Public Health Digitalization in Europe: EUPHA vision, action and role in digital public health, *European Journal of Public Health*, 29(3), 28-35.

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

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

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

OECD (2021). OECD Health Statistics 2021 (database).

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

OECD/EU (2020). Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris.

Paasche-Orlow, M. K. und Wolf, M. S. (2007). The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes, *American Journal of Health Behavior*, 31(Supplement 1), S19-S26.

Patel, P. und Thomas, C. (2021). Building Back Cancer Services in England, Institute for Public Policy Research.

Pauly, M. V. (1968). The Economics of Moral Hazard: Comment, *American Economic Review*, 58(3), 531-537.

Peres, M. A., Macpherson, L. M. D., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R. et al. (2019). Oral Diseases: A Global Public Health Challenge, *The Lancet*, 394(10194), 249-260.

Pfeiffer, D. (2017). Gesundheitskarte und Telemedizin – Beispiele für die Digitalisierung, *Wirtschaftsdienst*, 97(10), 697-699.

PKV-Verband (2020). Zahlenbericht 2019, Köln.

Reibling, N., Ariaans, M. und Wendt, C. (2019). Worlds of Healthcare: A Healthcare System Typology of OECD Countries, *Health Policy*, 123(7), 611-620.

Rezayatmand, R., Pavlova, M. und Groot, W. (2013). The Impact of Out-of-Pocket Payments on Prevention and Health-Related Lifestyle: A Systematic Literature Review, *European Journal of Public Health*, 23(1), 74-79.

Rice, T., Quentin, W., Anell, A., Barnes, A. J., Rosenau, P., Unruh, L. Y. und van Ginneken, E. (2018). Revisiting Out-of-Pocket Requirements: Trends in Spending, Financial Access Barriers, and Policy in Ten High-Income Countries, *BMC Health Services Research*, 18, 371.

- Ritchie, H., Mathieu, E., Rodés-Guirao, L., Appel, C., Giattino, C., Ortiz-Ospina, E. et al. (2020).** Coronavirus Pandemic (COVID-19), online verfügbar unter OurWorldInData.org, abgerufen unter: <https://ourworldindata.org/coronavirus> (Onlinequelle).
- Rokicki, T., Perkowska, A. und Ratajczak, M. (2021).** Differentiation in Healthcare Financing in EU Countries, *Sustainability*, 13, 251.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) (2018).** Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018.
- Schölkopf, M. und Grimmeisen, S. (2020).** Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik, 4. Aktualisierte und überarbeitete Auflage, Berlin.
- Schwendicke, F., Krasowski, A., Gomez Rossi, J., Paris, S., Kuhlmeier, A., Meyer-Lückel, H. und Krois, J. (2021).** Dental Service Utilization in the Very Old: An Insurance Database Analysis from Northeast Germany, *Clinical Oral Investigations*, 25, 2765-2777.
- Sjúkratryggingar Íslands (2021).** Payment Participation System, online verfügbar unter: <https://www.sjukra.is/english/social-insurance-in-iceland/payment-participation-system/>, abgerufen am 09.08.2021.
- Sowada, C., Sagan, A. und Kowalska-Bobko, I. (2019).** Poland: Health System Review, *Health Systems in Transition*, 21(1), 1-235.
- Simonsen, N. F., Oxholm, A. S., Kristensen, S. R. und Siciliani, L. (2020).** What explains Differences in Waiting Times for Health Care across Socioeconomic Status?, *Health Economics*, 29(12), 1764-1785.
- Sørensen, K. Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. et al. (2012).** Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models, *BMC Public Health*, 12, 80.
- Sripa, P., Hayhoe, B., Garg, P., Majeed, A. und Greenfield, G. (2019).** Impact of GP Gatekeeping on Quality of Care, and Health Outcomes, Use, and Expenditure: A Systematic Review, *British Journal of General Practice*, 69(682), e294-e303.
- Sudore, R. L., Metha, K. M., Simonsick, E. M., Harris, T. B., Newman, A. B., Satterfield, S. et al. (2006).** Limited Literacy in Older People and Disparities in Health and Healthcare Access, *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 770-776.
- Tambor, M., Klich, J. und Domagala, A. (2021).** Financing Healthcare in Central and Eastern European Countries: How Far Are We from Universal Health Coverage?, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1382.
- Thiel, R., Deimel, L., Schmidtman, D., Piesche, K., Hüsing, T., Rennoch, J. et al. (2018).** #SmartHealthSystems – Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Tuohy, C. H., Flood, C. M. und Stabile, M. (2004).** How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshaling the Evidence from OECD Nations, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29(3), 359-396.
- van der Wees, P. J., Wammes, J. J. G., Westert, G. P. und Jeurissen, P. P. T. (2016).** The Relationship Between the Scope of Essential Health Benefits and Statutory Financing: An International Comparison Across Eight European Countries, *International Journal of Health Policy and Management*, 5(1), 13-22.
- Viberg, N., Forsberg, B. C., Borowitz, M. und Molin, R. (2013).** International Comparisons of Waiting Times in Health Care – Limitations and Prospects, *Health Policy*, 112(1-2), 53-61.
- Vogler, S., Haasis, M. A., Dedet, G., Lam, J. und Pedersen, H. B. (2018).** Medicines Reimbursement Policies in Europe, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Walter, M. H. und Rädcl, M. (2021). Inanspruchnahme und Ausgaben in der zahnmedizinischen Versorgung – Eine Übersicht auf Basis von Routinedaten aus Deutschland, Bundesgesundheitsblatt, 64, 993-1000.

Weiss, D. J., Nelson, A., Vargas-Ruiz, C. A., Gligorić, K., Bavadekar, S., Gabrilovich, E. et al. (2020). Global Maps of Travel Time to Healthcare Facilities, Nature Medicine, 26(12), 1835-1838.

WHO (2019). Can People afford to pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Europe, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Wild, F. und Kozica, D. (2021). E-Health-Anwendungen im Ländervergleich, WIP-Kurzanalyse September 2021.

Williams II, R. D., Shah, A., Doty, M. M., Fields, K. und FitzGerald, M (2021). The Impact of COVID-19 on Older Adults: Findings from the 2021 International Health Policy Survey of Older Adults, online verfügbar unter: <https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2021/sep/impact-covid-19-older-adults>, abgerufen am 22.09.2021.

Winkelmann, J., Henschke, C., Scarpetti, S. und Panteli, D. (2020). Dental Care in Europe: Financing, Coverage and Provision, European Journal of Public Health, 30(Supplement_5), ckaa165.985.

WIP-Veröffentlichungen seit 2012

COVID-19-Todesfälle – Häufigkeit im Verhältnis zu anderen Todesursachen, WIP-Kurzanalyse Januar 2022, Frank Wild, Larissa Tembrink

Optionen zur Stabilisierung der Einnahmesituation der Sozialversicherungen, WIP-Analyse Dezember 2021, Thies Büttner, Martin Werding, ISBN 978-3-9821682-9-6

Entwicklung der Prämien- und Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2012-2022, WIP-Kurzanalyse November 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Bürgerversicherung oder Finanzausgleich? Keine Lösungen für die demografischen Herausforderungen in der Pflege, WIP-Kurzanalyse Oktober 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Ambulant-ärztliche Versorgung – Ein Blick ins westeuropäische Ausland, WIP-Analyse September 2021, Günter Neubauer, Christof Minartz (IfG), Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-7-2

E-Health-Anwendungen im Ländervergleich, WIP-Kurzanalyse September 2021, Frank Wild, Daria Kozica

Europäische Gesundheitssysteme in der COVID-19-Pandemie: Ein vergleichender Überblick, WIP-Analyse Juli 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-6-5

Langfristige Finanzierungslasten durch kurzfristige Neuregelungen in der Pflegeversicherung, WIP-Kurzanalyse Juni 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von Privatversicherten – Jahresbericht 2020, WIP-Analyse April 2021, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-5-8

Finanzielle Auswirkungen der Pläne einer Pflegereform 2021, WIP-Kurzanalyse April 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Die zukünftige Entwicklung der GKV-Finzen – Ein Beitrag zur Diskussion um erhöhte Steuerzuschüsse, WIP-Kurzanalyse März 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Umsetzung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die vertragsärztliche Kollektivversorgung und in die privatärztliche ambulante Versorgung, Anke Walendzik, Carina Abels, Jürgen Wasem, ISSN 2702-1343, erschienen MWV-Verlag, März 2021

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2020 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-95466-578-5, erschienen MWV-Verlag, November 2020

Eigenanteile in der stationären Pflege nach regionaler Verteilung und Trägerschaft, WIP-Analyse 5/2020, Christine Arentz, Sonja Hagemeister

Überblick über die Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2011-2021, WIP-Kurzanalyse Oktober 2020, Sonja Hagemeister, Frank Wild

Abschätzung der in Zukunft benötigten Steuermittel für die geplante Pflegereform des Bundesministeriums für Gesundheit, WIP-Kurzanalyse Oktober 2020, Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von Privatversicherten – Jahresbericht 2020, WIP-Analyse 4/2020, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-3-4

Vergleich europäischer Gesundheitssysteme in der Covid-19-Pandemie, WIP-Analyse 3/2020, Christine Arentz, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-2-7

HIV-Report: Epidemiologische und gesundheitsökonomische Entwicklungen bei Privatversicherten, WIP-Analyse 2/2020, Christian O. Jacke, Nicholas Heck-Großek, ISBN 978-3-9821682-1-0

Entwicklung des Absatzes opioidhaltiger Arzneimittel in der PKV, WIP-Kurzanalyse April 2020, Nicholas Heck-Großek

Zugang zu onkologischen Medikamenten – ein europäischer Vergleich, WIP-Analyse 1/2020, Devora Yordanova, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-0-3

- Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2019 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, WIP-Analyse 5/2019, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeyer, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-9-9
- Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2010-2010, WIP-Kurzanalyse Dezember 2019, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild
- Bewertung des Reformvorschlags „Die Pflegeversicherung als Vollversicherung“, WIP-Kurzanalyse Oktober 2019, Christine Arentz, Frank Wild,
- Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2019, WIP-Analyse 4/2019, Sonja Hagemeyer, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-8-2
- Die versteckte Verschuldung der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse 3/2019, Christine Arentz, Maik Moritz, Holger Eich, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-7-5
- Szenarien zur zukünftigen Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse 2/2019, Christine Arentz, ISBN 978-3-9818269-6-8
- Pflegefinanzierung im gesellschaftlichen Kontext denken, WIP-Kurzanalyse April 2019, Christine Arentz, Frank Wild
- Verschreibung cannabinoidhaltiger Arzneimittel, WIP-Kurzanalyse März 2019, Christian O. Jacke
- Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) – Eine Analyse der Arzneimittelverordnungsdaten in der PKV 2006 bis 2016, WIP-Analyse 3 1/2019, Tina Lohse, Christian O. Jacke, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-4-4
- Überblick über die Entwicklung der Leistungsausgaben und der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2009 bis 2019, WIP-Analyse 4/2018, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild, ISBN 978-9818269-5-1
- Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2018 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, WIP-Analyse 3/2018, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeyer, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-3-7
- Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2018, WIP-Analyse 2/2018, Sonja Hagemeyer, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-2-0
- Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006 – Analyse der Reform und ihrer Auswirkungen, WIP-Analyse 1/2018, Christine Arentz
- Wartezeiten auf Arzttermine: Eine methodische und empirische Kritik der Debatte, WIP-Diskussionspapier 3/2017, Verena Finkenstädt
- Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern, WIP-Diskussionspapier 2/2017, Christine Arentz
- Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2017 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Christian O. Jacke, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-1-3
- Die Bedeutung der Privatversicherten für Apotheken, WIP-Kurzanalyse 1/2017, Frank Wild
- Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV – Jahresbericht 2017, WIP-Diskussionspapier 1/2017, Sonja Hagemeyer, Frank Wild
- Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung – Ein europäischer Überblick, Verena Finkenstädt, ISBN 978-3-9818269-0-6
- Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV – Eine Analyse auf Basis der Daten von 2006-2014, WIP-Diskussionspapier 1/2016, Frank Wild
- Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung, WIP-Kurzanalyse 3/2016, Frank Wild, Christine Arentz
- Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV, WIP-Kurzanalyse 2/2016, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild
- Die Heilmittelversorgung der Privatversicherten im Jahr 2014 – Mehrumsatz und Unterschiede zur GKV, WIP-Kurzanalyse 1/2016, Verena Finkenstädt

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

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

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

Ausgaben der Privatversicherten für ambulante Hebammenleistungen, WIP-Diskussionspapier 3/2015, Frank Wild

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

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013, WIP-Diskussionspapier 2/2015, Frank Niehaus

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

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2013 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-8-4

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

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

Die Arzneimittelversorgung bei Multipler Sklerose in der PKV, WIP-Diskussionspapier 1/2014, Frank Wild

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

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

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

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

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

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

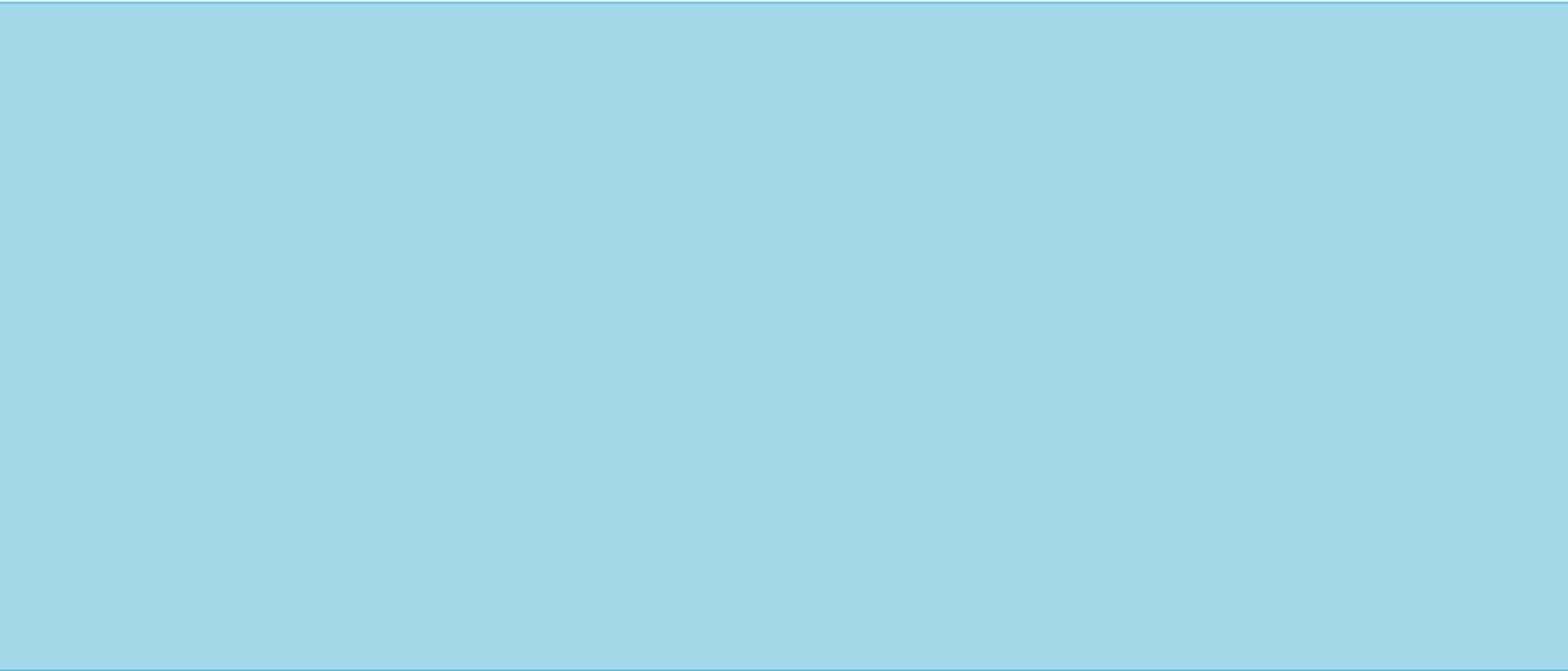
Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln als Folge von Innovationen, Eine Analyse der Verordnungen von monoklonalen Antikörpern in der PKV, WIP-Diskussionspapier 4/2012, Frank Wild

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

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

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

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



WIP

Wissenschaftliches
Institut der PKV