



[www.deutscher-facharztverband.de](http://www.deutscher-facharztverband.de)

## Pressemitteilung

**IGES/Rürup-Gutachten zur fachärztlichen ambulanten Versorgung**

### Die strukturierte Facharztversorgung hat Zukunft

**Berlin, 18.04.2007 – Die ambulante fachärztliche Versorgung ist kein Kostentreiber im deutschen Gesundheitswesen, stellt der Deutsche Facharztverband (DFV) auf der Basis des Gutachtens „Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung – Gutachten zur Entwicklung fachärztlicher Versorgung im deutschen Gesundheitssystem“ fest, welches vom Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Dr. Bert Rürup (Darmstadt) erstellt wurde. Das deutsche Gesundheitssystem ist trotz seines hohen Anteils niedergelassener Fachärzte im internationalen Vergleich nicht überteuert und in der Versorgung effizient.**

„Das Argument, wer im Gesundheitssystem sparen wolle, müsse nur die niedergelassenen Fachärzte einsparen, hat ausgedient“, fasst Dr. Michael P. Jaumann, 1. Vorsitzender des Deutschen Berufsverbandes der Hals-Nasen-Ohrenärzte, zusammen. „Mit dem Gutachten lassen sich Fachärzte in Praxis und Klinik nicht mehr gegeneinander ausspielen“, unterstreicht Dr. Thomas Scharmann, Bundesvorsitzender des Deutschen Facharztverbandes (DFV).

#### **Nicht Praxis oder Klinik – sondern Praxis und Klinik!**

„Eine Gesundheitspolitik, die einseitig das Krankenhaus bevorzugt, riskiert ineffizient zu werden. Die Politik muss das kostengünstige Gleichgewicht aus ambulantem Haus- und Facharzt einerseits wie der Klinik andererseits bewahren“, zieht Thomas Scharmann als politischen Schluss.

#### **„Strukturierte Facharzt-Versorgung“ hat Zukunft**

Das Gutachten findet keine Belege für häufig gegenüber den niedergelassenen Fachärzten erhobene Vorwürfe, wie etwa der einer ‚Doppelten Facharztschiene‘. Die Zeiten sind vorbei, in denen Fachärzte in Praxen und Kliniken politisch motiviert als „Luxus“ bezeichnet wurden. Auch wurde immer wieder behauptet, dass u. a. unnötige Doppeluntersuchungen zur Verteuerung der medizinischen Versorgung in Deutschland führen.

„Die Unterstellung einer ‚Doppelten Facharztschiene‘ hat den niedergelassenen Fachärzten das politische Leben sehr erschwert. Mit den Ergebnissen des Gutachtens entpuppt sich dieser Verschwendungsvorwurf als nicht belegbares Vorurteil“, hebt Thomas Scharmann hervor. „Das Gutachten legt es nahe, den Begriff der ‚Doppelten Facharztschiene‘, der eine Abwertung der ambulanten Fachärzte beinhaltete, aus dem Wortschatz der deutschen Gesundheitspolitik zu streichen – ein für allemal“, unterstreicht Michael P. Jaumann.

#### **Kein Wackelpudding mehr**

Das Gutachten auf Anregung von zehn fachärztlichen Berufsverbänden und des DFV war ein sehr großes Wagnis. Ein Wagnis, weil weder die Kritiker der ambulanten fachärztlichen



[www.deutscher-facharztverband.de](http://www.deutscher-facharztverband.de)

Versorgung noch die Fachärzte bislang ihre jeweilige Argumentation einem seriösen systematisch-wissenschaftlichen Belastungstest ausgesetzt haben. Bislang gab es keine systematische, wissenschaftlich fundierte Arbeit speziell zur fachärztlichen Versorgung in Deutschland und Europa. „Umso trefflicher ließ sich bisher mit den Wackelpudding-Argumenten streiten – wahrscheinlich wäre das endlos so weitergegangen. Doch damit ist jetzt Schluss – mit dem glücklicheren Ende für die niedergelassenen Fachärzte“, hob Michael P. Jaumann hervor.

„Das Rürup/IGES-Gutachten trägt zur Versachlichung der Diskussion über die ambulante fachärztliche Versorgung bei“, unterstreicht Thomas Scharmann als Fazit.

**Die zehn fachärztlichen Berufsverbände:** Berufsverband der Augenärzte (BVA), Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD), Berufsverband der Frauenärzte (BVF), Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohren Ärzte (HNO), Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN), Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen (BNC), Berufsverband der niedergelassenen, fachärztlich tätigen Internisten (BNFI), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie (BVO), Berufsverband der Pneumologen (BdP), Berufsverband der Deutschen Urologen (BDU).

**Zum Herunterladen: Pressemitteilung unter  
[www.deutscher-facharztverband.de](http://www.deutscher-facharztverband.de)**

Belegexemplar erbeten (an die Anschrift der Redaktion)

**Verantwortlich:** Dr. Thomas Scharmann – DFV Bundesvorsitzender, **Redaktion:** JSpress – Joachim Stier – Rolandstr. 11 – 52070 Aachen – T: 0241/559 38 58 – F: 0241/559 38 63 – H: 0170/2900 88 3

**Übersversorgung durch ambulant praktizierende Fachärzte nicht nachweisbar - Öffnung der Krankenhäuser zur Überwindung der Sektoralisierung notwendig, aber nicht hinreichend**

Institut für  
Gesundheits- und  
Sozialforschung GmbH  
Wichmannstraße 5  
D-10787 Berlin  
Tel. : 030 230 80 90  
Fax : 030 230 80 9 11  
Mail: [presse@iges.de](mailto:presse@iges.de)  
[www.iges.de](http://www.iges.de)

*Aktuelles IGES/Rürup-Gutachten zur Entwicklung fachärztlicher Leistungen im deutschen Gesundheitssystem vorgelegt*

**Berlin, 18. April 2007** – In der gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland wird häufig die Vermutung aufgestellt, dass die "doppelte Facharztschiene" ein wichtiger Grund für Ressourcenvergeudung und Unwirtschaftlichkeit sei. Die doppelte Vorhaltung von Fachärzten im ambulanten und im stationären Sektor führe dazu, dass in Deutschland zu viele Fachärzte praktizieren, insbesondere im ambulanten Bereich.

Das IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (Berlin) hat in Kooperation mit Prof. Dr. Dr. h.c. Bert Rürup (Darmstadt) im Auftrag des Deutschen Facharztverbands (DVF) ein Gutachten erstellt, das die Frage beantworten soll, ob und ggf. in welchem Umfang sich die These der „doppelten Facharztschiene“ untermauern lässt.

**Facharztdichte im internationalen Vergleich moderat**

Von den insgesamt 308.000 berufstätigen Ärzten arbeiteten zuletzt (2005) rund 154.000 (50 %) als weitergebildete Fachärzte außerhalb der allgemeinmedizinischen Versorgung, davon 56.000 in Arztpraxen, 69.000 im Krankenhaus, 8.000 in Vorsorge- und Rehakliniken und 21.000 in anderen Einrichtungen (meist nicht therapeutisch tätig). Während die gesamte Arztdichte in Deutschland im internationalen Vergleich mit 3,7 je 1.000 Einwohner relativ hoch ist, bewegt sich die Dichte an Fachärzten (ambulant und stationär) mit 1,6 je 1.000 Einwohner im internationalen Mittelfeld. Würde man auf die Fachärzte im ambulanten Sektor komplett verzichten, ergäbe sich mit 0,9 eine weit unterdurchschnittliche Facharztdichte. Deutschland fällt im internationalen Vergleich also nicht durch eine besonders hohe Facharztdichte auf, auch nicht im ambulanten Bereich.

**Rückgang der Fachärzte in Praxen**

Dies zeigt auch die Entwicklung der Zahl der Ärzte (gemessen in Vollzeitäquivalenten) in den letzten Jahren (2002 bis 2005): In den Krankenhäusern hat sie 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 %. Wenn also unterstellt wird, dass die "doppelte Facharztschiene" zu Überkapazitäten führt, dann scheint dies eher auf den stationären Sektor zuzutreffen.

Für die ambulante ärztliche Versorgung wird in Deutschland im internationalen Vergleich pro Einwohner mit 307 US\$ (2003, kaufkraftbereinigt) deutlich weniger ausgegeben als in anderen Ländern (z. B. Schweiz: 520 US\$). Im stationären Bereich bewegen sich die Pro-Kopf-Ausgaben mit 804 US\$ auch nur im internationalen Mittelfeld. Die von Kritikern der "doppelten Facharztschiene" häufig unterstellte Verteuerung der Versorgung lässt sich somit empirisch im internationalen Vergleich nicht nachweisen.

### **Einsparpotenziale bei Mehrfachuntersuchungen überschätzt**

Die "doppelte Facharztschiene" wird häufig als Ursache für eine angebotsinduzierte Leistungsausweitung genannt, die sich häufig in medizinisch unnötigen Doppel- und Mehrfachuntersuchungen äußerte. Es wird dabei unterstellt, dass Patienten mehrere ambulante Fachärzte in Anspruch nehmen, die ohne Koordination dieselbe Diagnostik betreiben. Darin wird häufig eine der Hauptursachen für Ineffizienz in der ärztlichen Versorgung gesehen.

Empirische Belege für diese These sind jedoch außerordentlich spärlich. Im Rahmen des vorliegenden Gutachtens wurde die Frage, wie häufig unnötige Wiederholungsuntersuchungen durch niedergelassene Ärzte durchgeführt werden, auf Basis von Abrechnungsdaten einer GKV-Stichprobe empirisch untersucht.

Die Analyse bezog sich auf die häufig in der Kritik stehenden bildgebenden Verfahren und zeigt, dass Wiederholungsuntersuchungen ein seltenes bis sehr seltenes Ereignis darstellen:

- Wiederholte Röntgenuntersuchungen wurden innerhalb von 360 Tagen in einer Häufigkeit zwischen einem (Schulter oder Becken) und fünf (Hand bzw. Fuß) Versicherten pro Tausend Versicherten beobachtet.
- Wiederholte computer- oder magnetresonanztomographische (CT/MRT) Untersuchungen wurden in einer Häufigkeit zwischen zwei und zehn Versicherten pro Zehntausend Versicherten beobachtet.

Anhand der von den niedergelassenen Ärzten gestellten Diagnosen wird deutlich, dass Wiederholungsuntersuchungen darüber hinaus auch häufig medizinisch indiziert sein können: Zwei Drittel (67,8 %) der Röntgenuntersuchungen von Hand oder Fuß stehen im Kontext einer Verletzung. Die Wiederholung der Untersuchung hat die Aufgabe, den Prozess der Frakturheilung zu kontrollieren. In anderen Konstellationen konnten aus den Daten jedoch keine Hinweise auf eine medizinisch gerechtfertigte Wiederholung abgelesen werden.

Eine Schätzung der Einsparpotenziale durch eine Reduktion von Wiederholungsuntersuchungen wurde in Form einer Sensitivitätsanalyse durchgeführt. Dabei wurden variable Annahmen für den tatsächlichen Punktwert für ambulante Leistungen getroffen (2 / 4 / 5,11 Cent) sowie für den Anteil von Wiederholungsuntersuchungen, die medizinisch nicht begründet sind (33,3 % / 50,0 % / 66,7 %).

Auf dieser Grundlage errechnen sich für die gesamte GKV jährliche Einsparungen zwischen 63,7 Mio. und 325,4 Mio. Euro. Bezogen auf die Gesamtausgaben der GKV (140,2 Mrd. Euro in 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, diese Einsparpotenziale aber stark überschätzt werden.

### **Gesundheitspolitische Konsequenzen notwendig**

Zumindest solange die Evidenzlage zu Existenz und Ausmaß möglicher Ineffizienzen in der ärztlichen Versorgung, insbesondere im Hinblick auf die „doppelte Facharztschiene“, so unzureichend ist, wie sie sich gegenwärtig darstellt, ist von der Gesundheitspolitik eine strikte Versorgungsform-Neutralität zu fordern. 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. Ein effizienter Wettbewerb, der den Suchprozess nach optimalen Versorgungsformen für die Zukunft stärkt, erfordert gleiche Chancen für alle Leistungserbringer.

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. Diese 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.

Sowohl die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung als auch das jüngst in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz sind als Schritte zur Flexibilisierung der Strukturen ärztlicher Versorgung zu begrüßen. Damit die Überwindung der Sektoralisierung letztlich gelingen kann, muss es aber zusätzlich zu einer Harmonisierung der gegenwärtig unterschiedlichen Finanzierungs- und Vergütungssysteme kommen.

Solange vergleichbare Leistungen, die sowohl im niedergelassenen Bereich als auch im Krankenhaus erbracht werden können, teilweise ganz unterschiedlich vergütet werden, kommt es weiter zu Allokationsverzerrungen und ineffizienter Leistungserstellung.

Download der Pressemeldung unter [www.iges.de](http://www.iges.de)

Belegexemplar erbeten

**Kontakt für Rückfragen und Interviewwünsche:**

Christine Brummer  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit  
Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH  
Tel.: 030 - 230 80 9 411  
Fax: 030 – 230 80 9 11  
[Presse@iges.de](mailto:Presse@iges.de)