

Die meisten OECD-Länder sind bestrebt, Menschen mit gleichem Gesundheitsversorgungsbedarf den gleichen Zugang zu den entsprechenden Leistungen zu gewähren. Eine Methode, die Gerechtigkeit beim Zugang zu Gesundheitsleistungen zu evaluieren, besteht darin, die Eigenangaben über aus bestimmten Gründen bestehende Versorgungsdefizite zu überprüfen. Die von Patienten genannten Probleme in Bezug auf die Möglichkeit, bei Krankheit oder Verletzung medizinische Leistungen zu erhalten, sind häufig durch Faktoren bedingt, die den Zugang zu Gesundheitsleistungen erheblich beeinträchtigen.

Einige der häufig genannten Gründe für Versorgungsdefizite sind zu hohe Behandlungskosten, mit der Inanspruchnahme verbundene lange Wartezeiten, fehlende Zeit auf Grund von Verpflichtungen wie Beruf oder Kindererziehung o.ä. oder zu weite Entfernungen, um sich behandeln lassen zu können. Der unterschiedliche Grad der laut Eigenangaben bestehenden Versorgungsdefizite in den einzelnen Ländern könnte auf abweichende Fragestellungen zurückzuführen sein, soziokulturelle Gründe haben oder sich auch aus den Reaktionen auf die aktuelle Gesundheitsversorgungsdebatte in den einzelnen Ländern erklären lassen. Diese Faktoren dürften jedoch eine geringere Rolle spielen, wenn es darum geht, die Unterschiede zu erklären, die im Hinblick auf Versorgungsdefizite zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder bestehen. Wichtig ist es auch, die Indikatoren für die nach Eigenangaben bestehenden Versorgungsdefizite in Verbindung mit anderen Indikatoren für potenzielle Zugangshindernisse zu betrachten, wie z.B. den Umfang des Krankenversicherungsschutzes und die Höhe von Selbstzahlungen (Indikatoren 6.2 und 6.3).

In den meisten OECD-Ländern gibt die überwiegende Mehrheit der Befragten an, keine Versorgungsdefizite zu haben. Im Rahmen einer 2007 durchgeführten europäischen Erhebung erklärte jedoch in einigen Ländern ein erheblicher Teil der Befragten, im vergangenen Jahr einen ungedeckten Bedarf an ärztlichen Leistungen gehabt zu haben. Im Allgemeinen hatten Eigenangaben zufolge mehr Frauen als Männer nicht die benötigten Leistungen erhalten, desgleichen Personen der unteren Einkommensgruppen.

Drei mögliche Gründe, die zu Zugangsproblemen führen könnten, sind in Abbildung 6.1.1 wiedergegeben. In fast allen Ländern sind die Behandlungskosten der häufigste Grund von Versorgungsdefiziten. Dies gilt insbesondere für Portugal, Polen, Italien und Griechenland, wobei Personen des untersten Einkommensquintils am meisten hiervon betroffen waren. Die Wartezeiten waren für die Befragten in Italien, Polen, Schweden und dem Vereinigten Königreich ein Problem, von dem sowohl die höheren als auch die unteren Einkommensgruppen betroffen waren. Die Entfernungen stellten nach Eigenangaben kein größeres Problem dar, mit Ausnahme Norwegens, wo ein Drittel der Befragten mit Versorgungsdefiziten als Grund hierfür die für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zurückzulegenden weiten Entfernungen nannte.

Der Anteil der Befragten, die Versorgungsdefizite bei zahnärztlichen Leistungen angeben, liegt höher als bei ärztlichen Leistungen. Polen (7,5%), Italien (6,7%) und Island (6,5%) hatten 2007 die höchsten Anteile zu verzeichnen (Abbildung 6.1.2). In Island, Griechenland, Portugal und Dänemark zeigten sich im Hinblick auf Versorgungsdefizite bei zahnärztlichen Leistungen erhebliche Disparitäten zwischen den höheren und unteren Einkommensgruppen,

desgleichen in Belgien, wobei dort aber das Durchschnittsniveau der Versorgungsdefizite bei zahnärztlichen Leistungen niedrig war.

Unter Zugrundelegung der Ergebnisse einer weiteren Studie über mehrere Länder sind auch in den nichteuropäischen Ländern Disparitäten in Bezug auf die nach Eigenangaben vorhandenen Versorgungsdefizite bei ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen zu erkennen (Abbildungen 6.1.3 und 6.1.4). Wiederum ist der kostenbedingte Verzicht auf Leistungen in den unteren Einkommensgruppen bei einer Reihe von Behandlungen häufiger. Das Ausmaß dieser Disparitäten ist je nach Land unterschiedlich, was daran deutlich wird, dass sie in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich wesentlich geringer sind als in den Vereinigten Staaten. In den Vereinigten Staaten erklärte über die Hälfte der befragten Erwachsenen mit unterdurchschnittlichem Einkommen, 2007 in irgendeiner Form auf Grund der Kosten Versorgungsdefizite gehabt zu haben (Commonwealth Fund, 2008). Erwachsene mit unterdurchschnittlichem Einkommen, die eine Krankenversicherung haben, geben wesentlich weniger häufig an, kostenbedingte Zugangsprobleme zu haben, als einkommensmäßig gleichgestellte Befragte ohne Krankenversicherungsschutz (Blendon et al., 2002).

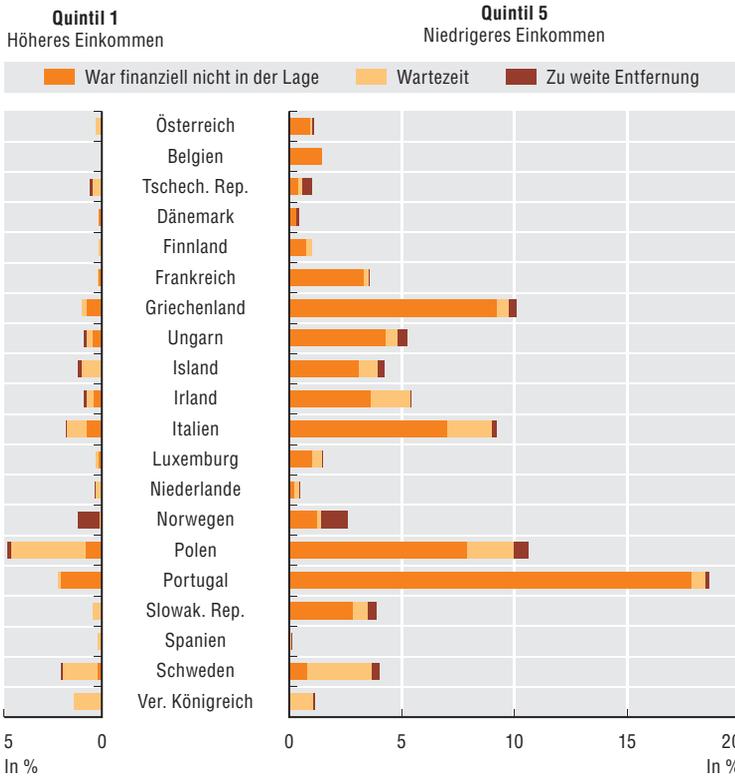
Definition und Abweichungen

Fragen über Versorgungsdefizite sind Teil einer Reihe nationaler und ländervergleichender Gesundheitsumfragen, u.a. der Statistik der Europäischen Union über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) und der vom Commonwealth Fund durchgeführten International Health Policy Surveys. Keine Erhebung oder Studie über Versorgungsdefizite wurde in allen OECD-Ländern durchgeführt.

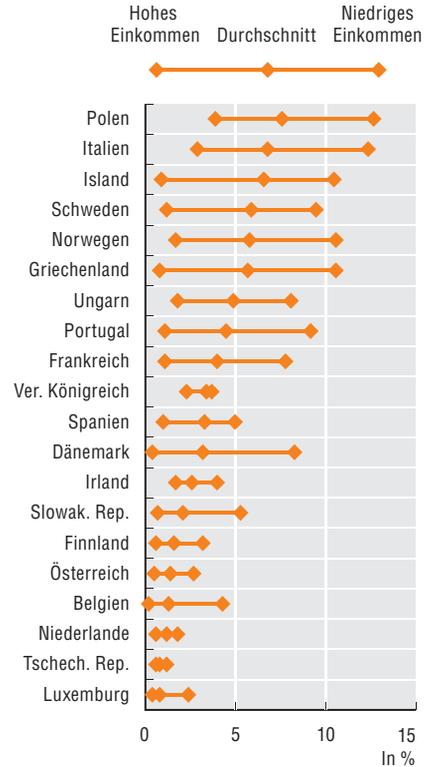
Zur Ermittlung der Versorgungsdefizite werden den Befragten in der Regel Fragen gestellt, die dazu dienen herauszufinden, ob es für den Betreffenden in den letzten zwölf Monaten einen Zeitpunkt gab, an dem er das Gefühl hatte, Gesundheitsleistungen zu benötigen, diese aber nicht erhalten hat; im Anschluss daran wird dann die Frage gestellt, warum der Versorgungsbedarf nicht gedeckt wurde. Zu den angeführten Gründen gehören in der Regel folgende Aussagen: die ärztliche Leistung sei zu teuer, die zurückzulegende Entfernung bis zu dem Ort, an dem die Leistung erbracht wird, zu weit, oder die Warteliste für die Inanspruchnahme der Leistung zu lang.

Die Informationen über Versorgungsdefizite sowie über den sozioökonomischen Status sind derselben Erhebung entnommen, doch können spezifische Fragen und Antworten ebenso wie die befragten Altersgruppen und die für die Evaluierung des sozioökonomischen Status verwendeten Messgrößen je nach Erhebung und Land variieren. Auch kulturelle Faktoren und Veränderungen der nationalen Gesundheitssysteme können Auswirkungen auf die Einstellung gegenüber Versorgungsdefiziten haben. Bei einem Ländervergleich des Ausmaßes der Disparitäten ist daher Vorsicht geboten.

6.1.1 Verzicht auf eine notwendige ärztliche Untersuchung, ausgewählte Gründe nach Einkommensquintilen, europäische Länder, 2007

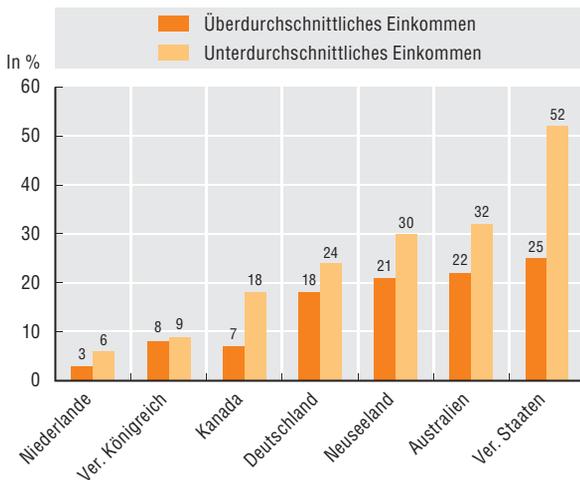


6.1.2 Verzicht auf eine notwendige zahnärztliche Untersuchung, nach Einkommensquintilen, europäische Länder, 2007



Quelle: EU-SILC.

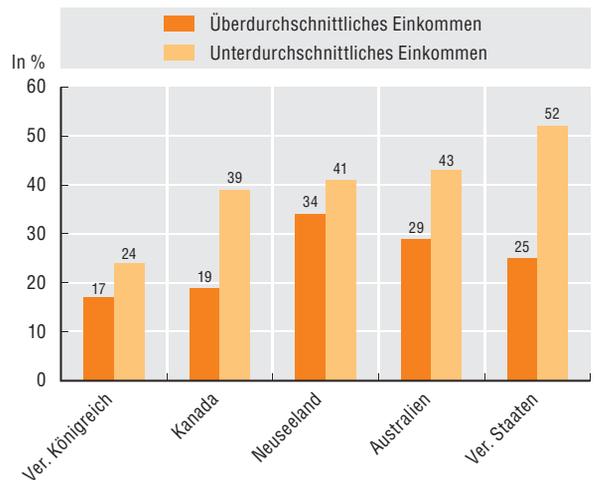
6.1.3 Verzicht auf notwendige ärztliche Leistung¹, aus Kostengründen, in sieben OECD-Ländern, nach Einkommensquintilen, 2007



1. Erhielt keine ärztliche Leistung, Verzicht auf Labortest, Behandlung oder Folgeuntersuchung, Verschreibung nicht eingelöst oder Arzneimittel nicht verabreicht.

Quelle: Commonwealth Fund (2008).

6.1.4 Verzicht auf notwendige zahnärztliche Leistung, aus Kostengründen, in fünf OECD-Ländern, nach Einkommensquintilen, 2004



Quelle: Davis et al. (2007).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/804357251033>



From:
Health at a Glance 2009
OECD Indicators

Access the complete publication at:
https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en

Please cite this chapter as:

OECD (2010), "Versorgungsdefizite", in *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/soc_glance-2009-60-de

Das vorliegende Dokument wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht zwangsläufig die offizielle Einstellung der OECD-Mitgliedstaaten wider.

This document and any map included herein are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to rights@oecd.org. Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at info@copyright.com or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at contact@cfcopies.com.