

Diskriminierung im deutschen Krankenversicherungssystem: Werden gesetzlich Versicherte bei der Terminvergabe von Fachärzten benachteiligt?

Breitenbach, Andrea; Heinrich, Marco

Erstveröffentlichung / Primary Publication

Arbeitspapier / working paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Breitenbach, A., & Heinrich, M. (2023). *Diskriminierung im deutschen Krankenversicherungssystem: Werden gesetzlich Versicherte bei der Terminvergabe von Fachärzten benachteiligt?*. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-85085-2>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Diskriminierung im deutschen Krankenversicherungssystem: Werden gesetzlich Versicherte bei der Terminvergabe von Fachärzten benachteiligt?

Andrea Breitenbach* und Marco Heinrich**

Zusammenfassung

Lange Wartezeiten auf Facharzttermine sind in Deutschland in vielen Praxen an der Tagesordnung, obwohl sie eine große Belastung für Patienten darstellen. Eine in diesem Zusammenhang wiederkehrenden Diskussionen betrifft das duale Versicherungssystem, das sich durch das Nebeneinander der Gesetzlichen und der Privaten Krankenversicherung auszeichnet. Gegner des zweigliedrigen Systems argumentieren, dass privat Versicherte eine bessere medizinische Behandlung erhalten als gesetzlich versicherte Patienten und sich das beispielsweise in unterschiedlichen Wartezeiten bei Ärzten widerspiegelt. Mit einem Mixed-Methods-Design wird in dieser Studie erforscht, ob bei der Terminvergabe von Fachärzten eine Diskriminierung von gesetzlich versicherten Patienten gegenüber privat versicherten Patienten stattfindet. Ein Feldexperiment diente zur Erfassung der Wartezeiten auf Facharzttermine in deutschen Großstädten. Pro Praxis wurden zwei Anrufe getätigt. Einmal gaben sich die Anrufer als gesetzlich versichert und beim zweiten Anruf als privat versichert aus. Die Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede in den Wartezeiten. Gesetzlich Versicherte warten durchschnittlich 15 Tage länger auf einen Termin als privat Versicherte. Eine sich anschließende qualitative Expertenbefragung in Arztpraxen erfasste die Hintergründe für die Ungleichbehandlung. Hierbei scheinen wirtschaftliche Motive der Hauptgrund für die Diskriminierung zu sein. Bei gesetzlich Versicherten werden erbrachte Leistungen nicht im gleichen Maße vergütet wie bei privat Versicherten. Dies schafft möglicherweise Anreize zur Diskriminierung bei der Terminvergabe bei Fachärzten.

Schlüsselwörter: Wartezeit bei Fachärzten, duales Krankenversicherungssystem, Feldexperimente, Mixed-Methods, Institutionelle Diskriminierung

* Institut für Soziologie, Methoden der empirischen Sozialforschung, Philipps-Universität Marburg, Ketzerbach 11, 35032 Marburg, andrea.breitenbach@staff.uni-marburg.de, ORCID ID 0000-0003-0909-9599

** Fakultät für Sozialwissenschaften, Technische Hochschule Nürnberg Georg Simon Ohm, Postfach, 90121 Nürnberg, marco.heinrich@th-nuernberg.de

Discrimination in the German Health Insurance System: Are patients with statutory health insurance being disadvantaged when making appointments with medical specialists?

Abstract

Long waiting times for appointments with medical specialists are the norm in many practices in Germany, although they represent a burden for patients. One of the recurring discussions in this context concerns the German dual insurance system: Critics of this system argue that privately insured receive better medical treatment than those with the statutory type and that this is reflected, for example, in shorter waiting times at doctors' offices. Using a mixed-methods design, this study examines whether patients with statutory insurance are discriminated against compared to those with private insurance when it comes to appointments with medical specialists. A field experiment was used to record waiting times for appointments with medical specialists in major German cities. The results show that, on average, those with statutory health insurance wait 15 days longer for an appointment than those with the private type. A qualitative expert survey recorded the factors involved in the unequal treatment. Economic motives seem to be the main reason for discrimination. Services provided to people with statutory health insurance are not remunerated to the same extent as those supplied to privately insured patients. It is possible that this creates incentives for discrimination in the allocation of appointments with medical specialists.

Keywords: Waiting time for specialists, dual health insurance system, field experiments, mixed methods, institutional discrimination

1 Einleitung

„Gesundheit ist einer der gesellschaftlichen Bereiche mit traditionell hohen Zustimmungswerten für Solidarität und Gleichheit“ (Wasem 2018, S. 42).

Mit diesem Satz adressiert Jürgen Wasem eine immer wieder aufkommende gesundheitspolitische Debatte über mögliche Tendenzen ungleicher Behandlung im deutschen Gesundheitswesen. Denn wenn den Prinzipien Solidarität und Gleichheit tatsächlich ein hoher Wert beigemessen wird, so sind auch gleiche Zugangschancen für alle Teile der Bevölkerung wünschenswert. Im Kern der Debatte stehen das Krankenversicherungssystem in Deutschland und dessen Aufteilung in gesetzliche und private Krankenversicherungen. Es wird diskutiert, ob der Versicherungsstatus Einfluss auf die Zugangschancen der Bevölkerung zu Maßnahmen der Versorgung und Behandlung von Krankheiten nimmt. Zumeist wird dabei argumentiert, dass Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherungen benachteiligt werden. Veranschaulichen lässt sich die Debatte durch die Darstellung zweier Standpunkte.

Auf der einen Seite wird, beispielsweise unter dem Slogan „Ein Versorgungssystem, zwei Versicherungssysteme“ (Finkenstädt 2018, S. 10), argumentiert, dass der Versicherungsstatus bei der medizinischen Behandlung keine Rolle spiele.¹ Der Zugang zu medizinischer Versorgung, Medikamenten und anderen Mitteln stehe für die PatientInnen beider Versicherungssysteme gleichermaßen zur Verfügung (vgl. Finkenstädt 2018, S. 10).² Auf der anderen Seite werden das Bestehen einer „Zweiklassenmedizin“ (Lauterbach 2007, S. 58ff.) und damit eine Benachteiligung der gesetzlich versicherten PatientInnen beim Zugang zum Versorgungssystem postuliert. Anhänger dieses Ansatzes fordern deshalb eine Reform des dualen Krankenversicherungssystems.

Diese Studie untersucht durch ein Mixed-Methods-Design die Zugangschancen der gesetzlich und privat Versicherten. In einem Feldexperiment und einer anschließenden qualitativen ExpertInnenbefragung versucht es einen Beitrag zur Erforschung dieser Thematik zu leisten. Ziel dieser Studie ist es, die Zugangschancen zum Gesundheitswesen der gesetzlich Versicherten mit denen der privat Versicherten anhand deren Wartezeiten auf Facharzttermine zu vergleichen, um festzustellen, ob es zu einer ungleichen Verteilung der Wartezeiten bei der Terminvergabe kommt. Hierfür wurde im Rahmen eines Forschungsseminars ein Feldexperiment durchgeführt.

Zumeist wird den getesteten TeilnehmerInnen bei Feldexperimenten keine Möglichkeit zur Begründung ihres Handelns gegeben. Dies ist in dieser Arbeit nicht der Fall, da in einer

1 Verband der Privaten Krankenversicherung.

2 Im Text wird das generische Maskulinum verwendet. Gemeint sind jedoch immer alle Geschlechter.

anschließenden Umfrage ÄrztInnen und medizinischen FachangestelltInnen von Arztpraxen, die in der Stichprobe des Experiments enthalten sind, die Möglichkeit geboten wurde, ihr Handeln zu bewerten, zu begründen und mögliche Alternativvorschläge zu unterbreiten.

Aus der Zielsetzung der Arbeit ergeben sich die Fragestellungen dieses Beitrags: *Findet bei der Terminvergabe von FachärztInnen eine Diskriminierung von gesetzlich versicherten PatientInnen gegenüber privat versicherten statt, und falls ja, welche Gründe führen die ÄrztInnen und Fachangestellten dafür an?*

Nachfolgend werden zunächst aktuelle Forschungsergebnisse thematisch relevanter Studien vorgestellt und der Ansatz der institutionellen Diskriminierung eingeführt (Kapitel 2). Auf die Beschreibung des Forschungsdesigns dieser Studie (Kapitel 3) folgt die Ergebnisdarstellung (Kapitel 4). Zuletzt werden die Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert (Kapitel 5).

2 Theorie und Forschungsstand

2.1 Feldexperimente und Umfragestudien zu Wartezeiten bei Ärzten

In der Forschungsliteratur sind zwei vorherrschende Methoden vorzufinden, mit deren Hilfe die Wartezeiten auf Behandlungstermine analysiert werden: Erstens durch Feldexperimente, die auf Grundlage eines experimentellen Designs Terminvergabe und Wartezeit direkt durch Anrufe der Forschenden ermitteln, und zweitens durch empirische Studien, die auf Umfragedaten von PatientInnen zurückgreifen.

In den vergangenen beiden Jahrzehnten wurden nur sehr wenige Feldexperimente durchgeführt, die sich der Thematik annahmen. Zunächst werden die beiden Feldexperimente vorgestellt, die ebenfalls die Wartezeiten bei FachärztInnen untersuchten.

Im Jahr 2006 führten die Autoren um Markus Lungen (2008) ein Feldexperiment in den Großstädten Köln, Leverkusen und Bonn durch. Sie kontaktierten Arztpraxen verschiedener Fachgebiete per Telefon und vereinbarten Behandlungstermine, wobei den AnruferInnen per Zufall der Status eines privat beziehungsweise gesetzlich Versicherten zugewiesen wurde. Nach einem Mittelwertvergleich konnte festgestellt werden, dass die Wartezeit gesetzlich Versicherter im Schnitt ca. dreimal so lange war wie die von privat Versicherten (vgl. Lungen et al. 2008, S. 4).³ Differenzen konnten in allen Fachbereichen nachgewiesen werden und waren – mit Ausnahme der Allergologie – hoch signifikant (vgl. Lungen et al. 2008, S. 5).

³ Die durchschnittliche Wartezeit für gesetzlich Versicherte betrug 21,8 Werkstage, für privat Versicherte 7,1 Werkstage (eigene Berechnungen nach Lungen et al. 2008, S. 5).

In den Jahren 2014 und 2016 wurde das Experiment nach dem Design von Längen et al. von den Autoren um Nils Heinrich (2017) wiederholt. Die allesamt signifikanten Ergebnisse zeigen, dass gesetzlich Versicherte im Jahr 2014 eine ca. zweimal so lange Wartezeit wie privat Versicherte aufwiesen. Im Jahr 2016 warteten sie sogar fast viermal solange (vgl. Heinrich et al. 2017, S. 385).

Zwei weitere relevante Feldexperimente wurden im stationären Bereich von Krankenhäusern durchgeführt: In der Untersuchung von Dirk Sauerland et al. (2009) erfolgte die Nennung des Versicherungsstatus der AnruferInnen nur, wenn dieser von den zufällig ausgewählten Krankenhäusern explizit erfragt wurde. Somit konnten bereits im Vorfeld Krankenhäuser ausgeschlossen werden, bei denen der Versicherungsstatus keine Rolle spielte. Die hochsignifikanten Ergebnisse zeigten, dass die Wartezeit in den Krankenhäusern im Durchschnitt geringer als bei FachärztInnen ist. Dennoch erhielten privat Versicherte dort schneller einen Termin als gesetzlich Versicherte (vgl. Sauerland et al. 2009, S. 91f.). Auch die Autoren um Christoph Schwierz (2011), die ein ähnliches Forschungsdesign wählten, ermittelten signifikante Werte, die eine Benachteiligung von gesetzlich gegenüber privat Versicherten in Krankenhäusern nahelegen (vgl. Schwierz et al. 2011, S. 410).

Neben Feldexperimenten wurden einige empirische Studien durchgeführt, die auf Daten von PatientInnenumfragen zurückgreifen. Die Autoren Brit und Udo Schneider (2012) verwenden in ihrer Studie Daten des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann-Stiftung aus den Jahren 2007-2009 (N=4901). Unter Kontrolle von sozioökonomischen Faktoren konnte aus ihren Berechnungen eine signifikante Differenz der Wartezeiten auf Facharzttermine von etwa 8 Tagen ermittelt werden, die zum Nachteil der gesetzlich Versicherten ausfiel (vgl. Schneider und Scheider 2012, S. 73ff.).

Die Autorengruppe um Kathrin Roll (2012) untersuchte die Wartezeiten sowohl von PatientInnen bei FachärztInnen (N=4626) als auch bei HausärztInnen (N=5122). Sie verwendeten Daten des Bertelsmann Foundation Healthcare Monitors von 2007 bis 2009. In Facharztpraxen warteten PrivatpatientInnen neun Tage (56%) weniger auf einen Termin als gesetzlich Versicherte, bei HausärztInnen etwa einen Tag (33%) weniger (vgl. Roll et al. 2012, S. 624).

Weitere Untersuchungen wurden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV (2018, S. 9) durch telefonische Befragungen durchgeführt. Auch hier treten Unterschiede der Wartezeiten zwischen privat und gesetzlich Versicherten zutage, welche vor allem bei FachärztInnen am deutlichsten ausgeprägt sind.

Zusammenfassend deuten die bisher veröffentlichten Beiträge, unabhängig von der Erhebungsmethode, auf eine benachteiligende Behandlung gesetzlich Versicherter bei der

Terminvergabe hin. In diesem Beitrag soll aufgezeigt werden, dass es sich bei der Benachteiligung gesetzlich Versicherter um institutionelle Diskriminierung handelt. Das folgende Kapitel dient der Ausführung dieser Annahme.

2.2 Institutionelle Diskriminierung

Im Allgemeinen bezeichnet *Diskriminierung* die ungleiche, zumeist benachteiligende Behandlung von Menschen aufgrund von Merkmalen, „die weder zu den individuellen Fähigkeiten oder Verdiensten noch zum konkreten Verhalten der individuellen Person in Beziehung stehen“ (Schütz 1957/2011, S. 217). Diskriminierung findet folglich statt, wenn Menschen aufgrund bestimmter Merkmale eine Gruppenzugehörigkeit unterstellt wird und aufgrund dieser Unterscheidung eine Ungleichbehandlung stattfindet, die für die Angehörigen der vermeintlichen Gruppen negative Konsequenzen hat. Diese Merkmale umfassen beispielsweise das Geschlecht, die Hautfarbe, Religionszugehörigkeit oder sexuelle Orientierung. Der *Gender Pay Gap* verweist beispielsweise auf die durchschnittlich geringere Bezahlung von Frauen im Vergleich zu ihren männlichen Pendanten (vgl. Geisberger und Glaser 2017, S. 460) und offenbart geschlechtsbezogene Diskriminierungsverhältnisse auf dem Arbeitsmarkt. BewerberInnen mit türkisch-klingenden Nachnamen haben geringere Zugangschancen zu Wohnraum und werden somit auf dem Wohnungsmarkt diskriminiert (vgl. Auspurg et al. 2017, S. 33).

Diskriminierung kann allerdings auch in erweiterter Form verstanden werden. Neben der ethnischen, rassistischen und geschlechtsbezogenen Diskriminierung werden unter dem Begriff der *institutionellen Diskriminierung* Benachteiligungen in institutionellen Kontexten erfasst (vgl. Scherr 2017, S. 44). In den 1970er Jahren definierte der Soziologe Rodolfo Alvarez (1979, S. 2) institutionelle Diskriminierung als ein „set of social processes through which organizational decision making, either implicitly or explicitly, results in a clearly identifiable population receiving fewer psychic, social, or material rewards per quantitative and/or qualitative unit of performance than a clearly identifiable comparison population within the same organizational constraints“. In dieser Arbeit sollen die Wartezeiten auf Behandlungstermine bei FachärztInnen als eine solche Leistung verstanden werden. Zur Erforschung der institutionellen Diskriminierung im Krankenversicherungssystem orientiert sich diese Studie an einem zweistufigen Ansatz, den Mechtild Gomolla in Anlehnung an Alvarez (1979) entwickelt und der im folgenden Kapitel ausgeführt wird.

3 Datenerhebung und Auswertungsmethoden

Das Forschungsdesign der vorliegenden Studie basiert auf einem Mixed-Methods Ansatz, wobei sich der Forschungsprozess, in Anlehnung an Gomolla (2010, S. 79), in zwei Schritte gliedert: Im ersten Schritt erfolgte die Überprüfung der Forschungshypothese bezüglich der Wartedauer auf einen Termin bei einer Facharztpraxis durch ein Feldexperiment (vgl. Wolbring und Keuschnigg 2015). Im zweiten Schritt wurden die im ersten Schritt gefundenen Resultate durch eine Umfrage per Fragebogen bei den im Feldexperiment getesteten Arztpraxen qualitativ erweitert. Dieses zweistufige Vorgehen ermöglicht es, die Ergebnisse des Feldexperiments durch eine Stellungnahme der TeilnehmerInnen zu erweitern. Das zweistufige Vorgehen soll eine Verknüpfung von „subjektorientier[ten] und strukturbezogenen Untersuchungen“ (Gomolla 2017, S. 151) ermöglichen, um die Beziehung zwischen den Strukturen der Organisationen, in denen institutionelle Diskriminierung stattfindet, und den Akteuren, die in den organisatorischen Strukturen handeln, aufzuzeigen. Für den ersten Schritt werden „statistische Indikatoren“ (Gomolla 2010, S. 44) identifiziert, die die Erfassung des Forschungsproblems ermöglichen. In Form von „*statistischen Vergleichsmaße[n]* und *Vergleichsverfahren*“ (Gomolla 2010, S. 79) adressieren diese die Ungleichbehandlung zweier Gruppen. Durch die Verwendung der Indikatoren soll aufgezeigt werden, „dass bestimmte soziale Gruppen systematisch weniger Belohnungen oder Leistungen erhalten als klar identifizierbare Vergleichsgruppen“ (Gomolla 2010, S. 79).

Der methodische Zugang zum Forschungsfeld erfolgte in dieser Studie durch die Erfassung der Wartezeit auf Facharzttermine als Indikator für die Zugangschancen der Versicherten zum Versorgungssystem. Mehrere Gründe führten zur Auswahl dieses Indikators. Zum einen ist die Verwendung der Wartezeit praktikabel, da sie leichter messbar und damit quantifizierbarer ist als denkbare Alternativen. Zum anderen gilt eine angemessene Wartezeit durchaus als Qualitätsmerkmal für ein funktionierendes Gesundheitssystem (vgl. Finkenstädt 2017, S. 5). Denn lange Wartezeiten können erwiesenermaßen zu Ängsten, vermehrten Schmerzen und einer allgemeinen Verschlechterung des Gesundheitszustands der PatientInnen führen (vgl. Siciliani et al. 2013, S. 29). Für den zweiten Schritt empfiehlt Gomolla (2010, S. 79), durch anschließende „qualitative Untersuchungen“ einen vertiefenden Einblick in das Forschungsproblem zu erhalten. Qualitative Befragungen sollen demnach einerseits Einblicke in das Zustandekommen der Diskriminierung im Handeln der Akteure und andererseits in die strukturellen Bedingungen, die das diskriminierende Verhalten der Akteure befördern, ermöglichen (vgl. Gomolla 2010, S. 79). Im Folgenden werden die beiden Vorgehensweisen eingehend besprochen.

3.1. Feldexperiment zu Wartezeiten

Die Daten für die Untersuchung wurden anhand eines Feldexperiments im Rahmen eines zweisemestrigen studentischen Forschungsprojekts (WiSe 2018/2019 und SoSe 2019) erhoben. Die Studierenden des Seminars waren an der Erarbeitung des Untersuchungsdesigns und der Datenerhebung beteiligt. Aufgrund begrenzter Kapazitäten und zur Vermeidung eines zu komplexen Sachverhaltes wurde die Stichprobenauswahl auf zwei Fachgebiete – die Dermatologie und die Neurologie – sowie auf Großstädte begrenzt. Eine Liste von allen deutschen Großstädten mit mindestens 100 000 Einwohnern diente als Auswahlgesamtheit. Per Zufallsauswahl wurden von den 80 Städten 41 ausgewählt und anschließend auf Basis des Online-Telefonbuchs *Gelbe Seiten* eine Zufallsstichprobe der Arztpraxen auf Basis der Städteliste gezogen: Diese umfasste 410 Praxen, pro Stadt 5 DermatologInnen und 5 NeurologInnen. Danach erfolgte die Zuteilung der Studierenden zu den Städten per Zufallsaufteilung.

Im Zeitraum vom 15. April bis 17. Mai 2019 führten die SeminarteilnehmerInnen Telefonate durch, die dazu dienten, einen Termin bei FachärztInnen zu erhalten. Der Ablauf der Anrufe erfolgte anhand eines eigens für das Feldexperiment erstellten Anrufprotokolls. Pro Praxis wurden von jedem Studierenden zwei Anrufe getätigt: Beim ersten Anruf gab sich die anrufende Person als gesetzlich versichert und beim zweiten Anruf als privat versichert aus. Zwischen dem ersten und dem zweiten Anruf sollte nicht mehr als eine Woche liegen. Am Tag nach dem zweiten Anruf bei einer Arztpraxis wurde ein weiterer Anruf durchgeführt, um die Termine wieder abzusagen und damit die Kapazitäten der Praxen nicht unnötig weiter zu belegen.⁴ Der genaue Wortlaut der Anrufe ist Abbildung 1 zu entnehmen.

⁴ Falls Termine innerhalb von wenigen Tagen stattfinden sollten, wurden diese kurz nach dem Telefonat wieder abgesagt.

Abbildung 1: Wortlaut des Einstiegstexts

Bei DermatologInnen

„Guten Tag mein ist Schmidt/Meier. Ich war noch nie bei Ihnen und bin Privatpatient/Kassenpatient. Ich möchte gerne einen Termin zur/für eine Hautkrebsuntersuchung ausmachen. Könnte ich bitte sobald wie möglich einen Termin erhalten?“

Bei NeurologInnen

„Guten Tag mein ist Schmidt/Meier. Ich war noch nie bei Ihnen und bin Privatpatient/Kassenpatient. Ich möchte gerne einen Termin ausmachen. Ich habe ständig Kopfschmerzen. Könnte ich bitte sobald wie möglich einen Termin erhalten?“

Die Wahl der Krankheitsbilder erfolgte so, dass es sich zwar nicht um einen akuten Notfall handelt, aber dennoch eine Untersuchung vorgenommen werden muss. Dies wurde vor dem Hintergrund beschlossen, dass ÄrztInnen bei akuten Notfällen gesonderte Termine vergeben und somit häufig keine Wartezeiten anfallen. Von Interesse waren jedoch die allgemeinen Wartezeiten bei den FachärztInnen. Als Krankheitsbild bei dermatologischen Arztpraxen diente ein fransiger Leberfleck und damit die Sorge über Hautkrebs, bei neurologischen Arztpraxen das ständige Auftreten von Kopfschmerzen. Bereits im Eingangsstimulus wurde der Versicherungsstatus der vermeintlichen PatientInnen genannt. Diese Vorgehensweise folgt dem Vorbild der Feldexperimente von Lungen et al. (2007, S. 2) sowie Heinrich et al. (2018, S. 381), um sicherzustellen, dass der Versicherungsstatus bei der Verteilung der Termine in jedem Fall berücksichtigt wird.

Tabelle 1: Stichprobenauswahl

	Alle	Ost	West
Anzahl realisierte Anrufe	708	141	567
Anzahl realisierte Erstkontakte	623	125	498
Terminvergaben realisiert	429	68	361

Auf Grundlage der Stichprobe von 410 Praxen konnten im Erhebungszeitraum insgesamt 708 Anrufversuche (siehe Tabelle 1) statt der geplanten 820 getätigt werden. Die fehlenden 112

Anrufe sind u.a. auf Krankheit der Studierenden im Erhebungszeitraum oder fehlende Angaben zurückzuführen. Von den 708 Anrufen konnten 623 erfolgreiche Erstkontakte hergestellt werden (siehe auch Tabelle 3). Auf 623 Erstkontakte folgten in 429 Fällen (68,9 %) Terminvergaben.

Bei 279 Anrufen von 708 Anrufversuchen (39,4%) fand keine Terminvergabe statt. Tabelle 2 zeigt die Gründe auf, warum kein Termin für den Facharztbesuch vereinbart und warum einige (insgesamt 85) Erstkontakte nicht realisiert wurden. Die häufigste Ursache stellte ein allgemeiner Aufnahmestopp (43,7%) dar. Danach folgten das Nicht-Erreichen der Praxis per Telefon, respektive die Nicht-Existenz der Telefonnummer (19,7%). 8,6% der Anrufer erhielten keine Termine, da es sich um reine Privatpraxen handelte. Dass die kontaktierte Praxis in einem anderen Fachgebiet als der Dermatologie oder Neurologie angesiedelt ist, war Grund für ebenfalls 8,6% der Absagen. Bei den unterschiedlichen Ergebnissen der Anrufe sticht die Kategorie „Aufnahmestopp“ heraus. Es stellte sich nun die Frage, ob ein Aufnahmestopp häufiger bei gesetzlich Versicherten als bei Privatversicherten genannt wurde. Mittels des Vergleichs der Kategorie „Aufnahmestopp“ nach dem Versichertenstatus zeigt sich, dass 21,8% der gesetzlich und 15,7% der privat Versicherten aus diesem Grund keinen Termin erhielten. Die Ergebnisse sind aber nicht signifikant.⁵

Als abhängige Variable zur Messung der Wartezeit diente die Zeitdauer zwischen dem Anruf und dem erhaltenen Termin in Tagen. Unabhängige Variablen bildeten die Facharzttrichtungen (Dermatologie/Neurologie und der Versicherungsstatus (GKV/PKV)), das Gebiet der Erhebung (Ost/West) und die Stadtgröße. Wobei Großstädte über 500 000 Einwohner als „Große-Großstädte“, Städte über 100 000 und unter 500 000 Einwohnern als „Kleine-Großstädte“ zusammengefasst wurden. Zudem erfolgte eine Aufteilung der Städte nach dem Erhebungsgebiet („Ostdeutschland“ und „Westdeutschland“). Zur Beschreibung der Daten dienten deskriptive Statistiken und anschließend Mittelwertvergleiche. Da die Gruppen nicht normalverteilt sind, kam zur Überprüfung der Hypothese der U-Test nach Mann-Whitney infrage. Außerdem wurde das arithmetische Mittel Wartezeit in Tagen, die entsprechende Standardabweichung und weitere Kennzahlen für jede Versicherungsart berechnet.

⁵ Überprüft mittels eines Chi-Quadrat-Test: (p-Value) = 0.052.

Tabelle 2: Gründe für die Exklusion

Grund für Exklusion	Häufigkeit	Häufigkeit (in %)
Aufnahmestopp	122	43,7
Nicht erreichbar/Nummer existiert nicht	55	19,7
Reine Privatpraxis	24	8,6
Anderes Fachgebiet	24	8,6
Überweisung benötigt	10	3,6
Ärzte im Urlaub	9	3,2
Praxis geschlossen	8	2,9
Krankheit wird nicht behandelt	8	2,9
Keine Terminvergabe wegen offener Sprechstunde	5	1,8
Nur Online-Terminvergabe	3	1,1
Im Zeitraum nicht erreichbar	10	3,6
	N=279	

Nun unterscheiden sich die beiden untersuchten Fachgebiete in einigen entscheidenden Punkten. Erstens kann davon ausgegangen werden, dass dermatologische Praxen mit einer höheren Anzahl an Behandlungen und PatientInnen konfrontiert sind, da die dort behandelten Krankheitsbilder in der Bevölkerung häufiger vorkommen. In neurologischen Praxen hingegen sind die behandelten Krankheiten von spezieller Natur und kommen seltener vor. Dies lässt vermuten, dass in der Dermatologie deutlich mehr PatientInnen in kürzerer Zeit behandelt werden als in der Neurologie. Zweitens gibt es mehr neurologische als dermatologische Praxen in Deutschland: Nach der Ärztestatistik der Bundesärztekammer (BÄK) praktizierten 7537 NeurologInnen und 6057 DermatologInnen in Deutschland Ende 2018 (vgl. BÄK 2018, S. 4). Aufgrund dessen kann auf Differenzen in den jeweiligen Auslastungen der Praxen geschlossen werden. Genannte Argumente sprechen dafür, die Fachgebiete getrennt voneinander zu betrachten, um eine mögliche Variation im Ausmaß der Diskriminierung zu untersuchen. Es steht zur Vermutung, dass sich die Wartezeiten unterscheiden.

Der Effekt der Auslastung der Arztpraxen soll ebenfalls untersucht werden. Dieser wird maßgeblich von zwei Faktoren beeinflusst: Einerseits von der Anzahl der Arztpraxen des

gleichen Fachgebiets in einem Gebiet und andererseits durch die Bevölkerungsdichte des Gebiets. Die Ergebnisse einer PatientInnenbefragung lassen vermuten, dass die Stadtgröße die Wartezeiten auf Termine beeinflusst (vgl. Zok 2007, S. 5). Durch eine höhere Angebotsdichte sollen die Wartezeiten „mit wachsender Ortsgröße [ab]nehmen“ (Zok 2007, S. 5). Zudem scheinen „Privatversicherte mehr als gesetzlich Versicherte“ (Zok 2007, S. 6) davon zu profitieren.

Der Einfluss des Erhebungsgebiets, aufgeteilt in alte und neue Bundesländer, wird ebenfalls geprüft. Schließlich stellten vorangegangene Studien auch hier Unterschiede bei den Wartezeiten auf Termine fest. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017, S. 14) konnte beispielsweise längere Wartezeiten in den neuen als in den alten Bundesländern feststellen. Im Speziellen ist von Interesse, dass die Privatversichertenquote in den neuen Bundesländern deutlich geringer ist als in Westdeutschland, weshalb auch eine getrennte Betrachtung der Ost-West-Zugehörigkeit der Arztpraxen und dem Versicherungsstatus sinnvoll ist (vgl. Sundmacher und Ozegowski 2013, S. 33).

3.2 Gründe für die Ungleichbehandlung

Durch ein qualitatives Design sollten anschließend einerseits Einblicke in das Zustandekommen der Diskriminierung im Handeln der Akteure und andererseits in die strukturellen Bedingungen, die das diskriminierende Verhalten der Akteure befördern, ermöglicht werden. So geht Gomolla (2017, S. 144) davon aus, dass institutionelle Diskriminierung zumeist „nicht direkt zu beobachten ist“. Durch die Verwendung der Wartezeit als statistischen Indikator ist in dieser Arbeit eine direkte Beobachtung allerdings möglich. In einem zweiten Schritt wurden die im ersten Schritt gefundenen Resultate durch eine Umfrage per Fragebogen bei den im Feldexperiment getesteten Arztpraxen qualitativ erweitert. Dank dieses zweistufigen Vorgehens kann einerseits eine Diskriminierung von gesetzlich gegenüber privat Versicherten aufgeklärt und andererseits bei den ÄrztInnen und Angestellten dieser Arztpraxen – die als Experten gelten – Gründe für deren Verhalten erfragt sowie deren Meinung zu Verbesserungsmöglichkeiten festgehalten werden.

Der Fragebogen bestand sowohl aus quantitativen als auch aus qualitativen Fragen. Kontaktiert wurden die Arztpraxen, die bereits in der Zufallsstichprobe des Feldexperiments ausgewählt wurden und für die entweder eine E-Mail-Adresse oder eine Fax-Nummer auffindbar war. Die Rücklaufquote der Umfrage fiel allerdings niedrig aus (N=22 von 378 kontaktierten Praxen). Eine Selektivität der Stichprobe ist somit nicht auszuschließen. Die quantitativen Fragen waren bei der Auswertung deshalb zu vernachlässigen. Die qualitativen Fragen wurden dennoch vorsichtig interpretiert. Sie beziehen sich auf den zweiten Teil der

Forschungsfrage, der die Gründe für die Ungleichbehandlung umfasst. Die Auswertung der Ergebnisse wurde mithilfe einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung nach Mayring (2015, S. 69ff.) durchgeführt.

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse der Feldexperimente

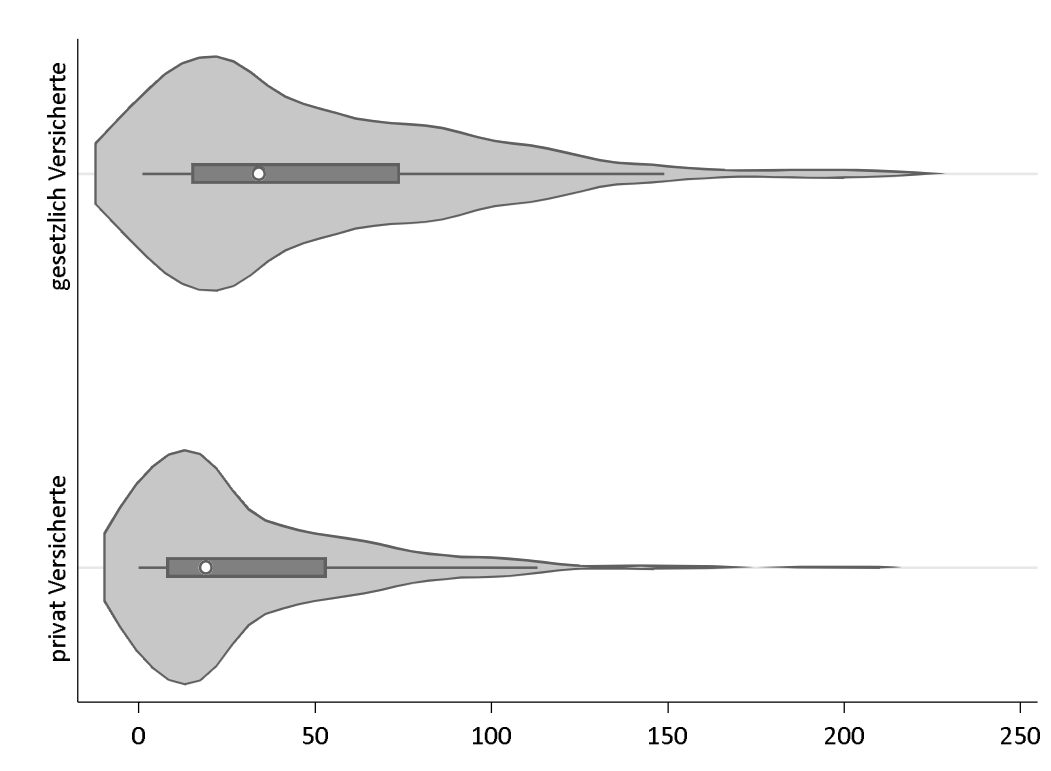
Die ausgewählten Facharztpraxen konnten 623-mal erreicht werden, wobei in 429 Fällen (65,7%) eine Terminvergabe stattfand (siehe Tabelle 3). Insgesamt erhielten 73,9% aller privat Versicherten Termine, jedoch nur 64% aller gesetzlich Versicherten. Dieser Trend bestätigt sich, wenn die Terminvergabe nach den Krankheitsbildern und Fachgebieten unterschieden wird. Zur Hautkrebsuntersuchung bekamen 78,8% der privat Versicherten beziehungsweise 71% der gesetzlich Versicherten einen Termin. Bei NeurologInnen tritt der Unterschied deutlicher zutage: 68,5% der PatientInnen mit privater Krankenversicherung, aber nur 56,8% der KassenpatientInnen konnten einen Termin vereinbaren.

In einem ersten Schritt wird nun die Forschungshypothese überprüft, dass eine Diskriminierung bei der Terminvergabe zwischen privat und gesetzlich Versicherten zum Nachteil Letzterer besteht. Beim Vergleich der Wartezeit nach dem Versicherungsstatus (siehe Abbildung 2 und Tabelle 4) ist zu erkennen, dass sich die Wartezeiten zwischen gesetzlich und privat Versicherten stark und zugleich signifikant unterscheiden. Der Median der Wartezeit bei gesetzlich Versicherten beträgt 34, der von privat Versicherten hingegen nur 19 Tage. Bei den gewählten Facharzttypen sollte die Annahme, dass es bei Wartezeiten Unterschiede gibt, überprüft werden: Die Wartezeit bei DermatologInnen ist signifikant kürzer (Median 23 Tage) als bei NeurologInnen (Median 33 Tage). Hingegen unterscheiden sich die Wartezeiten nicht signifikant, wenn nach Stadtgröße differenziert wird. Die Annahme, dass sich die Wartezeit zwischen Ost- und Westdeutschland unterscheidet, kann aber bestätigt werden. In Ostdeutschland warten die PatientInnen signifikant länger auf einen Facharzttermin (Median 33 versus 24). Die Stichprobe der ostdeutschen Städte weist auch eine deutlich größere Streuung auf als die der westdeutschen Städte (Ost=55,8; West=42,2).

Tabelle 3: Kontaktierte Praxen nach Fachgebiet und Versicherungsstatus

Fachgebiet	Krankheit der Anrufer	Art der Versicherung	Erfolgreich kontaktiert	Termin erhalten	Termin erhalten (in %)
Beide		GKV	317	203	64
		PKV	306	226	73,9
		Gesamt	623	429	68,9
Dermatologie	Hautkrebsverdacht	GKV	162	115	71
		PKV	160	126	78,8
		Gesamt	322	241	74,2
Neurologie	Ständige Kopfschmerzen	GKV	155	88	56,8
		PKV	146	100	68,5
		Gesamt	301	188	62,5

Abbildung 2: Violinplot Wartezeit in Tagen nach Versicherungsstatus



Im nächsten Schritt werden die Facharzttrichtungen (Dermatologe/Neurologe), das Gebiet der Erhebung (Ost/West) und die Stadtgröße nach dem Versicherungsstatus differenziert (siehe Tabelle 5). Sowohl bei DermatologInnen als auch bei NeurologInnen warten gesetzlich Versicherte signifikant länger. Deutliche Unterschiede zeigen sich auch bei den Perzentilen: Beispielsweise warten bei den NeurologInnen 75 % der privat Versicherten maximal 57,7 Tage, gesetzlich Versicherte hingegen bis zu 91 Tage. Ein ähnliches Bild zeichnet sich beim Vergleich der Stadtgröße ab. In Großstädten über 500 000 Einwohnern und Großstädten unter 500 000 Einwohnern liegt die Wartezeit auf einen Facharzttermin für gesetzlich Versicherte deutlich und signifikant über den der privat Versicherten. Zudem ist die Differenz der Wartezeit zwischen gesetzlich Versicherten und privat Versicherten in kleinen Großstädten deutlich höher (19,6 Tage) als in großen Großstädten (11,1 Tage). Bei der Unterscheidung nach dem Erhebungsgebiet zeigt sich in Ostdeutschland kein signifikanter Unterschied der Wartezeit zwischen gesetzlich und privat Versicherten. In Westdeutschland warten gesetzlich Versicherte hingegen signifikant länger auf einen Termin.

Tabelle 4: Wartezeit auf Termine

	Arithm. Mittel	SD	Median	Min	Max	Sig	N
<i>Versicherung</i>							
GKV	51,9	46,8	34,0	1	216	< 0,000	203
PKV	36,1	41,8	19,0	0	206		226
<i>Fachgebiet</i>							
Dermatologie	40,5	45,3	23,0	0	216	0,016	241
Neurologie	47,5	44,2	33,0	1	202		188
<i>Stadtgröße</i>							
Kl. Großstadt	43,7	47,5	23,0	0	208	0,185	237
Gr. Großstadt	43,4	41,6	29,0	1	216		192
<i>Region</i>							
Ost	57,2	55,8	33,0	2	216	0,022	68
West	41,0	42,2	24,0	0	206		361

Tabelle 5: Wartezeit auf Termine II

	Versicherungsstatus	Arithm. Mittel	SD	Differenz	Median	P25	P75	Min	Max	Sig	N
Fachgebiet											
Dermatologie	GKV	48,7	47,9	15,7	31,0	12,0	70,0	1	216	<0,000	115
	PKV	33,0	41,6		14,5	7,0	45,2	0	206		126
	Gesamt	40,5									
Neurologie	GKV	56,0	45,4	16,0	42,0	10,0	91,0	2	198	0,002	88
	PKV	40,0	42,0		25,5	17,2	57,7	1	202		100
	Gesamt	47,5									
Stadtgröße											
Kl. Großstadt	GKV	54,4	50,7	19,6	34,0	13,0	93,7	1	208	<0,000	108
	PKV	34,8	42,9		14,0	7,0	50,0	0	202		129
	Gesamt	43,7									
Gr. Großstadt	GKV	49,0	42,1	11,1	34,0	17,0	69,0	1	216	0,011	95
	PKV	37,9	40,5		25,0	9,5	56,0	1	206		97
	Gesamt	43,3									
Region											
Ost	GKV	62,0	60,7	8,6	32,5	18,5	74,5	4	216	0,743	30
	PKV	53,4	52,1		33,5	10,7	82,7	2	197		38
	Gesamt	57,2									
West	GKV	50,1	38,7	17,5	35,0	14,0	74,0	1	198	<0,000	173
	PKV	32,6	44		15,4	7,25	47,7	0	206		188
	Gesamt	41,0									

4.2 Qualitative Umfrageergebnisse

Ziel der qualitativen Befragung war, die Perspektive der ÄrztInnen und Angestellten in Arztpraxen bezüglich der (Ungleich-)Behandlung von gesetzlich und privat Versicherten zu verstehen. Der Fokus wurde einerseits auf die von den Befragten genannten Gründe für die Ungleichbehandlung gelegt und andererseits darauf, welche Veränderungen im Gesundheitssystem vorgenommen werden müssten, um diese Ungleichbehandlung zu beenden. Aus den Antworten der Befragten auf die Frage hin, welche Gründe für die ungleiche Verteilung der Wartezeiten verantwortlich sind, konnten drei Kategorien rekonstruiert werden: Wirtschaftliche Gründe, gesonderte Sprechstunden und ärztliche Vorgaben. Wirtschaftliche Nachteile bei der Behandlung von GK-Versicherten erscheinen im Datenmaterial als Hauptursache für die bevorzugende Terminvergabe an PK-Versicherte.

Verantwortlich für die Bevorzugung Letzterer seien „Finanzielle Gründe“, „Honorartechnische Gründe“ und „Wirtschaftliche Gründe, die obiges Verhalten erforderlich machen“. Die Arztpraxen scheinen bei der Behandlung von PK-Versicherten „besser“ bezahlt zu werden und das „Geld [...] schneller“ zu erhalten. Im Speziellen wird das Finanzierungssystem der Budgetierung bemängelt. Ein Dermatologe beschreibt das Problem wie folgt:

„Da ich innerhalb von 6 Tagen in diesem Quartal bereits über 550 Kassenpatienten behandelt habe und nur 1.500 in einem Quartal bezahlt bekomme und dies unmöglich ist und von diesen auch nur 86% der Leistungen bezahlt bekomme.“⁶

Die Begrenzung der Anzahl von gesetzlich versicherten PatientInnen pro Quartal einerseits und die Begrenzung der erhaltenen Leistungen pro gesetzlich versicherten PatientInnen andererseits werden problematisiert. Ein anderer Dermatologe beschreibt dies in Bezug zu seinen nicht honorierten Leistungen:

„[...] In den letzten 12 Monaten wurden Leistungen im Umfang 20 000 Euro nicht honoriert, da diese oberhalb der Leistungsgrenze lagen. Aus diesem Grund wird der Zugang für gesetzlich Versicherte beschränkt.“

Neben wirtschaftlichen Gründen werden getrennte Sprechstundentermine nach Versicherungsstatus vergeben:

„Es gibt gesonderte Sprechstunden, die Privatsprechstunde ist weniger frequentiert, daher oft schneller ein Termin frei.“

Zuletzt wird eine „Vorgabe“ unter ÄrztInnen beschrieben, dass „P-Patienten [...] nicht länger als 4 Wochen auf einen Termin warten [sollten]. K-Patienten 3 Monate.“

Aus den Antworten auf die Frage, wie das aktuelle duale Krankenversicherungssystem aus der Perspektive der Befragten verbessert werden könne, erfolgte die Rekonstruktion dreier Kategorien: Änderungen der Regularien, Selbstbeteiligung von GK-Versicherten und Abschaffung des dualen Versicherungssystems. Zuerst werden die gewünschten Änderungen der Regularien besprochen. Die am häufigsten genannte Änderungsforderung betrifft die Abschaffung des Budgetierungssystems. Eine Praxismanagerin fordert, dass „das ganze Budgetierungssystem im gesetzlich versicherten-Bereich [...] abgeschafft werden“ soll. Folglich „sollte auch jede Einzelleistung vergütet werden, und nicht nur eine Pauschale, die in 50% der Fälle den Aufwand gar nicht abdeckt“. Aus der Aufhebung des Budgetierungssystems resultiere eine „verbesserte Vergütung der gesetzlich Versicherten“. Das Ziel besteht darin, dass „jede Leistung, die erbracht wird, auch bezahlt [wird]“. Die Abschaffung des

6 Die Handschrift war sehr unleserlich, weshalb der Text evtl. leicht vom Zitat abweicht.

Budgetierungssystem durch „Angleichen der Leistungen“ und eine „bessere Vergütung im gesetzlichen Kassensystem“ stellt folglich das zentrale Anliegen vieler Befragter dar.

Um dieses Ziel zu erreichen, spezifizieren einige der Befragten ihre Aussagen. Explizit wird die Abschaffung von „Leistungsgrenzen“ gefordert. Durch „eine an Leistung orientierte Bezahlung der gesetzlich Versicherten“ könne „jede Einzelleistung vergütet werden“, um schließlich eine einheitliche Vergütung beider Versicherungsarten zu ermöglichen. Zusätzlich sollen außerdem die „Fallzuwachsbeschränkung“ abgeschafft „und Beschränkungen bei der Zulassungsfreiheit gelockert werden“. Nach der Meinung eines Dermatologen würde so „mehr Konkurrenz“ entstehen und dadurch eine „höhere Qualität“ gewährleistet werden. Außerdem fordert eine Praxismanagerin die Reduktion der Regulierungen und Vorschriften, die den Ärzten durch Krankenkassen auferlegt werden. Sie beteuert:

„Wenn den Ärzten nicht so viele Vorschriften von Krankenkassen, Kv, etc gemacht würden, bräuchte man darüber gar nicht zu reden.“

Neben den Änderungsvorschlägen der Regularien fordern einige der Befragten eine Selbstbeteiligung von GK-Versicherten an den Behandlungskosten. Sie beziehen sich dabei auf eine Ausnutzung des Gesundheitssystems durch gesetzlich Versicherte. Ein Dermatologe formuliert seine Forderung wie folgt:

„Eine spürbare Selbstbeteiligung aller Versicherten (in einer an die finanziellen Möglichkeiten des PatientInnen angepassten Höhe) würde das Gefühl einer ‚Gesundheitsflatrate‘ reduzieren und Arztbesuche bei Bagatellerkrankungen eindämmen.“

Ein Neurologe schließt sich dieser Forderung an:

„Das System der gesetzlichen KV gehört grundlegend reformiert mit deutlicher Eigenbeteiligung, um das hemmungslose Verschwenden von Ressourcen zu beenden.“

Forderungen bezüglich dieses Aspekts beschreiben folglich die Überbeanspruchung des Gesundheitssystems durch die GK-Versicherten, da deren Kosten direkt von den Krankenkassen übernommen werden, ohne dass die Versicherten selbst mit den Kosten in Berührung kommen. Eine Dermatologin fordert deshalb, dass gesetzlich Versicherte - in Anlehnung an das System der privaten Krankenversicherungen - „eine Rechnung vom Arzt bekommen [sollen], die sie dann erstattet bekommen“. Auf diese Weise würden die gesetzlich Versicherten „[...] sehen, wie teuer solche Behandlungen sind“. Falls die gesetzlich Versicherten einen Termin versäumen, ohne ihn abzusagen, fordert sie die Möglichkeit, „ihnen unsere Verluste in Rechnung stellen [zu] können“. Zusätzlich plädiert sie für die „Wiedereinführung der Praxisgebühren, damit PatientInnen nicht wegen jeder Kleinigkeit zum Arzt gehen“.

Neben den Vorschlägen, die sich auf die Eigenbeteiligung gesetzlich Versicherter beziehen, wird von einem Dermatologen die Abschaffung des dualen Krankenversicherungssystems und damit eine „einheitliche Krankenversicherung für alle PatientInnen“ gefordert. Deren Leistungen müssten „sich an dem derzeitigen Privathonorar orientieren“. Allerdings ist er der einzige Befragte, der dies äußert. Ein Neurologe fordert außerdem, dass „mehr Studienplätze geschaffen werden“ müssen. Dies sei zusammen mit einer Leistungsangleichung und einer Erhöhung der Vergütung gesetzlich Versicherter notwendig, um zu verhindern, „dass in einigen Jahren die ambulante medizinische Versorgung zusammenbrechen wird“.

5 Zusammenfassung und Diskussion

Die Wartezeiten auf Facharzttermine in der Dermatologie und Neurologie wurden zwischen gesetzlich und privat versicherten PatientInnen in deutschen Großstädten verglichen, um den Einfluss des Versicherungsstatus auf die Zugangschancen bei der Terminvergabe von Facharztpraxen zu untersuchen. Daran anschließend erfolgte die Untersuchung der Frage, ob institutionelle Diskriminierung aufgrund einer benachteiligten Terminvergabe zulasten gesetzlich versicherter PatientInnen stattfindet. Zudem zielte die Arbeit auf eine eingehende Erforschung der Gründe für jenes Verhalten ab. Innerhalb eines Feldexperiments wurde den untersuchten Facharztpraxen demnach die Möglichkeit geboten, sich in einer qualitativen Befragung zu diesem Thema zu äußern, ihr eigenes Verhalten einzuschätzen, Gründe zu formulieren und Verbesserungsvorschläge kundzutun.

Sowohl die Ergebnisse des Feldexperiments als auch die der Umfrage verdeutlichen die Relevanz des Versicherungsstatus auf die Terminvergabe bei FachärztInnen der untersuchten Fachgebiete. Die Ergebnisse zeigen auf, dass die Gruppe der gesetzlich versicherten PatientInnen etwa 1,4 mal längere Wartezeiten aufweist und lassen darauf schließen, dass gesetzlich Versicherte bei der Terminvergabe von FachärztInnen der untersuchten Fachgebiete diskriminiert werden. Zusätzlich ist es als privat Versicherter wahrscheinlicher, überhaupt einen Termin bei Ärzten der untersuchten Fachgebiete zu erhalten: 73,9% der privat Versicherten erhielten einen Termin aber nur 64% der gesetzlich Versicherten (siehe Tabelle 3). Außerdem behandeln immerhin 8,6% (siehe Tabelle 2) der kontaktierten Arztpraxen ausschließlich PrivatpatientInnen, was ebenfalls als Benachteiligung der gesetzlich Versicherten in Deutschland gewertet werden kann – insbesondere, da dies im umgekehrten Fall nicht existiert. Die Forschungshypothese, die besagt, dass gesetzlich versicherte PatientInnen bei der Terminvergabe von FachärztInnen der Dermatologie und Neurologie diskriminiert werden, da sie systematisch länger auf einen Termin warten müssen als privatversicherte PatientInnen, kann somit bestätigt werden. Bei der getrennten Betrachtung

der beiden Fachgebiete blieb der Unterschied zwischen den Versicherungssystemen auf einem äußerst ähnlichen Niveau bestehen. Es wurden lediglich kleine Unterschiede zwischen neurologischen und dermatologischen Praxen festgestellt.

Nach den Untersuchungsergebnissen der KBV (2018, S. 9) sind die Wartezeiten in den alten Bundesländern allgemein geringer als in den neuen Bundesländern. Dies kann anhand der in dieser Studie verwendeten Daten bestätigt werden, da PatientInnen in Ostdeutschland signifikant länger auf einen Facharzttermin warten als PatientInnen in Westdeutschland. Aufgrund einer deutlich geringeren Privatversicherungsquote in den neuen Bundesländern (vgl. Gerlinger und Reiter 2017, S. 242) lohnt sich der Blick auf die nach dem Versicherungsstatus getrennte Auswertung: Während in den ostdeutschen Städten kein Unterschied zwischen dem Versicherungsstatus und der Wartezeit besteht, zeigt sich ein deutlicher Unterschied in westdeutschen Städten der Wartezeiten von privat Versicherten und gesetzlich Versicherten. Die gesetzlich Versicherten warten in westdeutschen Städten ca. 1,54-mal so lange auf einen Termin wie die privat Versicherten. Dem Versicherungsstatus kann bei der Verteilung der Wartezeiten in Westdeutschland folglich eine deutlich relevantere Rolle zugeschrieben werden als in Ostdeutschland.

Obwohl die Größe des Unterschieds durch die Betrachtung verschiedener Gruppen (Fachgebiet, Stadtgröße, Region) in Bezug zum Versicherungsstatus variiert, bleibt die Tendenz der Ergebnisse des Feldexperiments weiterhin bestehen: Gesetzlich Versicherte werden bei der Terminvergabe in Facharztpraxen benachteiligt und folglich diskriminiert. Lediglich in ostdeutschen Großstädten scheint dieser Trend nicht zu bestehen. Die Ergebnisse dieses Feldexperiments reißen sich in die Ergebnisse der Feldexperimente ein, die von Lungen et al. (2008), Heinrich et al. (2017), Sauerland et al. (2009) und Schwierz et al. (2011) durchgeführt wurden. Obwohl eine direkte Vergleichbarkeit aufgrund divergierender Forschungsdesigns nicht gegeben ist, wurden deren Ergebnisse dennoch in der Tendenz reproduziert. Auch die Ergebnisse der Patientenumfragen (vgl. Ramos et al. 2018; Schellhorn 2007; Schneider und Schneider 2012; Roll et al. 2012), die auf längere Wartezeiten gesetzlich Versicherter hinweisen, stimmen somit mit den Ergebnissen dieses Feldexperiments überein.

Aufgrund des Mixed-Methods-Designs dieser Arbeit wird die Feststellung der institutionellen Diskriminierung durch eine qualitative Befragung der Arztpraxen erweitert. Die Umfrage thematisiert die möglichen Gründe für die Unterschiede in der Terminvergabe bei den dafür Verantwortlichen. Zusammengefasst zeigt sich, dass wirtschaftliche Motive hauptausschlaggebend für die Diskriminierung zu sein scheinen. Begründet wird die ungleiche Terminvergabe durch die Vergütungsmethode der gesetzlich Versicherten, die durch Mittel wie Budgetierung, Pauschalvergütung und Leistungsobergrenzen eingeschränkt ist. Dies führt dazu, dass sich einige Befragte für ihre erbrachten Leistungen nicht angemessen finanziell

vergütet fühlen. Ein ungleiches Vergütungssystem führt somit – so unsere daraus abgeleitete These – zu Anreizen für die ÄrztInnen, privat Versicherte bei der Terminvergabe zu bevorzugen und gesetzlich Versicherte zu diskriminieren. Folglich ist es wenig überraschend, dass sich dies auch in den von den Befragten unterbreiteten Verbesserungsansätzen äußert, denn der Großteil dieser Ansätze bezieht sich auf eine vollständige und angepasste Vergütung der Leistungen, die für die Behandlung gesetzlich Versicherter aufgebracht werden.

6 Literatur

- Alvarez, Rodolfo. 1979. Institutional Discrimination in Organizations and their Environments. In *Discrimination in Organizations*, Hrsg. Rodolfo Alvarez und Kenneth G. Luttermann, 2-49. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- BÄK. 2018. Ärztestatistik zum 31. Dezember 2018. Bundesärztekammer. Bundesgebiet <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueberuns/aerztestatistik/aerztestatistik-2018#:~:text=Im%20Jahr%202018%20waren%20der,nun%20auf%2047%2C2%20Prozent.: 07.12.2022>.
- Finkenstädt, Verena. 2017. Wartezeiten auf Arzttermine. Eine methodische und empirische Kritik der Debatte. *WIP-Diskussionspapier 3/2017:4-35*.
- Finkenstädt, Verena. 2018. „Zwei-Klassen-Medizin“ in Deutschland: Gefühltes oder reales Problem? *Gesundheitsforum „Das deutsche Gesundheitswesen – Eine Zwei-Klassen-Medizin?“*. Frankfurt am Main.
- Gerlinger, Thomas und Renate Reiter. 2017. Gesundheitspolitik. In *Sozialpolitik aus politikfeldanalytischer Perspektive. Eine Einführung*, Hrsg. Renate Reiter, 221-274. Wiesbaden: Springer SV.
- Gomolla, Mechtild. 2010. Institutionelle Diskriminierung: Neue Zugänge zu einem alten Problem. In *Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse*, Hrsg. Ulrike Hormel und Albert Scherr, 61-93. Wiesbaden: Springer VS.
- Gomolla, Mechtild. 2017. Direkte und indirekte, institutionelle und strukturelle Diskriminierung. In *Handbuch Diskriminierung*, Hrsg. Albert Scherr, Aladin El-Mafaalani und Gökçen Yüksel, 133-155. Wiesbaden: Springer VS.
- Heinrich, Nils, Ansgar Wübker und Christiane Wuckel. 2017. Waiting Times for Outpatient Treatment in Germany: New Experimental Evidence from Primary Data. *Journal of Economics and Statistics* 238(5):375-394.
- KBV. 2017. Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2017. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage Mai/Juni 2017. Mannheim.
- KBV. 2018. Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2017.

- Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage April/Juni 2018. Mannheim.
- Lauterbach, Karl. 2007. *Der Zweiklassenstaat. Wie die Privilegierten Deutschland ruinieren*. Berlin: Rowohlt-Verlag.
- Lüngen, Markus, Bjoern Stollenwerk, Philipp Messner, Karl Lauterbach und Andreas Gerber. 2008. Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany. *International Journal for Equity in Health* 7(1):1-7.
- Mayring, Philipp. 2015. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Ramos, Andres Luque, Falk Hoffmann und Ove Spreckelsen. 2018. Waiting times in primary care depending on insurance scheme in Germany. *BMC Health Service Research* 18(191):1-9.
- Roll, Kathrin, Tom Stargardt und Jonas Schreyögg. 2012. Effect of Type of Insurance and Income on Waiting Time for Outpatient Care. *The Geneva Papers* 37:609-632.
- Sauerland, Dirk; Kuchinke, Björn A. und Ansgar Wübker. 2009. Warten gesetzlich Versicherte länger? Zum Einfluss des Versichertenstatus auf den Zugang zu medizinischen Leistungen im stationären Sektor. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 14:86 -94.
- Schellhorn, Martin. 2007. Vergleich der Wartezeiten von gesetzlich und privat Versicherten in der ambulanten ärztlichen Versorgung. In *Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung und Ärzten*, Hrsg. Jan Böcken, Bernard Braun und Robert Amhof, 95-113. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Scherr, Albert. 2017. Soziologische Diskriminierungsforschung. In *Handbuch Diskriminierung*, Hrsgs. Albert Scherr, Aladin El-Mafaalani und Gökçen Yüksel, 39-58. Wiesbaden: Springer VS.
- Schneider, Brit S. und Udo Schneider. 2012. Wartezeiten auf Facharztbesuche – Eine Analyse versicherungsbedingter Diskriminierung und gesundheitlicher Nachteile. In *Märkte und Versorgung. DIBOGS-Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik* 6, Hrsg. Björn A. Kuchinke, Torsten Sundmacher und Jürgen Zerth, 67-83. Ilmenau: Universitätsverlag.
- Schütz, Alfred. 1957/2011. Gleichheit und Sinnstruktur der sozialen Welt. In *Relevanz und Handeln* 2, Hrsg. Andreas Göttlich, Gerd Sebald und Jan Weyand, 171–250. Köln: Herbert von Halem Verlag.
- Schwierz, Christoph, Achim Wübker, Ansgar Wübker und Björn A. Kuchinke. 2011. Discrimination in waiting times by insurance type and financial soundness of German acute care hospitals. *The European Journal of Health Economics* 12:405-416.

- Siciliani, Luigi, Michael Borowitz und Valerie Moran. 2013. Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works? *OECD Health Policy Studies*. OECD Publishing.
- Sundmacher, Leonie und Susanne Ozegowski. 2013. Ziehen Privatpatienten Ärzte an? *Gesundheit und Gesellschaft* 12/13:31-35.
- Wasem, Jürgen. 2018. Die Versorgungswirklichkeit ist nicht schwarz/weiß – Gesetzliche und private Krankenversicherung in der Versorgung. *ZfWP – Zeitschrift für Wirtschaftspolitik* 67(1):42-53.
- Winter, Nick und Austin Nichols, 2008. "VIOPLLOT: Stata module to produce violin plots with current graphics," Statistical Software Components S456902, Boston College Department of Economics, revised 17 Jun 2012. <https://ideas.repec.org/c/boc/bocode/s456902.html>. Zugegriffen am 22.11.2022
- Wolbring, Tobias und Marc Keuschnigg. 2015. Feldexperimente in den Sozialwissenschaften. Grundlagen, Herausforderungen, Beispiele. In *Experimente in den Sozialwissenschaften. Soziale Welt – Sonderband 22*, Hrsg. Marc Keuschnigg und Tobias Wolbring, 219-245. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Zok, Klaus. 2007. Warten auf den Arzttermin. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter GKV- und PKV-Versicherten. *WIdomonitor* 4(1):1-7.