

Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung

*Gutachten zur Entwicklung fachärztlicher Leistungen im
deutschen Gesundheitssystem*

- Kurzfassung -

IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung in
Zusammenarbeit mit Professor Bert Rürup

IGES

Die „doppelte Facharztschiene“ – ein Defekt des deutschen Gesundheitssystems?

Regelmäßig wird behauptet, in Deutschland gäbe es zu viele Ärzte, insbesondere zu viele niedergelassene Fachärzte. Namentlich die „doppelte Facharztschiene“ in Klinik und Praxis sei ein wichtiger Grund für Ressourcenverschwendung und Unwirtschaftlichkeit des deutschen Gesundheitswesens.

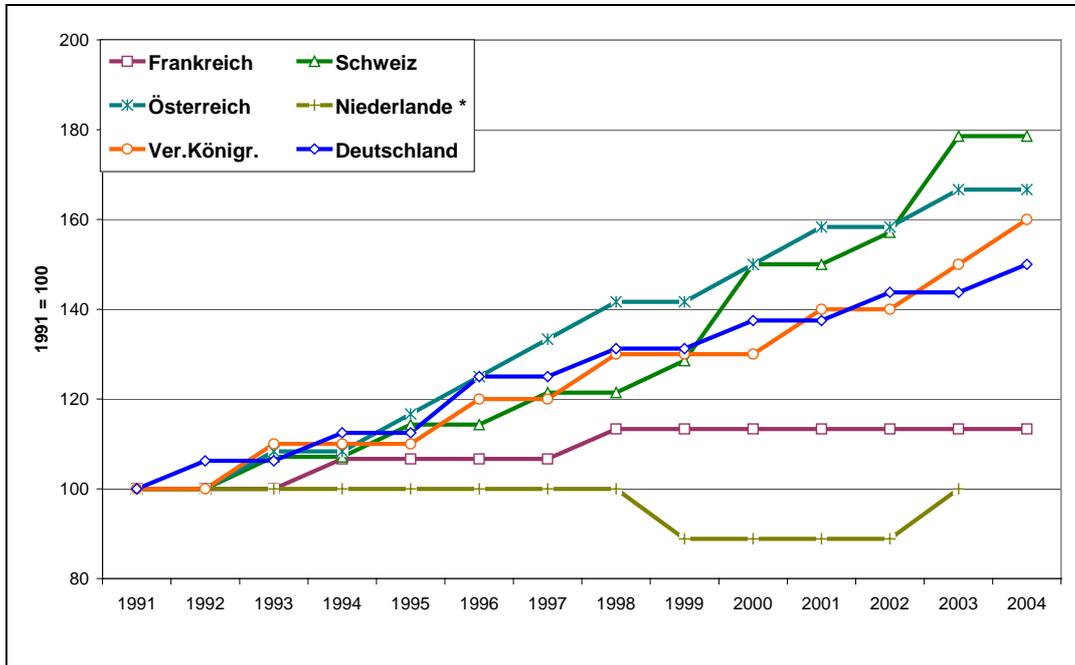
Dieses Argument, so plausibel es anmutet, setzt implizit voraus, dass es für Deutschland eine optimale Anzahl von Ärzten bzw. Indikatoren für die ökonomische Angemessenheit von Ärztezahlen gäbe. Solch wissenschaftlich fundierten Referenzmaßstäbe gibt es aber nicht, daher müssen internationale Vergleiche herangezogen oder Veränderungen über die Zeit betrachtet werden. Dabei sollten nach Möglichkeit die jeweiligen Verhältnisse von eingesetzten Ressourcen zu den damit erzielten gesundheitlichen Outcomes bzw. zur Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems erfasst werden.

Ressourceneinsatz und Outcomes im internationalen Vergleich

Auf der Grundlage von OECD-Daten lässt sich für Deutschland eine relativ hohe Dichte an Ärzten, insbesondere an Fachärzten, konstatieren. Demnach kamen auf 1.000 Einwohner 2,4 Fachärzte (2004). Die Facharztdichte hat sich in Deutschland seit der Wiedervereinigung im Mehrländervergleich jedoch nicht überdurchschnittlich stark erhöht (Abbildung 1).

Der relativ hohe Wert der Facharztdichte in den OECD-Daten lässt sich allerdings nur nachvollziehen, wenn sämtliche im stationären Sektor tätigen Ärzte den Fachärzten zugeordnet werden. Knapp die Hälfte der in Krankenhäusern tätigen Ärzte zählt jedoch zur Gruppe der Ärzte ohne nähere Facharztbezeichnung. Dabei handelt es sich vielfach um Ärzte, die sich in einer Facharztausbildung befinden. Rechnet man diese Ärzte nicht den Fachärzten zu, so waren von den insgesamt 308.000 berufstätigen Ärzten (2005) die Hälfte als weitergebildete Fachärzte außerhalb der allgemeinmedizinischen Versorgung tätig. Auf dieser Grundlage ergibt sich eine Facharztdichte im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung von 1,6 Ärzten je 1.000 Einwohner.

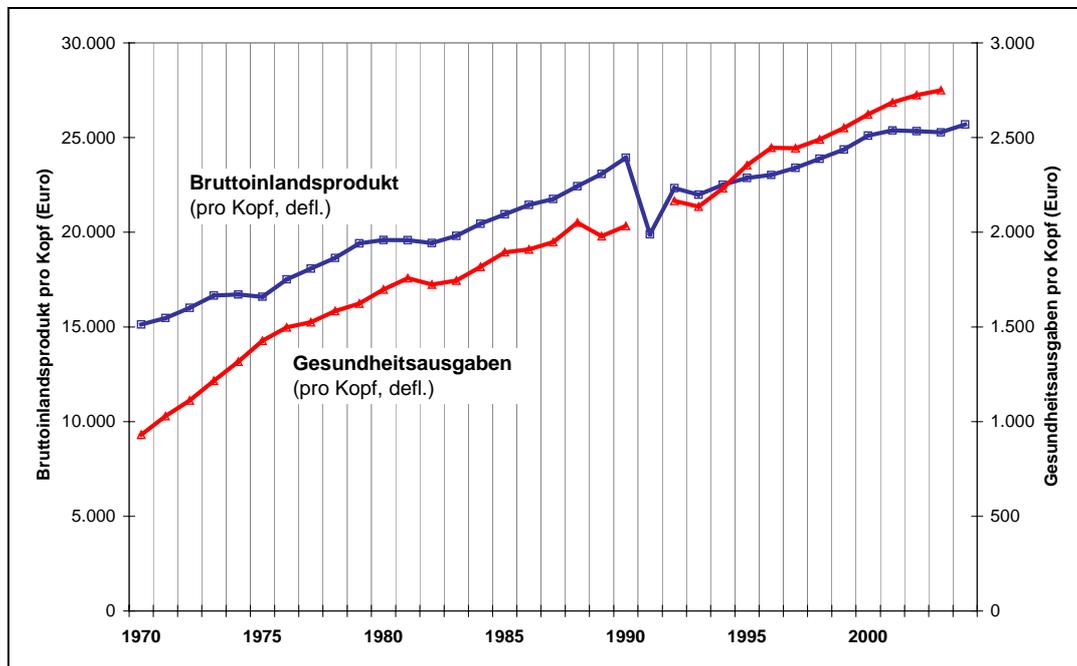
Abbildung 1: Entwicklung der Facharztichte im internationalen Vergleich, 1991-2004



Quelle: IGES, OECD 2006 (* = Bruch in Zeitreihe 1999)

Neben der Anzahl praktizierender Ärzte als Mengenindikator bilden die Gesundheitsausgaben im allgemeinen und die Ausgaben für ärztliche Behandlung im besonderen den wertmäßigen Ressourceneinsatz ab. In Deutschland wird im Verhältnis zur Wirtschaftskraft pro Kopf mehr für Gesundheit ausgegeben als in wichtigen Vergleichsländern. Allerdings ist in Deutschland die Wirtschaftskraft pro Kopf der Bevölkerung nach der Wiedervereinigung nicht nur im Niveau deutlich abgesunken, sie nahm auch weniger stark zu als in den Jahren davor. Im Gegensatz dazu stiegen die Gesundheitsausgaben mit zunehmender Rate (Abbildung 2). Dennoch fiel die Zunahme der Gesundheitsausgaben in Deutschland gemessen an der zeitgleichen Erhöhung der Wirtschaftskraft im Vergleich zu vielen anderen OECD-Ländern moderat aus.

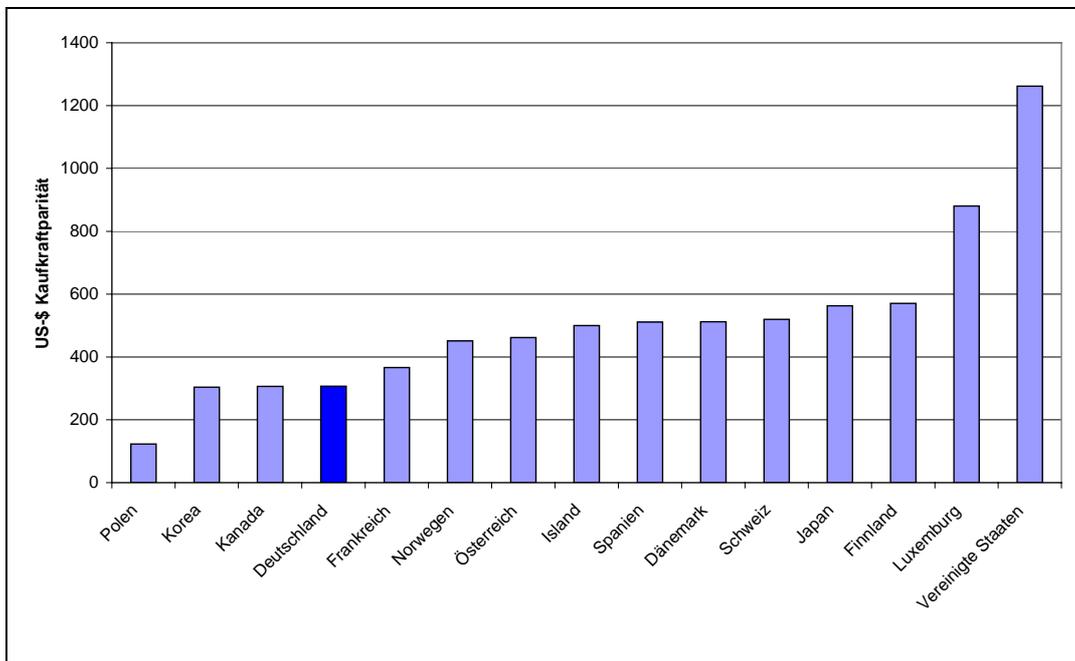
Abbildung 2: Zusammenhang zwischen Gesundheitsausgaben und Wirtschaftskraft in Deutschland, 1970-2003/04



Quelle: IGES, OECD 2006 (defl. = zu BIP-Preisen von 2000)

Differenziert nach Leistungssektoren zeigt sich für Deutschland bei ambulanten ärztlichen Leistungen im internationalen Vergleich eine hintere Ausgabenposition (Abbildung 3), bei stationären Leistungen liegt Deutschland dagegen im mittleren Bereich.

Abbildung 3: Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen pro Kopf im internationalen Vergleich, 2003



Quelle: IGES, OECD 2006

Unter allen Einschränkungen, die methodisch gegen internationale Vergleiche angebracht sind, lässt sich für Deutschland relativ zu anderen Ländern – insbesondere für den Bereich ambulanter ärztlicher Leistungen – insgesamt kein übermäßiger Ressourceneinsatz und auch keine übermäßige Zunahme des Ressourceneinsatzes in den letzten Jahren feststellen.

Diese Schlussfolgerung gilt allerdings nur unter der Voraussetzung, dass in Deutschland mit den eingesetzten Ressourcen keine systematisch schlechteren Versorgungsergebnisse erzielt werden als in den Vergleichsländern.

Die adäquate Erfassung von Unterschieden in der Leistungsfähigkeit von nationalen Gesundheitssystemen ist methodisch äußerst anspruchsvoll. Es gibt hierfür kein allgemein akzeptiertes Verfahren. Bisherige Vergleichsstudien kommen daher zu teilweise recht unterschiedlichen Ergebnissen. Dem deutschen Gesundheitswesen wird im Hinblick auf gesundheitsbezogene Outcome-Parameter häufig keine überdurchschnittliche Leistungsfähigkeit attestiert. Allerdings hängt der Gesundheitszustand einer Bevölkerung von zahlreichen Faktoren ab, die zur Mehrheit außerhalb des unmittelbaren Einflussbereichs eines Gesundheitssystems liegen. Im Hinblick auf nutzerorientierte Outcome-Parameter, wie etwa Zugang zu Gesundheitsleistungen, Wartezeiten und Patientenzufriedenheit, schneidet Deutschland hingegen im internationalen Vergleich überwiegend gut ab.

Auf der Grundlage dieser Befunde ist die These, dass es im deutschen Gesundheitswesen zu viele Ärzte bzw. Fachärzte gibt, zum gegenwärtigen Wissensstand nicht valide belegbar.

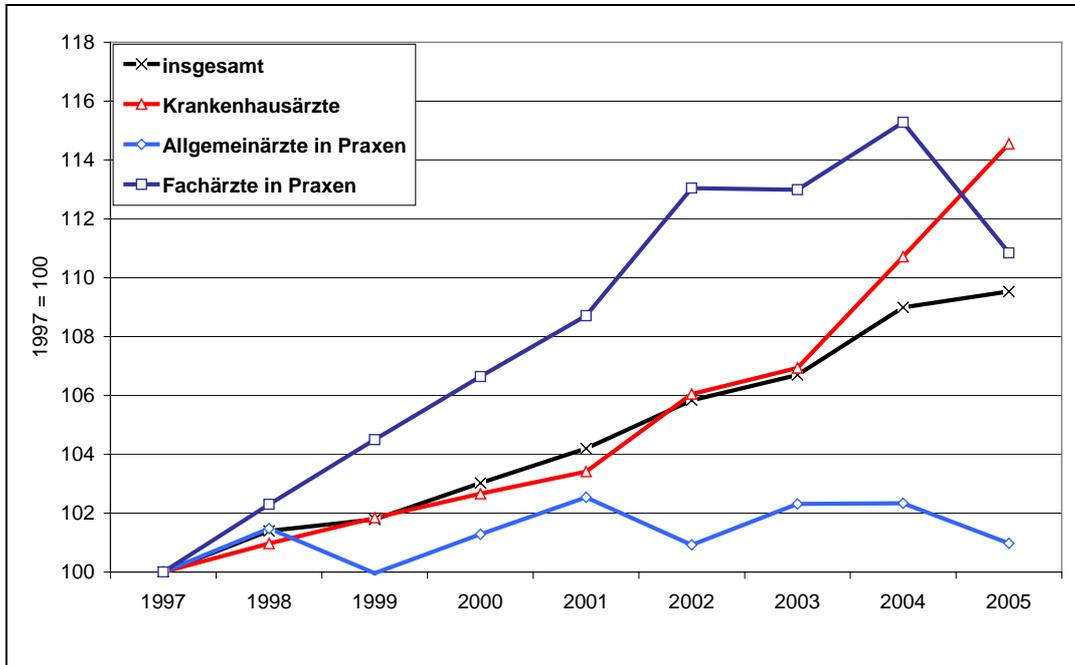
Gibt es zu viele niedergelassene Fachärzte in Deutschland?

Die These, dass die „doppelte Facharztschiene“ hervorstechendes Indiz einer „Ärztenschwemme“ in Deutschland sei, wirft darüber hinaus die Frage auf, ob etwaige Überkapazitäten eher unter den niedergelassenen Fachärzten oder eher unter den angestellten Krankenhausärzten abgebaut werden könnten, ohne dass sich die Versorgungsqualität verschlechterte. Häufig wird der Standpunkt vertreten, dass die fachärztlichen Einzelpraxen eine zunehmend unwirtschaftliche Form der Gesundheitseinrichtung seien und in absehbarer Zeit zum „Auslaufmodell“ würden.

In einem intersektoralen Vergleich deuten die Entwicklungen der Arztdichten, Ausgaben und Leistungsmengen, der Produktivitätskennziffern und Leistungsverlagerungen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung insgesamt darauf hin, dass unter den gegebenen Angebotsstrukturen fachärztliche Überkapazitäten eher im stationären Sektor zu vermuten sind. Für die These einer Überversorgung mit niedergelassenen Fachärzten ergeben sich aus dem intersektoralen Vergleich keine eindeutigen Anhaltspunkte.

Bis zum Jahr 2002 nahm die Arztdichte bei den in Praxen tätigen Fachärzten am stärksten zu (Abbildung 4). Im Jahr 2004 war die Facharztdichte (in Vollzeitäquivalenten) um 15,3 % höher als im Jahr 1997; die entsprechenden Zunahmen betragen bei den Krankenhausärzten nur 10,7 %, bei den Allgemeinärzten in Praxen nur 2,3 %. In den letzten Jahren hat sich die Situation jedoch umgekehrt: In den Krankenhäusern hat die Zahl der Ärzte (gemessen in Vollzeitäquivalenten) zwischen 2002 und 2005 mit 8,0 % stark zugenommen, während sie in den Arztpraxen um 0,8 % zurückgegangen ist. Bei den niedergelassenen Fachärzten betrug der Rückgang sogar 2,0 %.

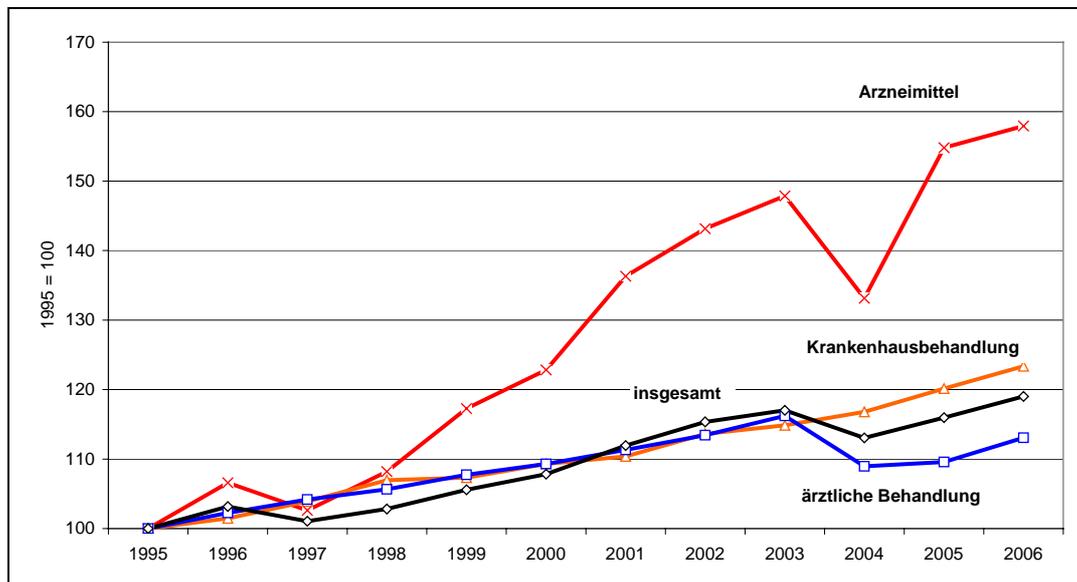
Abbildung 4: Entwicklung der Arztdichte (Vollzeitäquivalente) in Allgemeinarztpraxen, Facharztpraxen und Krankenhäusern, 1997-2005



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt (2007); Allgemeinärzte = Ärzte o.n.F., praktische Ärzte, Ärzte für allg./innere Medizin, Kinderheilkunde

In der GKV ist die größte Ausgabendynamik für den Arzneimittelbereich zu verzeichnen (Abbildung 5). Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) hatte einen dämpfenden Effekt im Jahr 2004 sowohl auf die Ausgaben für Arzneimittel als auch auf die Ausgaben für Arztpraxen. Während die Ausgaben für Arzneimittel bereits im Jahr 2005 das Niveau des Jahres 2003 wieder übertrafen, waren die GKV-Ausgaben für ärztliche Behandlungen auch im Jahr 2006 immer noch um 2,7 % geringer als im Jahr 2003. Das GMG entlastete die GKV bei den Ausgaben für ärztliche Behandlung also mit der am meisten nachhaltigen Wirkung. Die Zunahme der Ausgaben für Krankenhausleistungen setzte sich auch nach dem Jahr 2004 fort, und zwar beschleunigt.

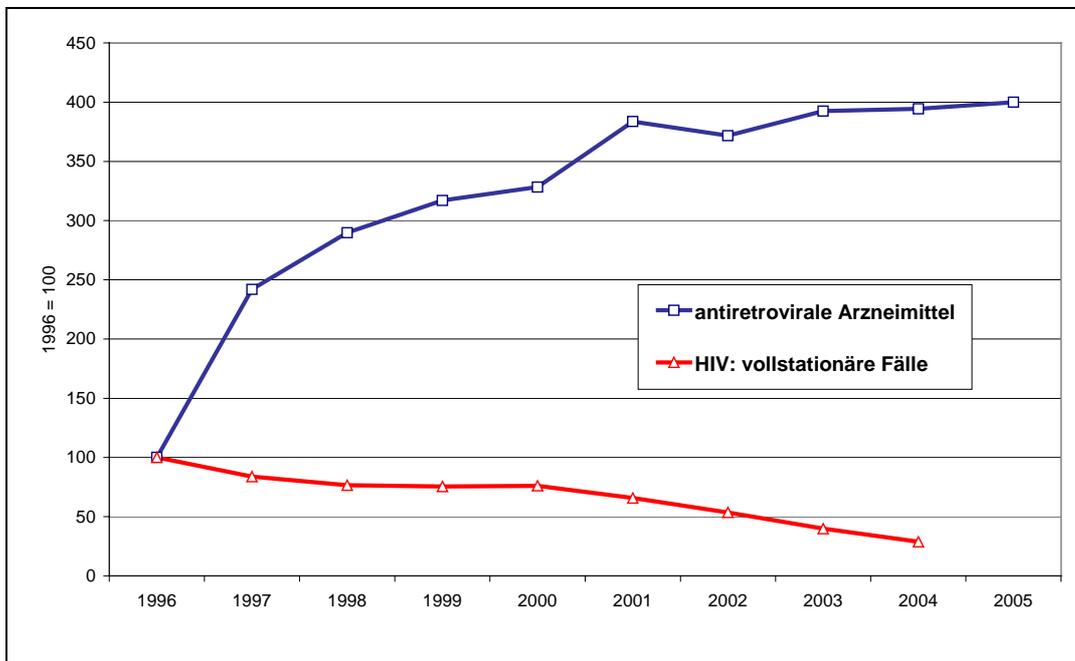
Abbildung 5: Entwicklung der GKV-Ausgaben nach Leistungsbereichen, 1995-2006



Quelle: IGES, BMG 2007

Die Betrachtung von sektoralen Leistungsverchiebungen zeigt, dass in vielen Indikationsbereichen der medizinische Fortschritt dazu geführt hat, dass medizinische Behandlungen ambulant und stationärsersetzend durchgeführt werden können. Die Behandlung von HIV-/Aids-Erkrankungen ist ein Beispiel hierfür (Abbildung 6). Der deutliche Rückgang vollstationärer Fallzahlen dürfte wesentlich auf den zunehmenden Einsatz neuer, effektiver antiviraler Medikamente zurückzuführen sein, die das zuvor schnelle Vorschreiten der Erkrankung sowie das Auftreten AIDS-assoziiierter Folgeerkrankungen stark verlangsamt und stationäre Krankenhausaufenthalte somit verhindert haben.

Abbildung 6: Entwicklung der vollstationären HIV-Behandlungsfälle und der anti-retroviralen Medikamente (Umsatz), 1996-2005



Quelle: IGES, Krankenhausdiagnosestatistik, NVI (Nationale Verordnungs-Information) sowie Gothe et al. (2002); Medikamentenumsatz bezieht sich ausschließlich auf Officin-Apotheken.

Ressourcenvergeudung durch Doppel- und Mehrfachuntersuchungen?

Medizinisch unnötige und damit vermeidbare Doppel- und Mehrfachuntersuchungen werden als die wesentliche Erscheinungsform einer ineffizienten fachärztlichen Versorgung in Deutschland angesehen. Als Ursachen für vermeidbare Doppel- und Mehrfachuntersuchungen gelten vor allem wirtschaftliche Anreize der Leistungserbringer zur Leistungsausweitung, Kommunikations- und Kooperationsprobleme zwischen behandelnden Ärzten, Qualifikationsmängel niedergelassener Ärzte sowie die freie Arztwahl und eine damit verbundene Tendenz zu häufigen Arztwechseln („Ärztchopping“).

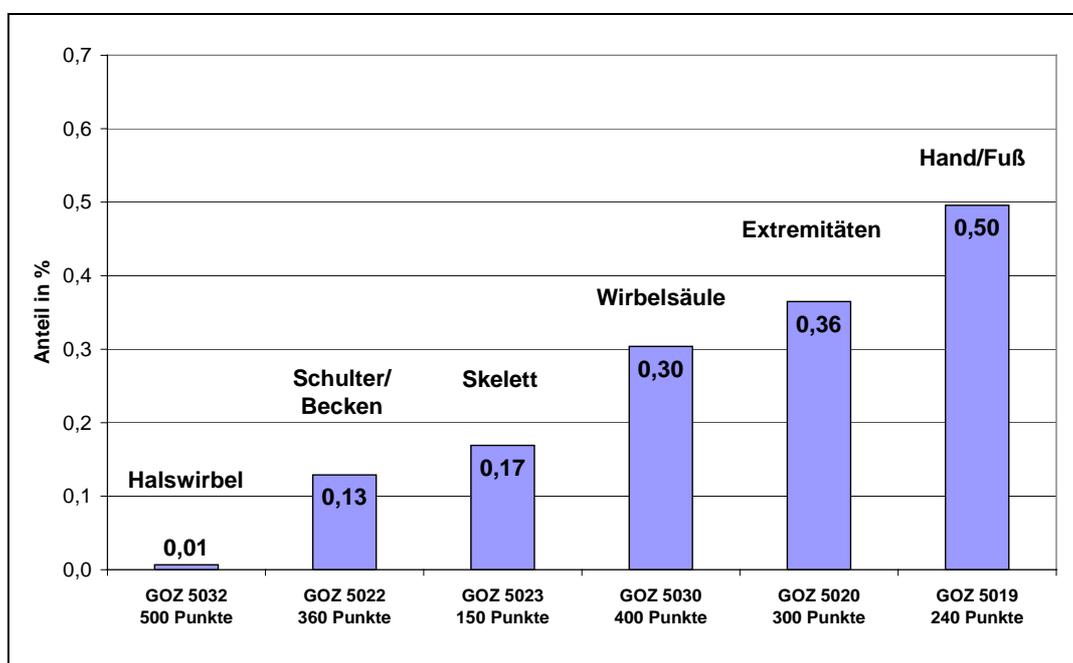
Die „doppelte Facharztschiene“ gilt als institutionelle Voraussetzung für einen ineffizienten Ressourceneinsatz infolge von medizinisch unnötigen Doppel- und Mehrfachuntersuchungen.

Die vorhandene Evidenzlage zur Existenz von Doppel- und Mehrfachuntersuchungen ist jedoch unzureichend und steht in einem deutlichen Missverhältnis zur Häufigkeit des Ineffizienzvorwurfs. Daher wurde im Rahmen

des vorliegenden Gutachtens auf der Basis von Routineabrechnungsdaten einer GKV-Stichprobe aus dem Zeitraum 2004/05 eine Schätzung der Größenordnung von unnötigen Wiederholungsuntersuchungen durch niedergelassene Ärzte in ausgewählten Bereichen durchgeführt.

Wiederholtes Röntgen hatte demnach eine Häufigkeit, die – je nach Art der Untersuchung – zwischen einem von 1.000 Versicherten (Halswirbel) und fünf von 10.000 Versicherten (Hand/Fuß) lag (Abbildung 7).

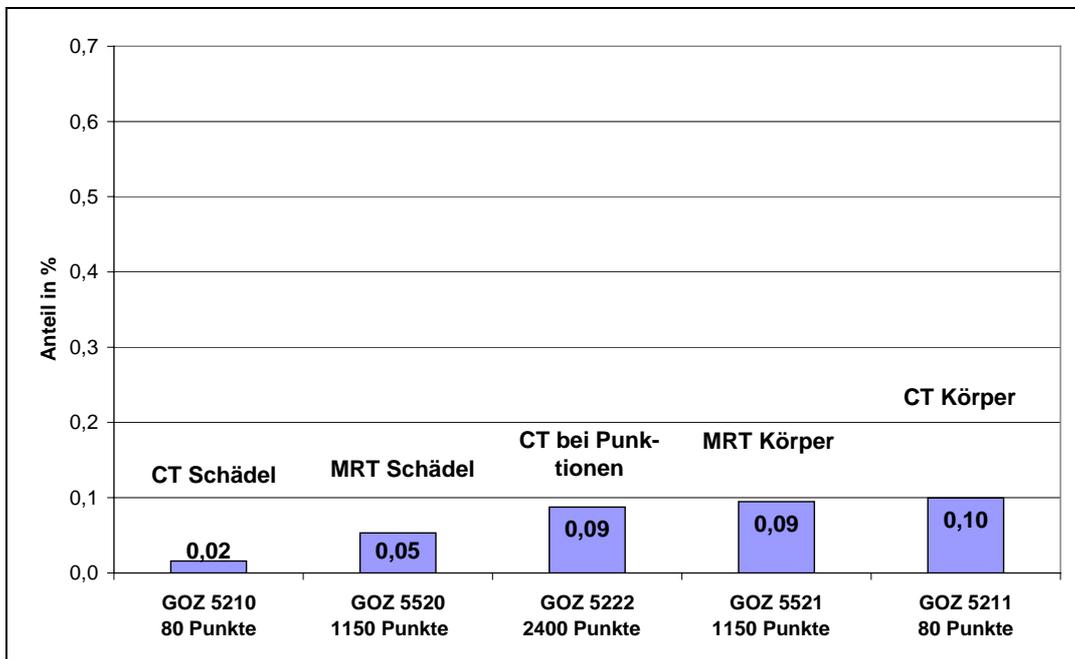
Abbildung 7: Anteile der Versicherten mit wiederholter Röntgen-Untersuchung für die sechs häufigsten Untersuchungsarten



Quelle: IGES; Anteil Versicherter mit mindestens einer wiederholten Untersuchung innerhalb von 360 Tagen am Studienkollektiv (n = 1.221.468 Versicherte), adjustiert an Alters- und Geschlechtsstruktur der GKV zum 1.7.2004.

Bei Computer- sowie Magnetresonanztomographien waren die Wiederholungsraten innerhalb eines Jahres geringer als beim Röntgen (Abbildung 8). Während nur einer von 5.000 Versicherten innerhalb eines Jahres eine wiederholte CT des Schädels erhielt, war dies beim CT des Körpers einer von 1.000 Versicherten.

Abbildung 8: Anteile der Versicherten mit wiederholter CT/MRT-Untersuchung für die fünf häufigsten Untersuchungsarten



Quelle: IGES; Anteil Versicherter mit mindestens einer wiederholten Untersuchung innerhalb von 360 Tagen am Studienkollektiv (n = 1.221.468 Versicherte), adjustiert an Alters- und Geschlechtsstruktur der GKV zum 1.7.2004. Je Untersuchung werden GOZ teilweise mehrfach abgerechnet.

Es gibt aus medizinischer Sicht zahlreiche Gründe, eine Untersuchung in einem zeitlichen Abstand zu wiederholen. Dies gilt insbesondere dann, wenn eine wiederholte Untersuchung im Rahmen einer medizinisch notwendigen Verlaufskontrolle erfolgt. Auskünfte darüber, inwieweit eine Verlaufskontrolle erfolgen sollte, geben z. B. Behandlungsleitlinien. Strahlendiagnostische Untersuchungen im Sinne einer Verlaufskontrolle sind z. B. bei Verletzungen (Knochenbrüchen) erforderlich.

Auf Grundlage der empirisch ermittelten Häufigkeiten wurde ein Einsparpotenzial für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) geschätzt. Da ein Teil der wiederholten Untersuchungen medizinisch geboten und damit nicht überflüssig ist, wurde auf Basis einer Auswertung der Diagnosen, die von den behandelnden Ärzten gemäß ICD-10 dokumentiert wurden, ein Anteil ermittelt, der in das Einsparvolumen nicht eingerechnet wurde.

Die Höhe des auf diese Weise quantifizierten Einsparvolumens reicht – je nach unterstelltem Abrechnungs-Punktwert – von 113 Mio. € (Punktwert: 2 Cent) über 227 Mio. € (Punktwert: 4 Cent) bis maximal 289 Mio. € (Punktwert: 5,11 Cent) (Tabelle 1).

Diese Kostengrößen entsprechen einem Anteil an den Gesamtausgaben der GKV für ärztliche Leistungen (2004) in Höhe von 0,5 % (Punktwert: 2 Cent) bzw. 1,4 % (Punktwert: 5,11 Cent). Im Verhältnis zu den gesamten Leistungsausgaben der GKV (2004) kann das hier ermittelte Einsparpotenzial auf 0,1 % bis 0,2 % veranschlagt werden.

Tabelle 1: Schätzung eines jährlichen GKV-Einsparpotenzials bei medizinisch nicht indizierten Wiederholungsuntersuchungen

	Einsparvolumen		
	Punktwert: 2,00 Cent	Punktwert: 4,00 Cent	Punktwert: 5,11 Cent
Röntgen (Summe ausgewählter GOZ) CT/MRT (Summe ausgewählter GOZ)			
geschätztes Einsparvolumen GKV (p.a.)	113.285.545 €	226.571.169 €	289.444.647 €
Anteil an GKV-Ausgaben für ärztliche Leistungen insg. (2004)	0,5 %	1,1 %	1,4 %
Anteil an GKV-Leistungsausgaben insg. (2004)	0,1 %	0,2 %	0,2 %

Quelle: IGES

Aus den zugrunde liegenden Routinedaten lassen sich die tatsächlichen Begleitumstände einer Wiederholungsuntersuchung – und damit die Beurteilung ihrer medizinischen Notwendigkeit – nur sehr begrenzt ermitteln. Mit einer angesichts dieser Ungewissheit durchgeführten Sensitivitätsanalyse werden die Anteile von Wiederholungsuntersuchungen, die medizinisch nicht begründet sind, pauschal einmal auf ein Drittel, dann auf die Hälfte und schließlich auf zwei Drittel veranschlagt. Auf dieser Grundlage errechnen sich für die gesamte GKV jährliche Einsparungen zwischen 63,7 Mio. € und 325,4 Mio. € Bezogen auf die Gesamtausgaben der GKV (2004) ergeben sich daraus Einsparpotenziale zwischen 0,05 % und 0,23 %. Dies entspricht einer Spannweite zwischen 0,01 und 0,03 Beitragssatzpunkten.

Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass es Einsparpotenziale durch Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen gibt, dass diese Einsparpotenziale aber stark überschätzt werden.

Künftige Herausforderungen und gesundheitspolitische Konsequenzen

Die empirische Analyse zu Ausmaß und Evidenz von Ineffizienzen der Versorgung mit ärztlichen Leistungen ist notwendigerweise retrospektiver Natur. Sie ist aber unabdingbar, um gegenwärtige und mit Blick in die Zu-

kunft gerichtete Anpassungserfordernisse aufzuzeigen. Auch für die ärztliche bzw. fachärztliche Versorgung werden zum Teil tief greifende strukturelle Veränderungsprozesse ebenso unvermeidlich wie erforderlich sein, um Effizienz und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zu erhalten und zu verbessern.

Die wichtigsten zukünftigen Herausforderungen für die ambulante fachärztliche Versorgung sind:

- die demographische Entwicklung und ihre Auswirkungen auf den medizinischen Behandlungsbedarf sowie die Finanzierungsbedingungen des Gesundheitssystems,
- der wachsende Bedarf an Integrationsmanagement im Zuge einer zunehmenden Spezialisierung und Arbeitsteilung in der medizinischen Versorgung, aber auch angesichts der bestehenden Sektoralisierung im deutschen Gesundheitssystem,
- die künftige Positionierung in der medizinischen Wertschöpfungskette im Verhältnis zu Krankenhäusern und zur nicht-fachärztlichen ambulanten Versorgung,
- die Veränderungen der Angebotsstrukturen in der ambulanten Versorgung, nicht zuletzt als Folge des jüngst in Kraft getretenen Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes.

Die ambulante fachärztliche Versorgung wird auch zukünftig einen hohen Stellenwert im deutschen Gesundheitswesen haben, wenn nachweisbar erkennbar wird, dass sie weniger „Schnittstellenprobleme“ verursacht als vielmehr eine bedeutende „Schnittstellenfunktion“ wahrnimmt. Der auch im medizinischen Bereich vorherrschende Trend zu stärkerer Arbeitsteilung und Spezialisierung legt nahe, dass niedergelassene Fachärzte als Teilbereich des Gesamtversorgungssystems als das Scharnier mit zentraler Allokations- und Koordinationsfunktion zwischen „unspezifischer“ Primärarztbehandlung und hochspezialisierter stationärer Versorgung fungieren. Die Existenz eines übergreifenden „epidemiologischen Bewusstseins“ bzw. die Orientierung an über die Einzelpraxis hinausgehende Versorgungsstandards ist eine Voraussetzung dafür, dass die niedergelassenen Fachärzte einen solchen Anspruch erfolgreich einlösen können.

Von der Gesundheitspolitik ist eine strikte Versorgungsform-Neutralität zu fordern, zumindest solange die Evidenzlage zur ärztlichen Versorgung so unzureichend ist, wie sie sich gegenwärtig darstellt. Die jüngsten gesetzgeberischen Maßnahmen in Form des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

genügen dieser Forderung in Teilen nicht. Dies betrifft vor allem die gezielte Förderung von hausarztzentrierten Versorgungsformen, aber auch die gezielte Förderung von ambulanten Behandlungen im Krankenhaus angesichts der dortigen Quersubventionierungsmöglichkeiten und der bestehenden Vergütungsunterschiede im Vergleich zur vertragsärztlichen Versorgung.

Die Gesundheitspolitik muss die Voraussetzungen dafür verbessern, dass die Vorteile der fortschrittsinduziert zunehmenden Arbeitsteilung im Gesundheitswesen überwiegen und ihre unerwünschten Effekte minimiert werden. Um dieses Ziel zu erreichen ist es unabdingbar, die bestehende Sektoralisierung des deutschen Gesundheitssystems zu überwinden. Sie führt dazu, dass sich die medizinische Versorgung weniger als möglich an den Patienteninteressen ausrichtet, sondern immer noch stark durch eine intrasektorale Optimierung nach Maßgabe der Interessen der Leistungserbringer geprägt ist. Dies steht im Widerspruch zur ökonomischen Notwendigkeit, dass Leistungen unabhängig von Sektorengrenzen dort erbracht werden sollen, wo das optimale Kosten-Qualitäts-Verhältnis mit der höchsten Wahrscheinlichkeit erreicht werden kann.

Sowohl die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung als auch das jüngst in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz stellen prinzipiell wichtige und zu begrüßende Schritte zur Flexibilisierung der Strukturen der ärztlichen Leistungserbringung dar. Damit die Überwindung der Sektoralisierung gelingen kann, bedarf es aber vor allem einer Harmonisierung der gegenwärtig unterschiedlichen Finanzierungs- und Vergütungssysteme. Solange vergleichbare Leistungen, die sowohl im niedergelassenen Bereich als auch im Krankenhaus erbracht werden können, teilweise ganz unterschiedlich vergütet werden, kommt es zu Allokationsverzerrungen und zu ineffizienter Leistungserstellung.

Mit der Verbreitung integrierter Versorgungsformen, den Privatisierungsprozessen im Krankenhaussektor und der Liberalisierung der Angebotsstrukturen im ambulanten Bereich entstehen schließlich auch substantielle wettbewerbspolitische Herausforderungen. Es ist daher notwendig, dass die Gesundheitspolitik den Gesundheitsmarkt stärker wettbewerbspolitisch und wettbewerbsrechtlich erschließt. Sowohl den Krankenkassen als marktmächtige Einkäufer als auch den Leistungserbringern sollten nicht nur erweiterte Vertragsfreiheiten eingeräumt werden, sondern ihnen müssen auch klare kartell- bzw. wettbewerbsrechtliche Grenzen gezogen werden. Ein funktionsfähiger Krankenversicherungswettbewerb bildet das wirkungsvollste Korrektiv für die wohlfahrtsmindernde Nutzung monopolistischer Marktmacht.