
Aus dem Universitätsklinikum Münster
DRG-Research-Group
Leiter: Prof. Dr. med. Norbert Roeder

**Ärztliche Weiterbildung im Spiegel veränderter
Ordnungspolitischer Rahmenbedingungen**

INAUGURAL – DISSERTATION
Zur Erlangung des doctor medicinae
der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von Benjamin John Bücking
geboren in Coesfeld
2009

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ - Prof. Dr. med. Wilhelm Schmitz

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Norbert Roeder

2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hugo Van Aken

Tag der mündlichen Prüfung: 13.11.2009

Aus dem Universitätsklinikum Münster
DRG-Research-Group
Direktor: Prof. Dr. med. Norbert Roeder

Referent: Prof. Dr. Norbert Roeder
Koreferent: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hugo Van Aken

Zusammenfassung

Ärztliche Weiterbildung im Spiegel veränderter Ordnungspolitischer Rahmenbedingungen

Benjamin Bücking

Die ärztliche Weiterbildung steht in Diskussion zwischen Leistungserbringern, Kostenträgern und der Politik. Es wird befürchtet, dass die sich verknappenden ökonomischen Ressourcen im Krankenhaus sowie die Unzufriedenheit der Ärzteschaft mit diesen Rahmenbedingungen zu einer Einschränkung der ärztlichen Weiterbildung und in der Folge zu einem Facharztmangel führen.

In dieser Dissertation konnte durch Analyse von Stellenanzeigen im Deutschen Ärzteblatt für den Zeitraum 2005-2007 gezeigt werden, dass den angebotenen Stellen für die ärztliche Weiterbildung ein Mangel an Weiterbildungsassistenten gegenübersteht. Damit ist im betrachteten Zeitraum keine Reduktion der Chancen auf eine Weiterbildungsstelle in deutschen Krankenhäusern zu beobachten. Allerdings fehlen schon jetzt auch Fachärzte. Ob bei einem vergrößerten Angebot an Fachärzten seitens der Krankenhäuser die Weiterbildungsstellen reduziert würden, ist derzeit nicht abschließend zu klären.

Im internationalen Vergleich besteht in Deutschland ein erheblicher Nachholbedarf bezüglich einer besseren Strukturierung und Finanzierung der Weiterbildung. Eine Verbesserung der Weiterbildungsbedingungen ist als gesellschaftlich notwendige Präventionsmaßnahme gegen einen drohenden Fachärztemangel zu sehen. Die Qualität der ärztlichen Weiterbildung muss kurzfristig verbessert werden, um mit den aktuellen Entwicklungen Schritt zu halten und den beginnenden Fachärztemangel zu verringern. Dazu ist auch eine kurzfristige Verbesserung der Finanzierung der Weiterbildung notwendig, die nach Ermittlung der direkten und indirekten Weiterbildungskosten präzisiert werden muss.

Auch aus volkswirtschaftlicher Sicht ist anzustreben, die Abwanderung von mit hohen Kosten aus- und weitergebildeten Ärzten und Fachärzten in das Ausland zu verringern. Diese Abwanderung erreicht zwar nicht das durch Medien suggerierte Ausmaß, ist jedoch stetig steigend. Um die Abwanderung zu stoppen sind die Ursachen zu untersuchen und zu beseitigen, um Wettbewerbsnachteile in Deutschland gegenüber dem benachbarten Ausland zu vermeiden.

Schon heute spielt die Qualität der Weiterbildung bei der Stellenauswahl der Assistenzärzte eine entscheidende Rolle. Bewertungsportale wie www.facharztweb.de u.a. werden die krankenhauses- und fachabteilungsindividuelle Qualität der Weiterbildung transparent machen. Notwendig sind eine individuelle Betreuung der Weiterbildungsassistenten, klare Weiterbildungscurricula sowie Logbücher zur Dokumentation und Überprüfung der Weiterbildungsfortschritte. Die Finanzierung der Weiterbildungskosten der Krankenhäuser sollte an die oben dargestellten Qualitätsmerkmale geknüpft werden.

1	EINLEITUNG	1
1.1	Weiterbildung in Deutschland	1
1.2	Kosten der Weiterbildung in Deutschland	2
1.2.1	Indirekte Kosten der Weiterbildung	2
1.2.2	Direkte Kosten der Weiterbildung	4
1.3	Finanzierung der Weiterbildung in Deutschland	5
1.4	Ärztliche Weiterbildung in Deutschland – Einflussfaktoren auf den Arbeitsmarkt	5
1.4.1	EU Arbeitszeitgesetz	5
1.4.2	Neue Approbationsordnung 2002	7
1.4.3	Neue Tarifverträge	8
1.4.4	Berufliche Perspektiven - Alternativen	9
1.4.5	Abwanderung ins Ausland, Zuwanderung aus dem Ausland	9
1.4.6	Geschlechtsverteilung der Studierenden und Ärzte	12
1.4.7	Krankenhausgestaltungsgesetz in Nordrhein-Westfalen	12
1.5	Fragestellung der vorgelegten Arbeit	13
2	MATERIAL UND METHODIK	15
2.1	Material	15
2.1.1	Datengrundlage der Arbeitsmarktanalyse	15
2.1.2	Datengrundlage zur Weiterbildung anderer Länder	17
2.2	Methodik	18
2.2.1	Auswertung der Stellenanzeigen aus dem Ärzteblatt	18
2.2.2	Erfassung der Weiterbildung anderer Länder	18
3	ERGEBNISSE	19
3.1	Stellenanzeigen des Deutschen Ärzteblattes 2005 bis 2007	19
3.2	Verteilung nach gesuchter Funktion/Qualifikation	19
3.3	Anästhesie	22
3.4	Stellenanzeigen in chirurgisch tätigen Fachgebieten	27
3.5	Auswertung nach verschiedenen Krankenhausträgern	33
3.5.1	Vergleich der Vollkraftanteile und der Anteile der geschalteten Stellenanzeigen	35
3.5.2	Anteile der geschalteten Stellenanzeigen nach Träger und Funktion	36
3.5.3	Entwicklung der Stellenanzeigen der Universitätskliniken	37
3.5.4	Stellenanzeigen öffentlicher Häuser	42
3.5.5	Stellenanzeigen Konfessioneller Häuser	47
3.5.6	Stellenanzeigen privater Häuser	50
3.6	Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung - ein internationaler Vergleich	54
3.6.1	Großbritannien	54
3.6.2	Spanien	55
3.6.3	Frankreich	56

3.6.4	Schweden	56
3.6.5	Niederlande	57
3.6.6	Vereinigte Staaten von Amerika	57
3.6.7	Australien	59
3.6.8	Kanada	59
4	DISKUSSION	61
4.1	Zahl der geschalteten Stellenanzeigen	61
4.2	Gesuchte Funktionen	62
4.2.1	Anteil gesuchter Assistenzärzte	62
4.2.2	Anteil gesuchter Oberärzte	64
4.3	Auswertung Anästhesie	64
4.4	Chirurgische Fächer	65
4.5	Unterschiede nach Trägern	66
4.6	Weiterbildung in Deutschland	68
4.7	Qualität der Weiterbildung	69
4.8	Ärztliche Tätigkeitsmerkmale	69
4.9	Ärztliche Weiterbildung anderer Länder	70
4.10	Finanzierung ärztlicher Weiterbildung in Deutschland	71
4.11	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG	79
4.12	Volkswirtschaftliche Auswirkungen	82
4.13	Fazit	83
5	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	85
6	TABELLENVERZEICHNIS	87
7	LITERATURVERZEICHNIS	88

Abkürzungsverzeichnis

AiP	Arzt im Praktikum
ASS	Assistent
ASSifWB	Assistent in fortgeschrittener Weiterbildung
BASS	Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien, Schweiz
BIP	Bruttoinlandsprodukt
DGME	Direct Graduate Medical Education
DGMEP	Direct Graduate Medical Education Payments
DRG	Diagnosis Related Groups
DSH	disproportionate share
EuGH	Europäischer Gerichtshof
FA	Facharzt
GB	Großbritannien
IME	Indirect Medical Education
IMEP	Indirect Medical Education Payments
IMPP	Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
MADEL	Medical and Dental Education Levy
MedPAC	Medicare Payment Advisory Commission
MIR	Médico Interno Residente
NHS	National Health Service
OA	Oberarzt
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PGME	Postgraduate Medical Education
PJ	Praktisches Jahr
PKV	Private Krankenversicherung
PMETB	Medical Education and Training Board
PRA	Per Resident Amount
SONST	Sonstige
SFR	Schweizer Franken
TV-Ä	Tarifvertrag für Ärzte
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen
WISS	Wissenschaftliche Mitarbeiter
WHO	World Health Organisation

1 Einleitung

Im deutschen Gesundheitssystem wird die Ausbildung der Ärzte in die drei Abschnitte Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung eingeteilt. Der erste Abschnitt ist das Studium der Humanmedizin an der medizinischen Fakultät einer Universität, welches mit dem Staatsexamen abgeschlossen wird und Voraussetzung für die Beantragung einer Approbation ist. Daran schließt sich für die Ärzte die Weiterbildung in den verschiedenen Fachrichtungen an, an deren Ende die Facharztanerkennung steht. Um die Qualität der ärztlichen Versorgung sicherzustellen, sind die Ärzte schon während der Weiterbildungszeit und auch darüber hinaus zusätzlich zur regelmäßigen Fortbildung verpflichtet, deren Ableistung gegenüber den Ärztekammern belegt werden muss.

1.1 Weiterbildung in Deutschland

In Deutschland werden nach der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2003 insgesamt 32 verschiedene Gebiete mit unterschiedlichen Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen anerkannt. Die Weiterbildung dauert je nach Fachrichtung mindestens 5 beziehungsweise 6 Jahre. Die inhaltliche und administrative Organisation der Weiterbildung obliegt den Landesärztekammern, die sich von den medizinisch wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden unterstützen lassen. Die Weiterbildungsordnung wird von der jeweiligen Landesärztekammer erstellt. Obwohl die jeweiligen Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern in der Regel eng an die von der Bundesärztekammer entwickelte Musterweiterbildungsordnung angelehnt sind, wird dieser Föderalismus mit den damit verbundenen Abweichungen der Curricula als problematisch angesehen¹ Nach der letzten Revision von 2003 ist die ärztliche Weiterbildung dabei meist in drei Stufen gegliedert. Die Ärztekammer vergibt nach Prüfung der vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte eine Facharzt-, Gebiets-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung. Innerhalb eines Fachgebietes können eine (z.B. Facharzt für Urologie im Fachgebiet Urologie) oder verschiedene (z.B. Facharzt für Gefäßchirurgie, Facharzt Allgemeine Chirurgie u. a. im Fachgebiet Chirurgie) Facharzt- bzw. Gebietsbezeichnung erworben werden. Von der Facharztweiterbildung sind Schwerpunkte zu unterscheiden. Diese geben eine Spezialisierung innerhalb eines Fachgebietes wider wie z.B. der Schwerpunkt Neonatologie in der Pädiatrie. Darüber hinaus können Zusatzbezeichnungen von Ärzten verschiedener Gebiete erworben werden. Beispiele sind die Zusatzbezeichnungen Notfallmedizin, Medizinische Informatik u. a.. Nach §8 der Musterweiterbildungsordnung sind die Weiterbildungspartner zur Verbesserung der Weiterbildung zu jährlich stattfindenden Personalgesprächen und

zum Führen von Logbüchern zur Kontrolle und Dokumentation der Weiterbildungsfortschritte verpflichtet.

Die Weiterbildung findet durch dazu von den Ärztekammern ermächtigte Ärzte in ebenfalls von der Ärztekammer zugelassenen Weiterbildungsstätten (Krankenhäuser und Praxen niedergelassener Ärzte) statt.

Diese Personen gebundenen Ermächtigungen umfassen einen Zeitraum von 6 Monaten bis zur vollen Weiterbildungszeit. Die Anzahl der Weiterbildungsassistenten pro weiterbildenden Arzt ist nicht begrenzt. Für die Zulassung zur Facharztprüfung ist neben der erforderlichen Weiterbildungszeit zusätzlich der Nachweis fachrichtungsspezifischer Kenntnisse und Fähigkeiten notwendig. Sobald ein Arzt in Weiterbildung die notwendigen Kriterien erfüllt, kann er die Facharztprüfung ablegen². Die Anerkennung als Facharzt ist die Voraussetzung, selbstständig ärztliche Tätigkeiten durchzuführen. Erst als Facharzt kann ein Arzt sich als Vertragsarzt mit Kassenzulassung niederlassen³. Die Berufsordnung für Ärzte unterscheidet zwar nicht explizit zwischen Ärzten in Weiterbildung ohne Facharztqualifikation und Fachärzten⁴, Die Krankenversorgung muss jedoch in fachlich gebotener Qualität erfolgen⁵. Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind zur Qualitätssicherung verpflichtet⁶. In diesem Zusammenhang wird die fachärztliche Versorgung als Qualitätsmerkmal verstanden. So fordert beispielsweise die Richtlinie zur Qualitätssicherung ambulanter Operationen der Bundesärztekammer die Erbringung der ärztlichen Leistung nach Facharztstandard⁷.

Damit muss zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland eine ausreichende Anzahl von Fachärzten vorhanden sein.

1.2 Kosten der Weiterbildung in Deutschland

Die ärztliche Weiterbildung verursacht für die Träger der gesundheitlichen Versorgung direkte und indirekte Kosten.

1.2.1 Indirekte Kosten der Weiterbildung

Indirekte Kosten der Weiterbildung entstehen durch die Gehälter der Weiterbildungsassistenten. Den Personalkosten der Ärzte in Weiterbildung (Assistenzärzte) steht die erbrachte Arbeitsleistung (Produktivität) entgegen. Diese ist besonders zu Beginn der Weiterbildungszeit relativ zur Bezahlung als niedrig einzustufen. Im weiteren Verlauf der Weiterbildung sind die Assistenten jedoch in der Lage, viele Arbeiten des klinischen Alltags selbstständig zu

erledigen. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich der skizzierte Verlauf individuell stark unterscheiden kann und insbesondere von der gewählten Fachrichtung abhängt. Die Weiterbildung in chirurgischen und interventionellen Fachgebieten erscheint Personal bindender als die Weiterbildung in konservativen Fachgebieten. Es kann davon ausgegangen werden, dass durch die geringeren Gehälter der Assistenten in Weiterbildung die geringere Produktivität zum Teil ausgeglichen wird¹¹. Repräsentative Untersuchungen, die diesen Effekt quantifizieren, liegen bisher nicht vor.

Mit der steigenden Produktivität während der Weiterbildung steigen auch die Gehälter der Assistenten nach den aktuellen Tarifverträgen im Abstand von 1 bis 2 Jahren an, so dass der steigenden Produktivität auch höhere Lohnkosten entgegenstehen (

Tabelle 1.1).

Ab dem	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
Arzt	3.846 €	4.064 €	4.219 €	4.489 €	4,811 €

Ab dem	1. Jahr	4. Jahr	7. Jahr	10. Jahr	
Facharzt	5.076 €	5.501 €	5.876 €	6.085 €	
Oberarzt	6.358 €	6.731 €	7.266 €		
CA-Vertreter	7.479 €	8.013 €	8.439 €		

Tabelle 1.1 Entgelttabelle für Ärztinnen und Ärzte im Geltungsbereich des TV-Ärzte – gültig ab 01.05.2009, Tarifgebiet West⁸

Tabelle 1.1 zeigt stellvertretend für alle Tarifbereiche die Entgelte der Ärzte an den meisten westdeutschen Universitätskliniken. Es wird dabei deutlich, dass der Gehaltsunterschied zu Beginn der Weiterbildung noch 32% gegenüber einem Facharzt im ersten Jahr beträgt, während ein Weiterbildungsassistent im fünften Jahr nur noch 5,5% weniger verdient als ein Facharzt im ersten Jahr.

Der Marburger Bund erwirkte durch die ausgedehnten Streiks im Jahr 2006 einen ersten arzt-spezifischen Tarifvertrag (TV-Ä) zwischen dem Marburger Bund und den Universitätskliniken. Abgesehen von den Ärzten in konfessionellen Krankenhäusern gibt es mittlerweile für fast alle angestellten Ärzte in deutschen Krankenhäusern arzt-spezifische Tarifverträge. Deren aktuelle Entgelttabellen sind vergleichbar mit der ab Mai 2009 geltenden neuen

Entgelttabelle des Tarifvertrages für Ärzte (TV-Ä). Insgesamt erhöhte die Tarifentwicklung der letzten Jahre die Personalkosten pro Assistenzarzt. Allerdings stiegen auch die Lohnkosten der anderen Krankenhausärzte.

Zusätzlich wirken sich auch die Änderung des Arbeitszeitgesetzes, das ab dem 02.01.2007 verbindlich in allen Krankenhäusern zur Anwendung kommen muss, und die Neubewertung der Bereitschaftsdienste kostensteigernd aus.

1.2.2 Direkte Kosten der Weiterbildung

Eine weitere finanzielle Belastung entsteht den Krankenhäusern durch die direkten Kosten der Weiterbildung. Damit sind Kosten gemeint, die durch Personalbindung der weiterbildenden Fachärzte während der Weiterbildung entstehen. Aber nicht nur die Bindung des Weiterbildenden verursacht Kosten. Es konnte auch gezeigt werden, dass Weiterbildungsassistenten erheblich verlängerte Operationszeiten verursachen und damit ein gesamtes Team länger binden⁹. Außerdem wird durch Ärzte in Weiterbildung mehr und z.T. unnötige Diagnostik durchgeführt, wodurch zusätzliche Kosten entstehen¹⁰.

Belastbare Zahlen zur Höhe der Kosten sind leider nicht verfügbar. Eine Untersuchung in der Schweiz (Kanton Waadt) von 2002 zu den Kosten der Weiterbildung ergab Weiterbildungskosten von ca. 60.000 SFR (ca. 36.000 Euro) pro Assistent und Jahr¹¹. Da die ärztliche Weiterbildung in der Schweiz vergleichbar mit der in Deutschland ist, könnte dieser Kostenwert eine Orientierung zur Höhe der Kosten der Weiterbildung in Deutschland bieten.

In der Schweiz wurde durch das Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien (BASS)⁴ eine Vorstudie zur Ermittlung der Kosten der ärztlichen Weiterbildung im Auftrag des Verbandes Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) durchgeführt. Ziel war es, ein Studiendesign zur Abbildung der Kosten der ärztlichen Weiterbildung zu entwickeln. Diese Kosten wurden zunächst als Grenzkosten definiert, die zusätzlich durch die Weiterbildung bei bestehender Infrastruktur entstehen.

Den Kern der Vorstudie bildet eine Tätigkeitsanalyse, die über einen Zeitraum von einer Woche (7 mal 24 Stunden) durchgeführt werden soll. Die Teilnehmer ordnen Viertelstunden-Intervalle jeweils einer dominierenden Tätigkeit zu. Alternativ sollen bestimmte Tätigkeiten mit dem jeweiligen Zeitaufwand mittels täglicher Interviews erfasst werden. Zudem sollen in der Studie mit Hilfe einer schriftlichen Befragung persönliche Merkmale, Gehälter der Teilnehmer, Angaben zur Weiterbildungsqualität sowie Schätzwerte über Produktivitätseinbußen und Teachinganteile erfasst werden.

Ein zentrales Problem bei der Erhebung bzw. der Auswertung der Tätigkeitsanalysen sind gemischte Tätigkeiten. Dabei entstehen so genannte Kuppelprodukte aus Weiterbildungsinhalten und Patientenversorgung. Es wird von den Autoren der Vorstudie eingeräumt, dass diverse Schätzungen nötig sind, womit die Studie an Präzision verliert. Außerdem werden möglicherweise zusätzlich entstehende Sach- und Infrastrukturkosten nicht korrekt berücksichtigt. Die Studie sollte das Arbeits- und Freizeitverhalten in Bezug auf die Weiterbildung ergründen. Zudem sollte sie Schätzwerte über Lernkurven und Produktionseinbussen liefern, um schließlich die volkswirtschaftlichen Kosten der ärztlichen Weiterbildung zu beziffern¹².

1.3 Finanzierung der Weiterbildung in Deutschland

Die vollstationären Leistungen der Krankenhäuser werden seit 2004 über diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG, Diagnosis Related Groups) abgerechnet. In diesem Vergütungssystem sind per Definition auch Finanzierungsanteile für die ärztliche Weiterbildung enthalten, da die Kalkulation der Pauschalen auf den Kostendaten der Krankenhäuser aus den Vorjahren beruht. Unentgeltlich geleistete Überstunden erscheinen in den Kostendaten nicht und werden somit auch bei der Kalkulation der Pauschalen nicht berücksichtigt. Problematisch ist zudem die Refinanzierung der Weiterbildung, da der Weiterbildungsanteil in den Krankenhäusern durchaus unterschiedlich ist, alle Krankenhäuser jedoch die gleiche DRG-Fallpauschale erhalten. Krankenhäuser die weniger oder gar nicht weiterbilden, sind daher aus der pauschalen Vergütung überfinanziert während Krankenhäuser die verstärkt weiterbilden aus der pauschalen Vergütung unterfinanziert sind.

Diejenigen Krankenhäuser, die in großem Umfang weiterbilden, sind damit im nationalen Wettbewerb benachteiligt.

1.4 Ärztliche Weiterbildung in Deutschland – Einflussfaktoren auf den Arbeitsmarkt

1.4.1 EU Arbeitszeitgesetz

Das am 09. September 2003 vom Europäischen Gerichtshof (EuGH) gesprochene Urteil zum Bereitschaftsdienst von Ärzten im Krankenhaus bestätigte das Urteil des EuGH vom 03. Oktober 2000. Hiernach sind Bereitschaftsdienste grundsätzlich als Arbeitszeit zu bewerten. Insbesondere dann, wenn der

Arbeitnehmer am Arbeitsort anwesend sein muss, um bei Bedarf seine Arbeit aufzunehmen.

Daraufhin wurde im Rahmen der Reformen am Arbeitsmarkt am 19. Dezember 2003 die Novellierung des Arbeitszeitgesetzes vorgelegt. Das am 01.01.2004 in Kraft getretene Gesetz sieht neben der Übernahme der EuGH-Urteile eine Begrenzung der wöchentlichen Arbeitszeit auf 48 Stunden vor. Dies gilt durchschnittlich bezogen auf einen Zeitraum von 12 Monaten¹³. Bis zum Ende der Umsetzungsfrist, die vom 31.12.2005 auf den 31.12.2006 verlängert wurde¹⁴ hatten die Krankenhäuser Zeit, die Änderungen der Dienstpläne und des jeweiligen Stellenschlüssels vorzunehmen. Derzeit ist mit Hilfe der so genannten opt-out Regelung unter Zustimmung des jeweiligen Arztes eine Verlängerung der Arbeitszeit auf 1.508 Stunden in 26 Wochen möglich, also durchschnittlich 58 Stunden pro Woche. Es ist jedoch geplant, diese als Ausnahme gedachte Regelung abzuschaffen, besonders vor dem Hintergrund der regelmäßigen Anwendung¹⁵.

Das Urteil zum Bereitschaftsdienst mit seinen Konsequenzen betrifft hauptsächlich die in den Krankenhäusern tätigen Assistenzärzte, da sie durch die früher üblichen Dienstregelungen teilweise sowohl länger als 24 Stunden an einem Stück als auch insgesamt über 58 Stunden pro Woche arbeiteten. Durch die Neubewertung der Bereitschaftsdienste seit 01.01.2007 sind die Krankenhäuser gezwungen worden, mehr Personal einzustellen, um die maximale Arbeitszeit von 24 Stunden am Stück inklusive Bereitschaftsdienst nicht zu überschreiten. Zudem ist nach einer Arbeit von mehr als 12 Stunden eine Ruhezeit von 11 Stunden vorgeschrieben¹³. Die bessere Vergütung der Bereitschaftsdienste erhöht die Personalkosten. Einfluss auf die Personalkosten hat auch die Notwendigkeit zur Erhöhung der Anzahl der Assistenten, um die zulässige Wochenarbeitszeit pro Arzt einzuhalten und um arbeitszeitgesetzkonforme Dienstmodelle einzuführen.

Ohne den Effekt der neuen Gesetzgebung quantifizieren zu können, kann von einer erhöhten Nachfrage nach Assistenzärzten und einer Erhöhung der Weiterbildungskosten, in denen auch die indirekten Kosten wie die Personalkosten der Assistenten erhalten sind, ausgegangen werden. Abbildung 1.1 zeigt die Entwicklung der Arztzahlen in Deutschland. Dabei zeigt sich eine stetig steigende Zahl der Ärzte in Deutschland.

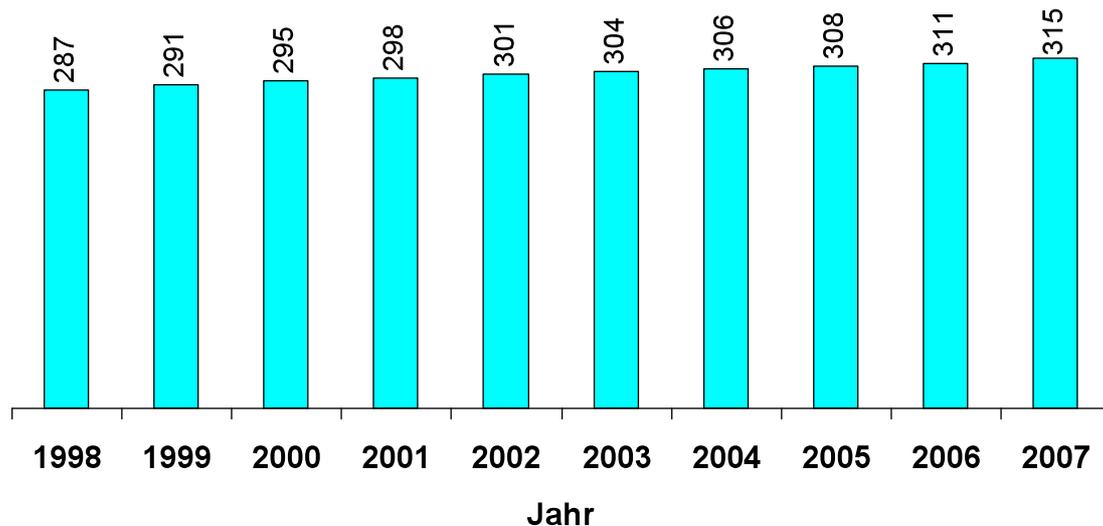


Abbildung 1.1 Arztzahlentwicklung in Deutschland von 1998 bis 2007 in Tausend¹⁶

Bei einem Verbot der häufig genutzten opt-out Regelung, das aktuell diskutiert wird, würden noch mehr Assistenten benötigt. Dem stehen Bestrebungen der EU-Kommission und des Ministerrates der Europäischen Union entgegen, die Bereitschaftsdienste in so genannte "aktive" und "inaktive" Zeiten zu unterteilen. Die "inaktiven" Zeiten würden dann nicht mehr zur Arbeitszeit zählen¹⁷. Letzteres würde dazu führen, dass bei einer mutmaßlichen Arbeitsdichte von 25% (Stufe 1 der Bereitschaftsdienste), doch wieder eine erhebliche Mehrarbeit möglich wäre. Diese angestrebte Revision der EU-Arbeitszeitrichtlinie ist jedoch vorerst gescheitert¹⁸.

1.4.2 Neue Approbationsordnung 2002

Die seit dem Jahr 2002 geltende Änderung der Approbationsordnung beinhaltet für die Medizinstudenten einen ersten Teil der Ärztlichen Prüfung nach zwei Jahren Studiendauer, der dem alten Physikum sehr ähnlich ist. Dem folgt am Ende des Studiums der zweite Teil der Ärztlichen Prüfung. In diesem Teil - dem sogenannten Hammerexamen - ist in etwas verringerter Form der Stoff der früheren drei Staatsexamina zusammengefasst. Daraus resultiert für die Studenten, dass sie im Anschluss an das PJ innerhalb von drei Monaten eine große Stoffmenge lernen müssen. Zur Verlängerung der Vorbereitungszeit haben im Jahr 2007 viele Studenten das Examen um ein halbes Jahr verschoben. Erkennbar ist dies an der Anzahl der abgelegten Staatsexamina 2007, verglichen mit Anzahl der abgelegten Physikumsprüfungen im Jahr 2003¹⁹. Wurden 2006 noch 9.856 Staatsexamina abgelegt, waren es im Folgejahr nur 8.434. Es ist also verglichen mit dem Vorjahr eine Lücke von etwa

1.500 abgelegten Prüfungen entstanden. Zu beobachten ist bei vergleichbaren Durchfallquoten vor und nach der Novelle der Approbationsordnung ein besonders im Herbst 2007 gutes Abschneiden der Referenzgruppe (Absolventen in Mindeststudienzeit). Bei den nächsten Prüfungen im Jahr 2008 wurden mit 9.921 sogar mehr Examina abgelegt als 2006 (vgl. Abbildung 4.2), so dass sich die Lücke in den nächsten Jahren möglicherweise wieder schließen wird. Im anderen Fall würde sie weiter getragen.

Insgesamt führte die oben aufgezeigte Entwicklung zumindest kurzfristig zu einer deutlichen Reduzierung der Assistenzärzte auf dem Arbeitsmarkt. Dieser Effekt könnte sich in den nächsten Jahren aber wieder leicht umkehren.

1.4.3 Neue Tarifverträge

Der durch die ausgedehnten Streiks im Jahr 2006 erstmalig durchgesetzte arzt spezifische Tarifvertrag zwischen dem Marburger Bund und der Tarifgemeinschaft deutscher Länder als Vertreter der Universitätskliniken führt zu deutlich höheren Vergütungen für Assistenz- und Oberärzte²⁰ (vgl. 1.2.1). An die einzelnen Arztgruppen sind individuelle Tarifmerkmale geknüpft. Erstmals erhalten nach dem Tarifvertrag für Ärzte (TV-Ä) vergütete Oberärzte höhere Vergütungen als Fachärzte.

Die Personalkosten für Assistenzärzte steigen darüber hinaus durch die unter 1.4.1 genannten Änderungen des Arbeitszeitgesetzes. Die Bereitschaftsdienste werden mit 60%, 80% bzw. 95% des tariflichen Stundenlohns in Abhängigkeit von der erwarteten effektiven Arbeitsbelastung (bis 25%, bis 40% bzw. bis 50%) vergütet. Die seitdem abgeschlossenen Tarifverträge in vielen anderen Tarifgebieten orientierten sich an dem TV-Ä der Unikliniken²¹. Im Jahr 2008 wurde auch mit kommunalen Krankenhäusern ein arzt spezifischer Tarif vereinbart. Insgesamt setzen diese Entwicklungen auch die konfessionellen Träger unter Druck, die finanzielle Situation der Ärzte zu verbessern. Nach Artikel 140 des Grundgesetzes ist den Kirchen - auch in Personalfragen - ein Selbstbestimmungsrecht garantiert, so dass sie mit den angestellten Ärzten den so genannten dritten Weg bestreiten. In diesem werden Arbeitsrechtregelungen im Gegensatz zum zweiten Weg, bei dem die Arbeitsrechtsregelungen über Tarifverträge beschlossen werden, über paritätisch von Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern gebildeten Kommissionen getroffen. Diese Regelungen werden im Konsens oder notfalls per Schlichtungsverfahren jedoch ohne Streik oder Aussperrung erzielt. Letztere sind zum Schutz des kirchlichen Auftrages nicht möglich²². Bedingt durch die Tatsache, dass die arbeitsrechtlichen Kommissionen auf Arbeitnehmerseite alle im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen repräsentieren, waren arzt spezifische Regelungen hier bislang nicht mehrheitsfähig. Derzeit werden zumindest in weiten Teilen Deutschlands die

Assistenzärzte an den konfessionellen Häusern geringer vergütet als ihre Kollegen an Krankenhäusern unter anderer Trägerschaft. Die Kombination der Vergütungshöhe mit zum Teil schlechteren Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen können zu Problemen bei der Personalgewinnung führen.

1.4.4 Berufliche Perspektiven - Alternativen

Die Assistenten sind zunehmend in der Lage, die gestiegene Nachfrage am Arbeitsmarkt zu nutzen und ihre Arbeitsbedingungen bestmöglich zu gestalten. Inakzeptable Arbeitsbedingungen und die früher weit verbreitete Forderung nach unentgeltlicher Mehrarbeit haben einen deutlichen Einfluss auf den Erfolg der Personalgewinnung.

Zuletzt stellt sich in Zeiten knapper Ressourcen im Gesundheitssystem und abnehmender beruflicher Perspektiven für junge Ärzte die Frage, ob sie vom hohen Aufwand der Weiterbildung überhaupt profitieren. Zumindest für einen Teil der Mediziner ist eine berufliche Zukunft in der Wirtschaft außerhalb der Patientenversorgung offensichtlich attraktiver. Erkennbar ist das an der kontinuierlich steigenden Anzahl der Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit von 1991 bis 2006 von 53.565 auf 95.744 (Anstieg um 79%). Im gleichen Zeitraum erhöhte sich die Anzahl der ärztlich tätigen Ärzte nur um 27%²³. Es lässt sich allerdings nicht durch belastbare Zahlen bestätigen, dass sich – wie zum Teil dargestellt – mittlerweile fast die Hälfte aller Medizinstudierenden für eine Tätigkeit im nicht-kurativen Bereich entscheidet²⁴.

1.4.5 Abwanderung ins Ausland, Zuwanderung aus dem Ausland

Wiederholt wird auf die Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland hingewiesen, die mit der besseren Bezahlung und den besseren Arbeitsbedingungen im Ausland begründet wird. So können sich 64% der Medizinstudierenden eine permanente Tätigkeit im Ausland vorstellen, wobei besonders die Schweiz, Skandinavien und Großbritannien beliebte Ziele sind²⁵. Vor diesem Hintergrund soll nun untersucht werden, welche Zahlen sich für Abwanderung ins Ausland und Zuwanderung aus dem Ausland ergeben.

Im Jahr 2007 waren 15.916 deutsche Ärzte im Ausland tätig. Der größte Anteil entfiel auf Großbritannien mit 4.129, vor den USA mit 2.694 und der Schweiz mit 2.565 Ärzten. Bezogen auf die Schweiz kann bei einer Entwicklung der Anzahl von 1.539 Ärzten Ende 1998²⁶ bis heute von einer deutlichen Steigerung gesprochen werden. Allerdings ist auch die Zahl der Ärzte in Deutschland in den letzten Jahren gestiegen (Abbildung 1.1). Begründet wird der Anstieg der deutschen Ärzte in der Schweiz mit der Einführung der 50

Stunden Woche, die zu einer erhöhten Nachfrage nach Ärzten geführt habe. Zuvor gab es keine derartige Begrenzung der wöchentlichen Arbeitszeit. Das Einkommen von Assistenzärzten liege in der Schweiz bei 3.500 Euro / Monat. Zudem seien besonders deutsche Ärzte in schweizerischen Krankenhäusern beliebt²⁷.

Allerdings wird in der Schweiz seit längerem eine Debatte darüber geführt, ob der Zustrom ausländischer Ärzte zu begrenzen sei. Auch die Begrenzung bzw. Stabilisierung der stetig steigenden Kosten im Gesundheitssystem ist in der Schweiz, wie in Deutschland, ein Thema. In diesem Zusammenhang wird die Bindung von Weiterbildungskapazitäten durch ausländische Assistenten und das Besetzen lukrativer Facharztpositionen in den Krankenhäusern und auch im ambulanten Sektor durch ausländische Ärzte diskutiert²⁶. Diese Debatte führt dazu, dass deutsche Ärzte zwar von den flachen Hierarchien und zum Teil besseren Arbeitsbedingungen profitieren, sich aber auch einer latenten Abneigung gegenübersehen. Auch aus ökonomischer Sicht hat die Schweiz durch die mittlerweile bessere Bezahlung in Deutschland und den fallenden Kurs des Schweizer Franken für Assistenzärzte an Attraktivität als Arbeitsland verloren.

Für niedergelassene Fachärzte hingegen ist es weiterhin lukrativ, in der Schweiz zu arbeiten, da das durchschnittliche sozialversicherungspflichtige Einkommen der niedergelassenen Fachärzte 2004 bei 215.662 SFR (ca. 135.000 Euro) lag²⁸. Vergleichbare Zahlen liegen für Deutschland nicht vor. Die in Abbildung 1.2 abgebildeten Zahlen geben lediglich das Honorar wieder, welches durchschnittlich pro niedergelassenen Arzt ausgezahlt wird. Dabei bleiben die Praxiskosten für Personal, Geräte und Praxisräume unberücksichtigt. Andererseits ist jedoch auch die Liquidation aus Behandlung von Privatpatienten nicht mit erfasst. Es können also aus den Honorarzahlen keine direkten Schlüsse auf das Einkommen der niedergelassenen Kollegen gezogen werden. Die stark differenten Beträge erklären sich zum Teil durch die unterschiedliche Praxisausstattung. So muss ein Radiologe sehr teure Geräte wie z.B. einen MRT oder CT finanzieren. Das Fehlen belastbarer Zahlen über die Einkommen niedergelassener Ärzte erschwert auch die aktuellen Diskussionen im Rahmen der Honorarreform seit Beginn dieses Jahres.

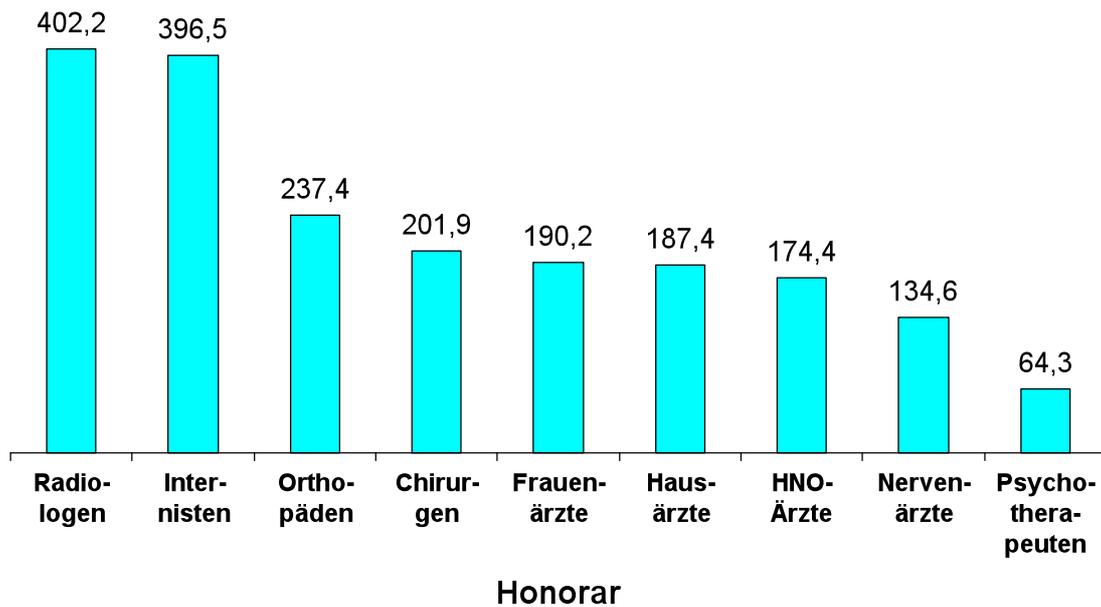


Abbildung 1.2: Honorar je Arzt in Deutschland im Jahr 2007 für ausgewählte Fachrichtungen in 1.000 €

Insgesamt kann nicht von einer weiterhin stark steigenden Anzahl in der Schweiz tätigen deutschen Ärzte ausgegangen werden.

Gerade für Assistenzärzte ohne Facharztanerkennung ist die Schweiz aber eine beliebte Arbeitsstätte, da dort die Nachfrage und auch die Bezahlung höher sind als in vielen anderen Ländern. In Großbritannien ist es für Ausländer viel schwerer eine Weiterbildungsstelle zu finden. Hier sind die Aussichten für Fachärzte in einigen Fachgebieten wiederum sehr viel besser²⁹.

Zum Vergleich sollen Zahlen und Entwicklungen über in Deutschland ärztlich tätige Ausländer dargelegt werden.

Die Anzahl der in Deutschland tätigen ausländischen Ärzte ist von 1998 bis 2006 von 10.998 auf 16.080 angestiegen. In diesem Zeitraum stieg besonders die Anzahl der in Deutschland tätigen Ärzte aus Osteuropa von 2.853 auf 5.738. Damit ist in diesem Zeitraum der Anteil der Osteuropäer an den ausländischen Ärzten in Deutschland von 26% auf 36% angestiegen³⁰.

Gründe für diese Entwicklung sind in der Öffnung der Arbeitsmärkte durch die Erweiterung der Europäischen Union zu sehen, aber auch in dem stärkeren Bedarf an Ärzten. Diese Entwicklung betrifft vor allem Kliniken in den neuen Bundesländern. Hier ist die Anzahl der Ausländischen Ärzte von 2000 bis 2006 um 274 % gestiegen³⁰. Es bleibt festzuhalten, dass die Anzahl der ausländischen Ärzte mit 16.080 über der Anzahl im Ausland tätiger deutscher Ärzte mit 15.916 liegt. Beide Zahlen haben sich in den letzten Jahren deutlich erhöht. Sie liegen aber im Vergleich zur Gesamtzahl der ärztlich tätigen Ärzte von

311.230 im Jahr 2006 nur etwa bei 5%. Demgegenüber hat sich seit 1998 die Anzahl der berufstätigen Ärzte um 24.198 und damit 8,5% erhöht²³.

1.4.6 Geschlechtsverteilung der Studierenden und Ärzte

Seit Jahren steigt der Anteil der Frauen an den Studierenden in Deutschland allgemein. Auch die Anzahl der weiblichen Medizinstudenten steigt gegenüber den männlichen Medizinstudenten kontinuierlich an. Von 1995 bis 2007 stieg der Anteil von Medizinstudentinnen von 52% auf 63%³¹. Im gleichen Zeitraum stieg die Anzahl der Medizinstudenten im ersten Fachsemester von 11.638 auf 13.058, während die Anzahl der Absolventen im gleichen Zeitraum jedoch von 10.210 auf 9.559 fiel. In Folge dieser Entwicklung wird der Anteil der Frauen an der Ärzteschaft in den nächsten Jahren weiter steigen. Zwischen 1997 und 2005 ist er von 36% auf 39% gestiegen. Frauen stehen dem Arbeitsmarkt durch die familiär bedingten Unterbrechungen eingeschränkter und verzögert zur Verfügung. Sie erlangen erst nach längerer Weiterbildungszeit die Facharztbezeichnung³². Zudem wird die Veränderung in der Geschlechterverteilung wegen der geschlechtsspezifischen Wahl der Ärzte zu Umverteilungen zu Gunsten einiger Fächer führen. So waren Gynäkologen schon im Jahr 2005 etwa zur Hälfte weiblich. In den Fachgebieten Chirurgie und Orthopädie waren hingegen zum gleichen Zeitraum nur etwa 14% der Mediziner weiblich. Eine Umfrage unter Krankenhausärzten im Jahr 2007 bestätigt ein ähnliches Verhältnis auch für die Zukunft. Dort gaben nur 7,7% der Frauen an, einen Facharzttitel in Orthopädie oder Chirurgie anzustreben. Bei den Männern hingegen waren es 21,5% der Befragten³². In Fächern wie diesen werden sich daher die Nachwuchssorgen noch weiter verstärken.

1.4.7 Krankenhausgestaltungsgesetz in Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen ist am 01.01.2008 das Krankenhausgestaltungsgesetz in Kraft getreten. Abschnitt 1 regelt in §1 (4):

Mit Aufnahme in den Krankenhausplan ist das Krankenhaus verpflichtet im Rahmen seiner Versorgungsmöglichkeiten in den zugelassenen Weiterbildungsstätten Stellen für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten bereit zu stellen und an der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen mitzuwirken³³.

Mit diesem Gesetz soll unter Anderem die Weiterbildung von Ärzten gefördert werden, um einem drohenden Facharztmangel entgegen zu wirken. Jüngst wurde behauptet, dass sich bedingt durch die fortschreitende Ökonomisierung eine Vernachlässigung der ärztlichen Weiterbildung in den Krankenhäusern

entwickelt³⁴. Ob dieses Gesetz ein geeignetes Instrument darstellt, diese Entwicklung umzukehren, muss sich noch zeigen. Alternativ sollten ökonomische Anreize für die Weiterbildung gesetzt werden.

Unabhängig von der neuen Gesetzgebung wird auf Bundesebene die Qualität der Weiterbildung evaluiert⁸². Koordiniert wird die Evaluation vor Ort durch die Landesärztekammern. Damit soll die Grundlage für die Verbesserung der Weiterbildung geschaffen werden, die als Garant für die hohe medizinische Versorgung angesehen wird³⁵.

1.5 Fragestellung der vorgelegten Arbeit

In dieser Dissertation soll untersucht werden, welchen Einfluss die Umstellung der budgetgesteuerten tagespauschalierten Krankenhausfinanzierung hin zu einer fallpauschalierten DRG-gestützten Krankenhausfinanzierung im Sinne eines Preissystems auf die ärztliche Weiterbildung hat. Ausgehend von der These, dass ärztliche Weiterbildung nicht adäquat gegenfinanzierte Mehrkosten für die weiterbildenden Krankenhäuser verursacht, besteht die Gefahr, dass Krankenhäuser versuchen, die als kostenintensiv angesehene Weiterbildung zu reduzieren. Dies hätte zunächst direkt Nachteile für junge Ärztinnen und Ärzte. Mit einer mehrjährigen Verzögerung hätte dies aber große Nachteile für das deutsche Gesundheitswesen, da ein relevanter Facharztmangel entstehen würde, der die medizinische Versorgung in Deutschland gefährden würde.

An der quantitativen Entwicklung der Stellenanzeigen im Deutschen Ärzteblatt der Jahre 2005 bis 2007 wird eine Stellenmarktanalyse unter Berücksichtigung der Fachrichtungen und Trägerschaft des suchenden Krankenhauses sowie der gesuchten Funktionen durchgeführt, um hieran die Entwicklung der Weiterbildungsangebote zu analysieren. Ein Augenmerk wird dabei auf mögliche Unterschiede in verschiedenen Fachrichtungen gelegt. Die Stellenanzeigen in der Anästhesie werden gesondert untersucht. In einem weiteren Schritt werden die Stellenanzeigen der großen operativen Fächer mit den Stellenanzeigen aus konservativen Fachgebieten verglichen.

Bezüglich der Eingruppierung der Oberärzte wird in dieser Dissertation der Frage nachgegangen, ob Arbeitgeber als Reaktion auf die bessere Vergütung der Oberärzte weniger Oberärzte zu Gunsten von Fachärzten ohne Oberarztfunktion nachfragen. Gerade die im neuen Tarifvertrag verankerte finanzielle Aufwertung der Oberärzte führte in vielen Kliniken zu Auseinandersetzungen bis zu arbeitsgerichtlichen Klärungen hinsichtlich der tariflichen Einstufung der Oberärzte.

Es soll zudem gefragt werden, ob sich die Krankenhäuser der verschiedenen Träger durch Tarifunterschiede und Strukturunterschiede der einzelnen Krankenhäuser im Weiterbildungsangebot, der Personalgewinnung und der Nachfrage nach ärztlichen Mitarbeitern unterscheiden. Eine unterschiedliche Häufigkeit von Stellenanzeigen und deren unterschiedliche Verteilung auf die verschiedenen Funktionen wären ein Indikator dafür.

Zusätzlich wird untersucht, wie andere Länder die ärztliche Weiterbildung organisieren und finanzieren. Eventuell können im Ausland bewährte Modelle nach Deutschland transferiert werden.

Abschließend soll ein Vorschlag zur besseren Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung in Deutschland erarbeitet werden, um unter Berücksichtigung der ordnungspolitischen Veränderungen die oben genannte Gefährdung der ärztlichen Versorgung in Deutschland zu verhindern.

2 Material und Methodik

2.1 Material

2.1.1 Datengrundlage der Arbeitsmarktanalyse

Grundlage für die Arbeitsmarktanalyse waren die Stellenanzeigen im Deutschen Ärzteblatt der Jahre 2005 bis 2007 (Jahrgänge 102-104). Die Jahrgänge 2005 und 2007 bestehen aus je 47 Heften und der Jahrgang 2006 aus 46 Heften.

2.1.1.1 Einschlusskriterien der Stellenanzeigen

In die Untersuchung eingeschlossen wurden alle Stellenanzeigen in denen Vollzeitstellen für den stationären Sektor ausgeschrieben wurden. Zusätzlich wurden noch Stellenangebote aus dem Öffentlichen Gesundheitswesen und der Gesundheitsindustrie berücksichtigt. Es wurden nur Stellenangebote für die Bundesrepublik Deutschland in die Analyse aufgenommen.

2.1.1.2 Differenzierung der Stellenanzeigen

Nach den oben genannten Kriterien wurden insgesamt 34.674 Stellenanzeigen erfasst. Es wurde ein Raster erstellt, in dem die Stellenanzeigen nach sechs Kategorien differenziert wurden:

Fachrichtung

Bettenzahl des Krankenhauses

Zuordnung zum stationären oder ambulanten Sektor

Einteilung in eine Akut- oder Rehabilitationseinrichtung

Trägerschaft des Krankenhauses

Gesuchte Funktion/Qualifikation

2.1.1.3 Berücksichtigung der Fachrichtung

Die in den Stellenanzeigen angegebene Fachrichtung wurde zunächst dokumentiert. Für die Analyse wurden die Fachrichtungen in Gruppen (z.B. operativ, konservativ etc.) zusammengefasst. Falls in einer Anzeige nach Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen gesucht wurde oder eine Weiterbildung in unterschiedlichen Fachrichtungen mit einer Stelle verbunden war, wurde die erstgenannte Fachabteilung dokumentiert.

2.1.1.4 Bettenzahl

Die Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus wurde ebenfalls erfasst. Falls die Anzahl der Betten des Krankenhauses nicht angegeben war, wurde die Anzahl der Betten im Krankenhausverbund dokumentiert. Voraussetzung war, dass dieser Verbund Relevanz für die Tätigkeit oder die Weiterbildung hatte, die mit der zu besetzenden Position verbunden waren. War das nicht der Fall oder fehlten jegliche Angaben, konnte die Bettenzahl nicht einbezogen werden.

2.1.1.5 Versorgungssektor

Bei der Zuordnung zum jeweiligen Versorgungssektor wurde zwischen ambulantem und stationärem Sektor differenziert.

2.1.1.6 Akute und rehabilitative Versorgung

Es wurde zwischen Stellenanzeigen in der Akutversorgung und Stellenanzeigen aus rehabilitativen Einrichtungen differenziert. Entscheidend war hierbei die in der Stellenanzeige nachgefragte Tätigkeit, falls eine Einrichtung beide Arten der Versorgung betrieb.

2.1.1.7 Differenzierung nach Trägerschaft

Die Trägerschaft wurde differenziert in:

universitär, öffentlich, konfessionell, privat, industriell und sonstige.

Jeder Anzeige wurde nur eine Trägerschaft zugeordnet. Daraus ergibt sich, dass Stellenanzeigen der Universitätskliniken nur unter universitär, nicht aber unter öffentlich erfasst wurden. Als öffentlich wurden nur Stellenanzeigen von Krankenhäusern der Gebietskörperschaften (Städte, Gemeinden, Kreise und

Länder) gekennzeichnet. Die konfessionell getragenen Häuser wurden unabhängig von ihrer Gesellschaftsform dem konfessionellen Bereich zugeordnet. Zu den privaten Häusern wurden in der Analyse die Stellenausschreibungen der Privatkliniken und auch der privatwirtschaftlich geführten öffentlichen Häusern gezählt. Dem industriellen Sektor wurden Stellenausschreibungen aus der Privatwirtschaft, die den nicht kurativen Bereich betreffen zugeordnet.

Alle übrigen Stellenausschreibungen, aus denen eine die Trägerschaft nicht hervorging, wurden unter sonstige eingestuft. Zum einen handelte es sich dabei um Chiffre Stellenausschreibungen, zum anderen wurde die Trägerschaft nicht immer angegeben.

2.1.1.8 Gesuchte Funktion/Qualifikation

Die gesuchten Funktionen/Qualifikationen wurden nach den Kategorien Assistent (ASS), Assistent in fortgeschrittener Weiterbildung (ASSifWB), Facharzt (FA), Oberarzt (OA), Chefarzt (CA), Wissenschaftlicher Mitarbeiter (WISS) und Sonstige (SONST) differenziert.

Stellenausschreibungen in denen keine Berufserfahrung gefordert war oder nur gewünscht, aber nicht zwingend gefordert wurde, wurden der Kategorie **Assistenten** (ASS) zugeordnet.

Falls Berufserfahrung eine formale Qualifikation für die Besetzung der Stelle darstellte, wurde die Anzeige den **Assistenten in fortgeschrittener Weiterbildung** (ASSifWB) zugeordnet. Die Zuordnung zu **Fachärzten** (FA) geschah unter Berücksichtigung der Funktion, die der zukünftige Stelleninhaber ausüben sollte. Dabei wurden Ausschreibungen, die eine Professur an einer Universitätsklinik beinhalteten, falls sie mit der Leitung einer Abteilung verknüpft waren als **Chefarzt** (CA) eingestuft. Andernfalls wurden sie unter der Kategorie **Oberarzt** (OA) eingestuft.

Zur Rubrik **Wissenschaftliche Mitarbeiter** (WISS) wurden Stellenangebote gezählt, in denen eine Tätigkeit im Wissenschaftlichen Bereich und nicht in der Krankenversorgung angeboten wurde. Zuletzt wurde jede Anzeige, die nicht den oben genannten zugeordnet werden konnte, unter **Sonstige** (SONST) aufgeführt.

2.1.2 Datengrundlage zur Weiterbildung anderer Länder

Die Grundlage der Daten über die Gesundheitssysteme anderer Länder und deren ärztliche Weiterbildung bildet die Recherche in den medizinischen Datenbanken pubmed® und der medline® Version der Zentralbibliothek

Medizin der Universität Münster. Zusätzlich wurde über die Suchmaschine google® recherchiert und schließlich wurden Informationen von der OECD, der WHO und den jeweiligen Gesundheitsministerien und Ärzteorganisationen eingeholt.

2.1.2.1 Internationaler Vergleich der Weiterbildung

Es werden Weiterbildungssysteme der Länder Australien, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Schweden, Spanien, Vereinigte Staaten von Amerika analysiert.

2.2 Methodik

2.2.1 Auswertung der Stellenanzeigen aus dem Ärzteblatt

Zur Auswertung wurde von jeder Ausgabe des Deutschen Ärzteblattes eine Excel® Tabelle angelegt, in der die Stellenanzeigen nach oben genannten Kriterien erfasst wurden. Danach wurden die Stellenanzeigen mit dem Erscheinungsdatum versehen und die einzelnen Tabellen zu einer Excel® Tabelle zusammengefasst. Diese Tabelle bildete die Grundlage zur Analyse der Stellenanzeigen, die mit dem Statistikprogramm SPSS® durchgeführt wurde. Dabei wurde mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Test und des Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Testes nach gesuchter Fachrichtung, Funktion und nach der Trägerschaft analysiert. Die Abbildungen wurden mit MS-Powerpoint® und die Tabellen mit MS-Excel® erstellt.

2.2.2 Erfassung der Weiterbildung anderer Länder

Zur Erfassung der Weiterbildungsstruktur anderer Länder wurden zunächst Informationen über deren Gesundheitssysteme aufgenommen. Auf dieser Grundlage wurden dann die Aus- und Weiterbildung der Mediziner und deren Finanzierung untersucht.

3 Ergebnisse

3.1 Stellenanzeigen des Deutschen Ärzteblattes 2005 bis 2007

Zunächst wird die Entwicklung der Stellenanzeigen im Deutschen Ärzteblatt in den Jahren 2005 bis 2007 dargestellt (Abbildung 3.1). Es wurden insgesamt 34.674 Stellenanzeigen erfasst. Dabei zeigt sich, dass bei einer Einteilung in Quartalen im 2. Quartal 2005 mit 1.734 Stellenanzeigen die wenigsten Stellenanzeigen geschaltet wurden. Der höchste Wert wurde im 3. Quartal 2007 mit 4.077 Stellenanzeigen erzielt. Im Verlauf stieg die Anzahl der Stellenanzeigen signifikant an [$p < 0,01$].

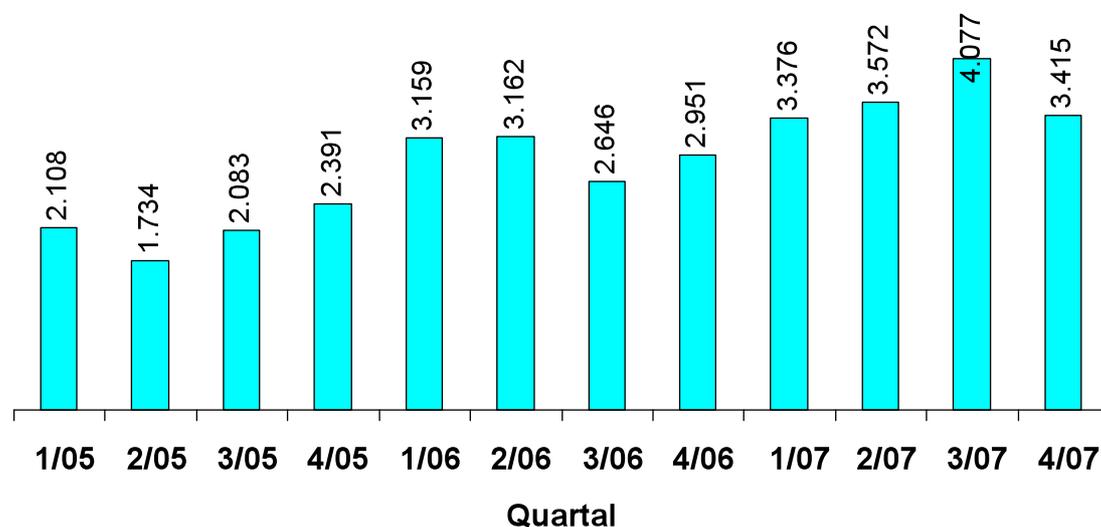


Abbildung 3.1: Entwicklung der Stellenanzeigen 2005-2007 nach Quartal

3.2 Verteilung nach gesuchter Funktion/Qualifikation

Tabelle 3.1 zeigt die Verteilung der Stellenanzeigen nach der gesuchten Funktion/Qualifikation. Es ist zu erkennen, dass in 31,0% der Stellenanzeigen Assistenzärzte gesucht werden. Der zweitgrößte Anteil entfällt auf Fachärzte mit 26,0%. Werden die Stellenanzeigen für Assistenzärzte und Assistenzärzte in fortgeschrittener Weiterbildung addiert, machen sie 44,8% der Stellenanzeigen aus. Werden die Stellenanzeigen für Wissenschaftliche Mitarbeiter und Sonstige vernachlässigt, werden also in 15.560 Stellenanzeigen Ärzte ohne Facharztanerkennung gesucht. 17.401 Stellenanzeigen entfallen auf Ärzte mit

Facharztanerkennung. Das entspricht einem Verhältnis von 0,894 Stellenanzeigen Ärzten in Weiterbildung zu Ärzten mit Facharztqualifikation.

Funktion/Qualifikation	Häufigkeit	Prozent
Assistent	10.766	31,0
Assistent if WB	4.794	13,8
Facharzt	9.048	26,0
Oberarzt	6.294	18,1
Chefarzt	2.059	5,9
Wiss. Mitarbeiter	599	1,7
Sonstige	1.114	3,2
Gesamt	34.674	100

Tabelle 3.1: Aufteilung der Stellenanzeigen nach gesuchter Funktion

Um einen besseren Eindruck des Verhältnisses der verschiedenen Funktionen/Qualifikationen zueinander zu erhalten, soll im Folgenden die Entwicklung dieser Verteilung betrachtet werden (Tabelle 3.2). Die Anzahl der gesuchten Assistenten stieg im Beobachtungszeitraum von 414 im 1. Quartal 2005 auf 1.429 im 4. Quartal 2007 an. Damit hat sich die Anzahl der gesuchten Assistenten um 245% erhöht und der Anteil der Stellenanzeigen für Assistenten an allen Stellenanzeigen ist von 19,6% auf 41,8% gestiegen.

Die Anzahl der gesuchten Fachärzte stieg vom 2. Quartal 2005 mit 476 auf 751 im 4. Quartal 2007 an. Der Anstieg der gesuchten Fachärzte war jedoch geringer als der Assistenzärzte [$p < 0,01$]. Im 1. Quartal 2005 lag die Anzahl der gesuchten Assistenzärzte noch bei 71,9% der gesuchten Fachärzte. Ab 2006 war die Anzahl der gesuchten Assistenzärzte jedoch höher, so dass das Verhältnis auf 1,90 Assistenzärzte pro Facharzt im 4. Quartal 2007 anstieg. Im Beobachtungszeitraum wurden durchschnittlich 1,19 Assistenzärzte pro Facharzt gesucht. Schließt man in diese Überlegung die Assistenten in fortgeschrittener Weiterbildung mit ein, ist zu erkennen, dass sich das Verhältnis gesuchter Assistenzärzte und Assistenten in fortgeschrittener Weiterbildung zu Fachärzten gewandelt hat. Die Anzahl der gesuchten Ärzte ohne Facharztanerkennung stieg von 1,23 pro gesuchten Facharzt im 1. Quartal 2005 auf 2,38 im 4. Quartal 2007.

Oberärzte und Chefarzte wurden zunehmend häufiger gesucht. Allerdings wuchs die Nachfrage in Relation zu den Fachärzten schwächer [$p < 0,05$]. Das Verhältnis gesuchter Fachärzte zu gesuchten Oberärzten lag im Beobachtungszeitraum durchschnittlich bei 1,44 Fachärzten/Oberarzt. Der tiefste Wert wurde im 2. Quartal 2005 mit 1,08 erreicht. Der größte Wert entfiel mit 1,87 auf das 4. Quartal 2006.

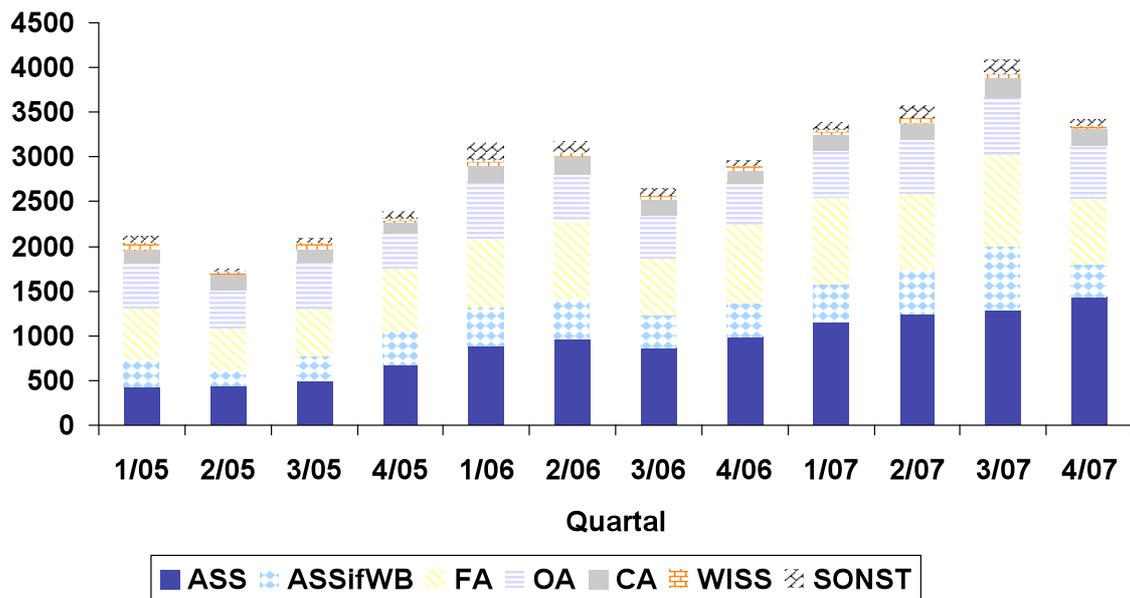


Abbildung 3.2: Entwicklung der Stellenanzeigen nach gesuchter Funktion

Quartal	ASS	ASSifWB	FA	OA	CA	WISS	SONST	ALLE
1/05	414	314	576	496	156	76	76	2.108
2/05	429	178	470	435	171	31	20	1.734
3/05	490	272	536	522	147	64	52	2.083
4/05	667	390	698	393	120	40	83	2.391
1/06	870	447	777	612	187	65	201	3.159
2/06	961	435	887	521	198	47	113	3.162
3/06	857	368	637	488	176	32	88	2.646
4/06	978	389	875	467	140	54	48	2.951
1/07	1.147	423	977	525	173	56	75	3.376
2/07	1.243	500	848	602	182	60	137	3.572
3/07	1.281	719	1.016	645	217	47	152	4.077
4/07	1.429	359	751	588	192	27	69	3.415
Σ	10.766	4.794	9.048	6.294	2.059	599	1.114	34.674

Tabelle 3.2: Entwicklung der Stellenanzeigen nach gesuchter Funktion

Quartal	Anteil	ASS/FA	(ASS+AF) /FA	FA/OA
1/05	0,196	0,719	1,264	1,161
2/05	0,247	0,913	1,291	1,080
3/05	0,235	0,914	1,422	1,027
4/05	0,279	0,956	1,514	1,776
1/06	0,275	1,120	1,695	1,270
2/06	0,304	1,083	1,574	1,702
3/06	0,324	1,345	1,923	1,305
4/06	0,331	1,118	1,562	1,874
1/07	0,340	1,174	1,607	1,861
2/07	0,348	1,466	2,055	1,409
3/07	0,314	1,261	1,969	1,575
4/07	0,418	1,903	2,381	1,277
Durchschnitt	0,310	1,190	1,720	1,438

Tabelle 3.3: Entwicklung der Anteile nach Funktion von 2005-2007

3.3 Anästhesie

Werden nur die Stellenanzeigen betrachtet, die das Fach Anästhesie betreffen, ergeben sich die Zahlen aus Tabelle 3.4. Es wurden insgesamt 2.533 Stellenanzeigen im Fach Anästhesie geschaltet, von denen mit 803 Stellenanzeigen der größte Anteil auf gesuchte Fachärzte entfiel. Die Anzahl der geschalteten Stellenanzeigen steigt auch in diesem Fach signifikant an [$p < 0,01$]. Um die Verteilung auf die verschiedenen Funktionen zu zeigen, werden analog zu 3.1.1 wieder einige Quotienten gebildet (Tabelle 3.1). Der Anteil der gesuchten Assistenten steigt im Beobachtungszeitraum signifikant an [$p < 0,01$]. Auch der Quotient aus gesuchten Assistenzärzten und gesuchten Fachärzten stieg an [$p < 0,05$].

Quartal	ASS	ASSifW	FA	OA	CA	WISS	SON	ALLE
1/05	23	33	26	27	11	0	0	120
2/05	28	19	44	16	16	0	0	123
3/05	26	39	41	17	7	3	2	135
4/05	47	14	65	19	8	0	3	156
1/06	42	55	66	23	18	1	1	206
2/06	46	60	84	28	15	0	0	233
3/06	58	55	66	21	9	0	3	212
4/06	69	59	54	17	6	0	0	205
1/07	89	49	98	16	15	1	0	268
2/07	102	68	87	24	12	0	1	294
3/07	91	77	80	34	15	0	2	299
4/07	101	55	92	24	10	0	0	282
Σ	722	583	803	266	142	5	12	2.533

Tabelle 3.4: Entwicklung der Stellenanzeigen im Fach Anästhesie

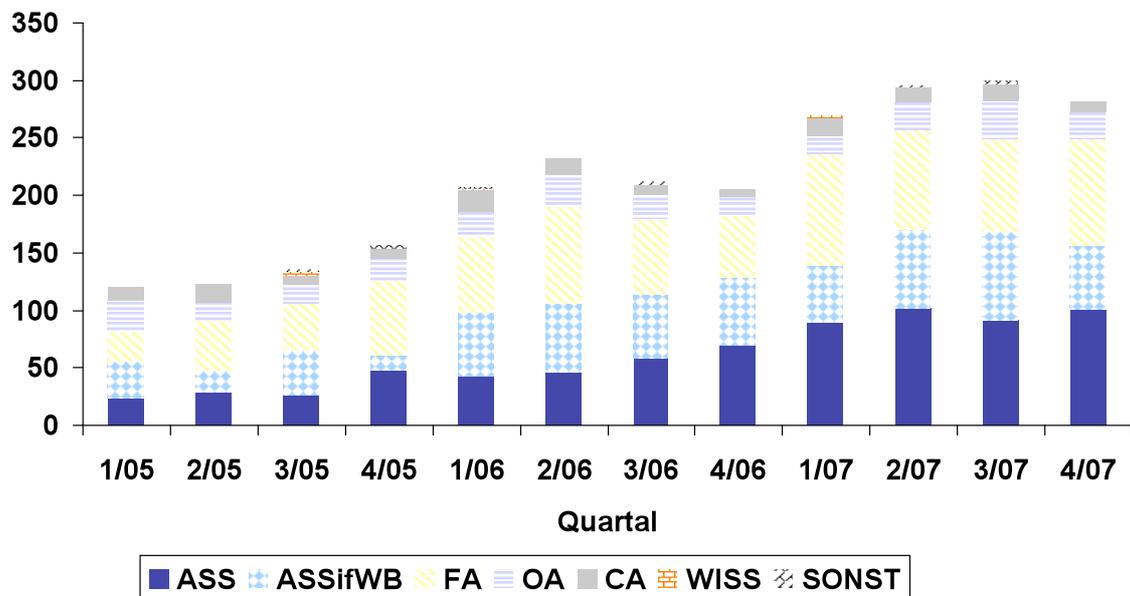


Abbildung 3.3: Entwicklung der Stellenanzeigen im Fach Anästhesie

Quartal	Anteil ASS	ASS:FA	(ASS+AF) :FA	FA:OA
1/05	0,192	0,885	2,154	0,963
2/05	0,228	0,636	1,068	2,750
3/05	0,193	0,634	1,585	2,412
4/05	0,301	0,723	0,938	3,421
1/06	0,204	0,636	1,470	2,870
2/06	0,197	0,548	1,262	3,000
3/06	0,274	0,879	1,712	3,143
4/06	0,337	1,278	2,370	3,176
1/07	0,332	0,908	1,408	6,125
2/07	0,347	1,172	1,954	3,625
3/07	0,304	1,138	2,100	2,353
4/07	0,358	1,098	1,696	3,833
Durchschnitt	0,285	0,899	1,625	3,019

Tabelle 3.5: Verteilung auf die Funktionen im Fach Anästhesie

Nachfolgend wird die Verteilung in der Anästhesie mit der Verteilung in allen Fächern insgesamt verglichen (Abbildung 3.5). Der Anteil der Assistenten an den gesuchten Ärzten ist mit 28,5% in der Anästhesie signifikant kleiner als in der Gesamtheit der Fächer [$p < 0,05$]. Das durchschnittliche Verhältnis gesuchter Assistenten zu gesuchten Fachärzten ist mit 0,90 im Fachgebiet Anästhesie kleiner als in der Gesamtheit mit 1,19 [$p < 0,01$]. Im Gegensatz dazu ist das Verhältnis gesuchter Fachärzte zu gesuchten Oberärzten mit 3,02 bezogen auf die Anästhesie höher als bei der Gesamtheit der Fächer mit 1,45 [$p < 0,01$]. Insgesamt wird die hohe Nachfrage nach Fachärzten in der Anästhesie deutlich.

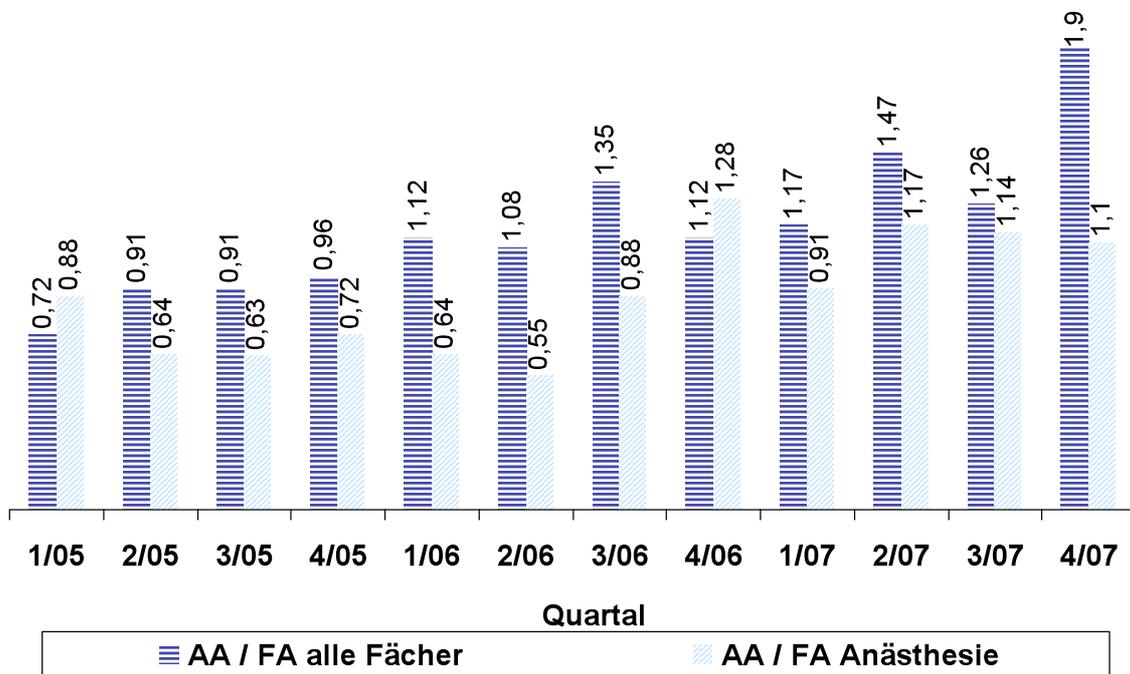


Abbildung 3.4: Verhältnis gesuchter Assistenzärzte zu Fachärzten

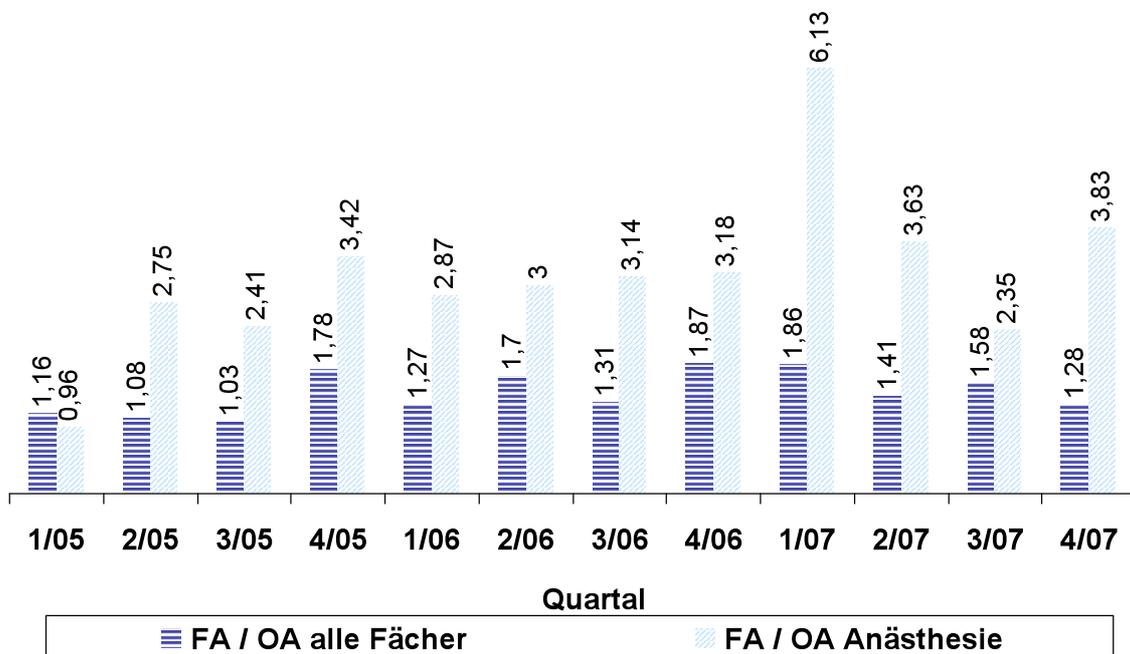


Abbildung 3.5: Verhältnis gesuchter Fachärzte zu Oberärzten

Nachfolgend wird die Nachfrage nach Assistenten in fortgeschrittener Weiterbildung also mit Berufserfahrung - im anästhesiologischen Fachgebiet

untersucht. Zu diesem Zweck werden wieder Quotienten gebildet und die Werte mit den Werten für die Gesamtheit der Fächer verglichen (Abbildung 3.6, Tabelle 3.6). Bei einer Schwankung zwischen 9% und 29% ändert sich der Anteil in der Anästhesie im Beobachtungszeitraum nicht signifikant; er ist mit durchschnittlich 23% Stellenanzeigen für Assistenten in fortgeschrittener Weiterbildung jedoch signifikant höher, als der Anteil von 14% in der Gesamtheit der Fächer [$p < 0,01$].

Quartal	ASSifWB Anästhesie	ASS/ASSifWB Anästhesie	ASSifWB Gesamt	ASS/ASSifWB Gesamt
1/05	0,275	0,697	0,149	1,318
2/05	0,154	1,474	0,103	2,410
3/05	0,289	0,667	0,131	1,801
4/05	0,090	3,357	0,163	1,710
1/06	0,267	0,764	0,142	1,946
2/06	0,258	0,767	0,138	2,209
3/06	0,259	1,055	0,139	2,329
4/06	0,288	1,169	0,132	2,514
1/07	0,183	1,816	0,125	2,712
2/07	0,231	1,500	0,140	2,486
3/07	0,258	1,182	0,176	1,782
4/07	0,195	1,836	0,105	3,981
Durchschnitt	0,230	1,238	0,138	2,246

Tabelle 3.6: Vergleich der Anteile in der Anästhesie und der Gesamtheit im Verlauf

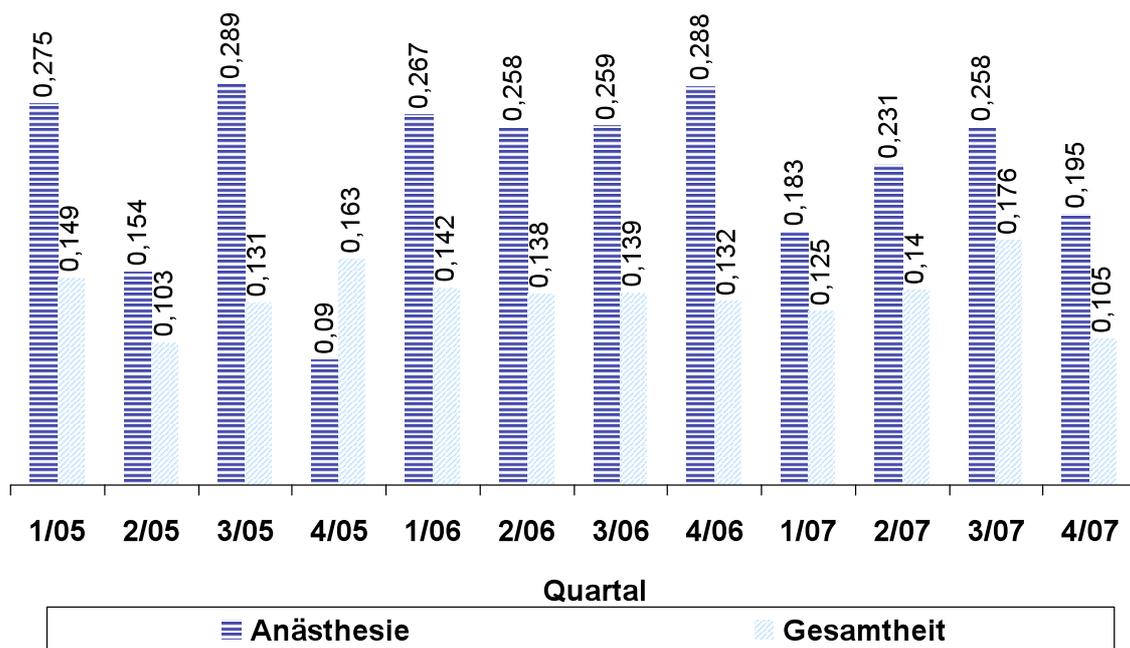


Abbildung 3.6: Vergleich Anteile Assistenten in fortgeschrittener Weiterbildung im Verlauf

3.4 Stellenanzeigen in chirurgisch tätigen Fachgebieten

Im Folgenden werden die großen chirurgisch tätigen Fächer Chirurgie, Orthopädie, Traumatologie, Gynäkologie und Neurochirurgie analysiert (Tabelle 3.7). Zum Vergleich dienen die konservativen Fächer Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie (Tabelle 3.8). Die Summen der Stellenanzeigen pro Quartal steigen im Verlauf etwa gleichsinnig. Die Gesamtsumme der Stellenanzeigen von 8.770 für die chirurgisch tätigen Fächer liegt bei 82% der Stellenanzeigen der konservativen Fächer mit 10.691 (Abbildung 3.7). Dieses Verhältnis ändert sich im Verlauf nicht signifikant. Es lassen sich aufgrund fehlender Daten nur die in deutschen Krankenhäusern tätigen Fachärzte der verschiedenen Fachrichtungen vergleichen. Die Ärzte in Weiterbildung bleiben dabei unberücksichtigt. Im Jahr 2006 waren in deutschen Krankenhäusern 22.317 Fachärzte in den oben genannten operativen Fächern tätig. In den konservativen Fächern waren es 23.064 Fachärzte³⁶. Damit sind in den operativen Fächern 97% der in den nichtoperativen Fächern tätigen Fachärzte beschäftigt.

Quartal	ASS	ASSifWB	FA	OA	CA	WISS	SONST	ALLE
1/05	104	53	120	175	47	4	1	504
2/05	113	39	70	148	50	1	0	421
3/05	122	44	96	166	54	10	1	493
4/05	184	63	156	139	47	5	13	607
1/06	224	102	155	227	72	10	3	793
2/06	258	79	159	179	78	5	7	765
3/06	261	79	123	159	60	3	3	768
4/06	293	77	175	172	42	6	10	775
1/07	336	90	198	185	40	5	6	860
2/07	358	121	166	210	56	5	4	920
3/07	376	130	206	213	54	0	10	989
4/07	487	66	144	187	68	1	2	955
Σ	3.116	943	1.768	2.160	668	55	60	8.770

Tabelle 3.7: Entwicklung der Stellenanzeigen in chirurgisch tätigen Fachgebieten

Quartal	ASS	ASSifWB	FA	OA	CA	WISS	SONST	ALLE
1/05	131	92	147	152	45	13	3	583
2/05	154	52	123	146	47	7	0	529
3/05	171	74	149	169	35	18	3	619
4/05	253	148	205	143	47	13	17	826
1/06	325	132	194	198	43	21	26	939
2/06	371	101	191	170	52	13	22	920
3/06	297	96	148	162	63	13	3	782
4/06	335	118	229	142	51	8	7	890
1/07	440	127	272	170	48	13	6	1.076
2/07	456	141	226	205	52	16	8	1.104
3/07	499	229	258	237	57	15	23	1.318
4/07	503	102	199	235	55	6	5	1.105
Σ	3.935	1.412	2.341	2.129	595	156	123	10.691

Tabelle 3.8: Entwicklung der Stellenanzeigen in nicht chirurgisch tätigen Fachgebieten

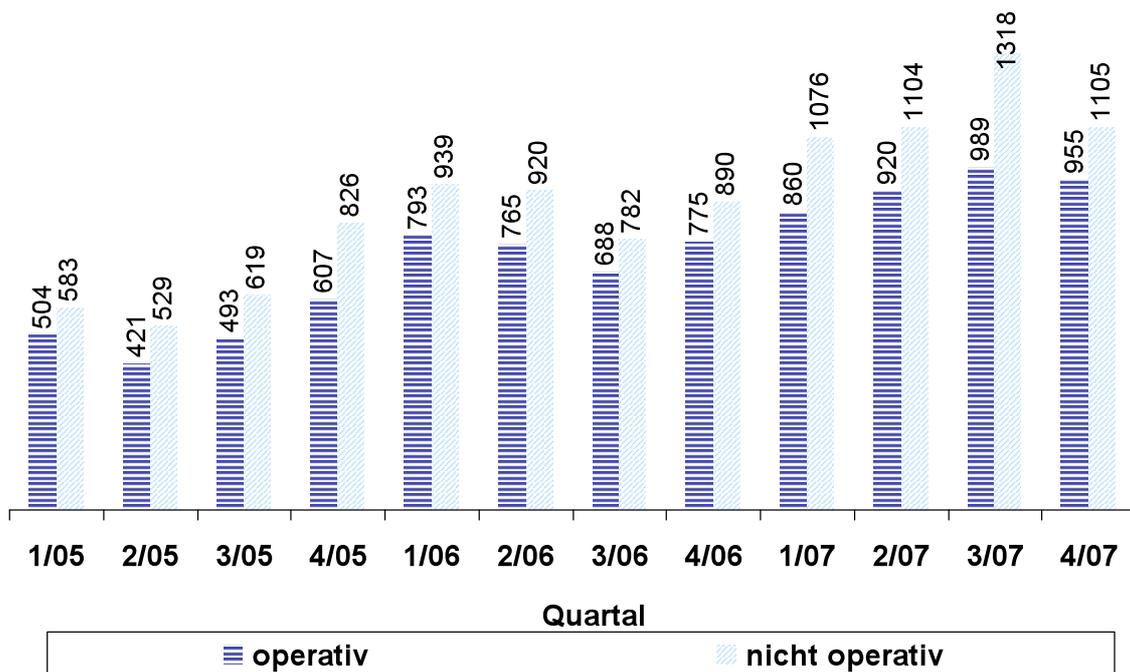


Abbildung 3.7: Entwicklung der Stellenanzeigen in chirurgisch und nicht chirurgisch tätigen Fachgebieten

Zur weiteren Analyse wurden Quotienten gebildet und miteinander verglichen (Tabelle 3.9). Dabei zeigt sich, dass für beide Fächergruppen der Anteil der Stellenanzeigen für Assistenzärzte im Beobachtungszeitraum in Relation zu den gesamten Stellenanzeigen [$p < 0,01$] steigt (Abbildung 3.8). Das gilt auch in Relation zu den Stellenanzeigen für Fachärzte [$p < 0,01$] (Abbildung 3.9). Werden die Stellenanzeigen für Fachärzte in Relation zu den Stellenanzeigen für Oberärzte gesetzt, zeigen sich mit 1,12 Fachärzte pro Oberarzt im 4. Quartal 2005 in den chirurgisch tätigen Fächern mit 1,61 Fachärzte pro Oberarzt im 4. Quartal 2006 die höchsten Werte in der Mitte des Beobachtungszeitraumes (Abbildung 3.10).

Quartal	Anteil ASS operativ	ASS:FA operativ	FA:OA operativ	Anteil ASS nicht operativ	ASS:FA nicht operativ	FA:OA nicht operativ
1/05	0,21	0,87	0,69	0,22	0,89	0,97
2/05	0,27	1,61	0,47	0,29	1,25	0,84
3/05	0,25	1,27	0,58	0,28	1,15	0,88
4/05	0,30	1,18	1,12	0,31	1,23	1,43
1/06	0,28	1,45	0,68	0,35	1,68	0,98
2/06	0,34	1,62	0,89	0,40	1,94	1,12
3/06	0,38	2,12	0,77	0,38	2,01	0,91
4/06	0,38	1,67	1,02	0,38	1,46	1,61
1/07	0,39	1,70	1,07	0,41	1,62	1,60
2/07	0,39	2,16	0,79	0,41	2,02	1,10
3/07	0,38	1,83	0,97	0,38	1,93	1,09
4/07	0,51	3,38	0,77	0,46	2,53	0,85

Tabelle 3.9: Entwicklung der verschiedenen Funktionen in chirurgisch und nicht chirurgisch tätigen Fachgebieten

Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied der Quotienten zwischen den chirurgisch und den nicht chirurgisch tätigen Fächern bei den Assistenten und Fachärzten. Der durchschnittliche Anteil der Assistenzarztanzeigen von 35% bei den nicht chirurgisch tätigen Fächern liegt über dem Anteil der Assistenzarztstellen bei den chirurgisch tätigen Fächern mit 34%. Das Verhältnis der gesuchten Fachärzte gegenüber den gesuchten Oberärzten ist bei den nicht chirurgisch tätigen Fächern mit durchschnittlich 1,12 höher, als bei den chirurgisch tätigen Fächern mit 0,82 [$p < 0,01$].

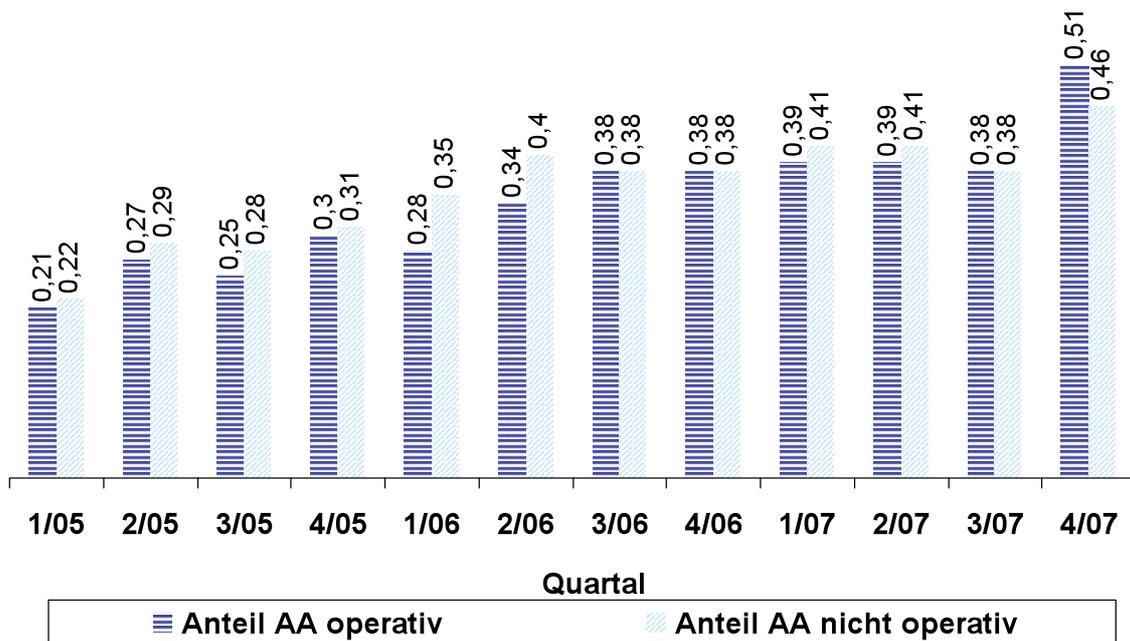


Abbildung 3.8: Entwicklung der Anteile der Assistenten in chirurgisch und nicht chirurgisch tätigen Fächern

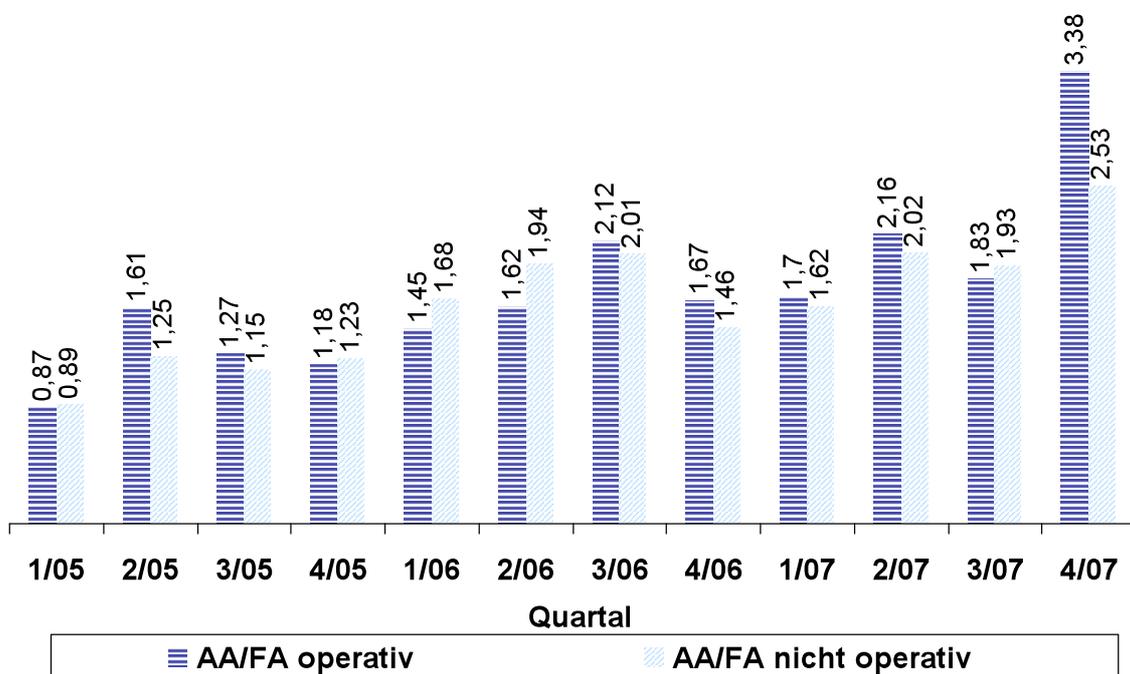


Abbildung 3.9: Entwicklung des Assistenten Facharzt Verhältnis in chirurgisch und nicht chirurgisch tätigen Fächern

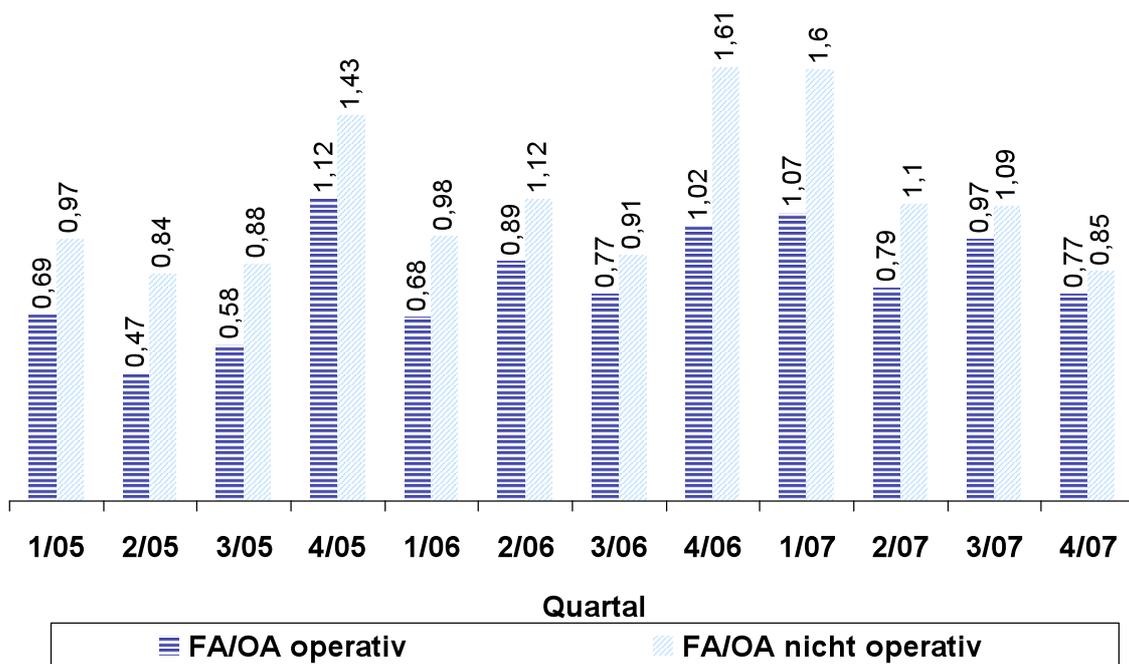


Abbildung 3.10: Entwicklung des Facharzt Oberarzt Verhältnisses in chirurgisch und nicht chirurgisch tätigen Fächern

3.5 Auswertung nach verschiedenen Krankenhausträgern

In der Auswertung nach Krankenhausträgern sind von den insgesamt erfassten Stellenanzeigen nur die berücksichtigt worden, die den akuten stationären Sektor betrafen. Zudem mussten sie einem der vier in Tabelle 3.10 aufgeführten Trägern zugeordnet worden sein. Damit gingen 25.093 Stellenanzeigen der insgesamt 34.674 Stellenanzeigen in die Analyse ein.

Bei der Einteilung der verschiedenen Krankenhausträger wurden die Universitäten selbstständig erfasst, so dass sie nicht unter den öffentlichen Krankenhäusern erfasst wurden. Auch die privatrechtlich geführten öffentlichen Krankenhäuser wurden nicht unter öffentlich erfasst, sondern mit den Privatkliniken in der Rubrik Privat aufgeführt. Die Verteilung auf die verschiedenen Träger und Funktionen zeigen Tabelle 3.10 und Abbildung 3.11

Träger	ASS	ASSifWB	FA	OA	CA	WISS	SONST	Alle
Univ.	841	294	434	651	203	430	137	2.990
Öffentl.	2.675	1.064	1.390	1.382	496	9	61	7.077
Konf,	2.615	700	839	1425	384	14	45	6.022
Privat	2.896	1.264	2.214	1.887	665	25	53	9.004
Alle	9.027	3.322	4.877	5.345	1.748	478	296	25.093

Tabelle 3.10: Stellenanzeigen nach verschiedenen Krankenhausträgern und gesuchter Funktion

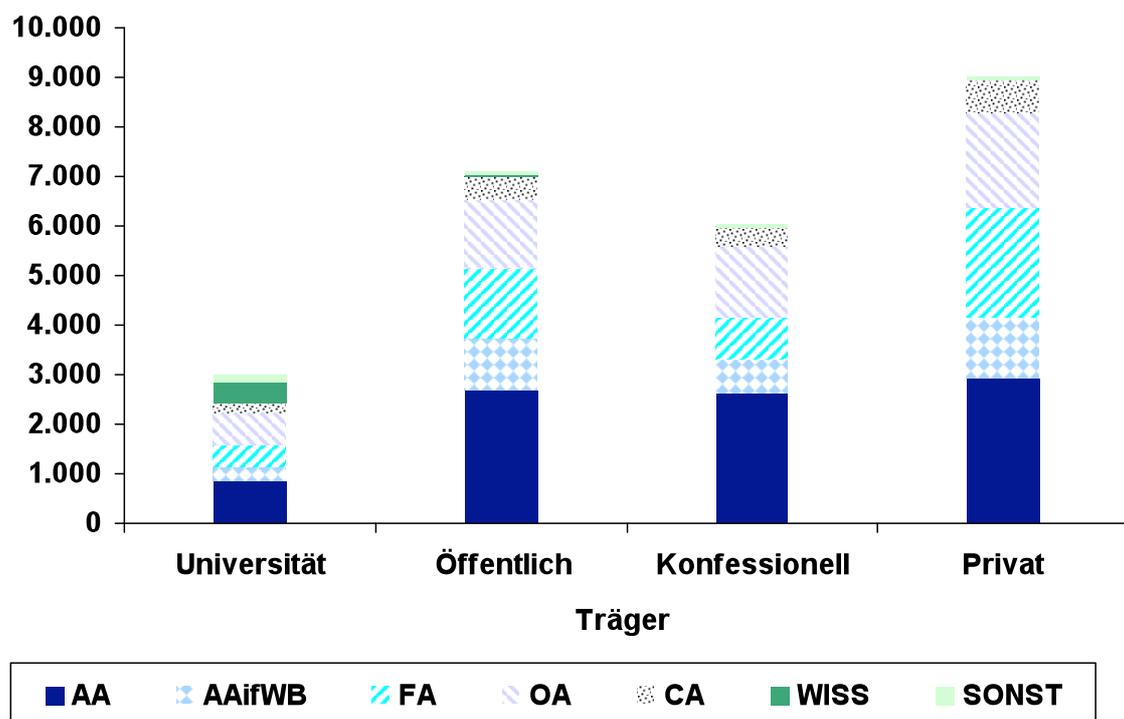


Abbildung 3.11: Stellenanzeigen nach verschiedenen Krankenhausträgern und gesuchter Funktion

3.5.1 Vergleich der Vollkraftanteile und der Anteile der geschalteten Stellenanzeigen

In einem zweiten Schritt wurde die Verteilung der Vollkräfte auf die verschiedenen Träger in deutschen Krankenhäusern³⁷ (Tabelle 3.11) zur Anzahl der geschalteten Stellenanzeigen in Relation gesetzt. Der Anteil der von den Universitäten geschalteten Stellenanzeigen war in den Jahren 2005-2007 geringer als ihr Anteil an den Vollkräften von ca. 19,9%³⁷. Während der Vollkraftanteil annähernd konstant blieb, sank der Anteil der Stellenanzeigen von 13,8% im Jahr 2005 auf 11,2% im Jahr 2006 und blieb 2007 mit 11,3% auf dem gleichen Niveau. Im Gegensatz dazu, haben die öffentlichen Häuser mehr Stellenanzeigen geschaltet, als ihr Vollkraftanteil erwarten ließ. Es fällt auf, dass ihr Anteil der Stellenanzeigen von 22,4% im Jahr 2005 auf 33,4% im Jahr 2006 gestiegen ist, obwohl im gleichen Zeitraum der Vollkräfteanteil von 18,8% auf 13,9% gesunken ist. Gleichzeitig ist der Vollkraftanteil der privaten Krankenhäuser von 32,1% auf 37% gestiegen. Der Anteil der von diesen Häusern geschalteten Stellenanzeigen ist jedoch von 42,8% im Jahr 2005 auf 32,0% im Jahr gesunken. Der Vollkraftanteil dieser Krankenhäuser stieg im Jahr 2007 weiter an und war mit 39,2% weiterhin deutlich höher als der Anteil der 2007 geschalteten Stellenanzeigen, der bei den privaten Häusern 34,7% der gesamten Stellenanzeigen ausmachte. Damit ist gemessen an der Vollkraftentwicklung der privaten Häuser der Anteil der Stellenanzeigen im Jahr 2005 höher und in den beiden darauf folgenden Jahren niedriger gewesen. Die konfessionellen Häuser schalteten im Beobachtungszeitraum weniger Stellenanzeigen, als es ihrem Vollkraftanteil entsprochen hätte. Es zeigte sich aber eine Steigerung des Stellenanzeigenanteils von 21,0% im Jahr 2005 auf 26,3% im Jahr 2007.

Jahr	Universität	öffentlich	konfessionell	privat
2005	19,9 %	18,8 %	29,2 %	32,1 %
2006	19,8 %	13,9 %	29,4 %	37,0 %
2007	19,6 %	12,0 %	29,2 %	39,2 %

Tabelle 3.11: Anteil Vollkräfte in deutschen Krankenhäusern in Prozent³⁷

Jahr	Universität	öffentlich	konfessionell	privat
2005	13,8 %	22,4 %	21,0 %	42,8 %
2006	11,2 %	33,4 %	23,3 %	32,1 %
2007	11,3 %	27,7 %	26,3 %	34,7 %

Tabelle 3.12: Verteilung der Stellenanzeigen nach Träger in Prozent

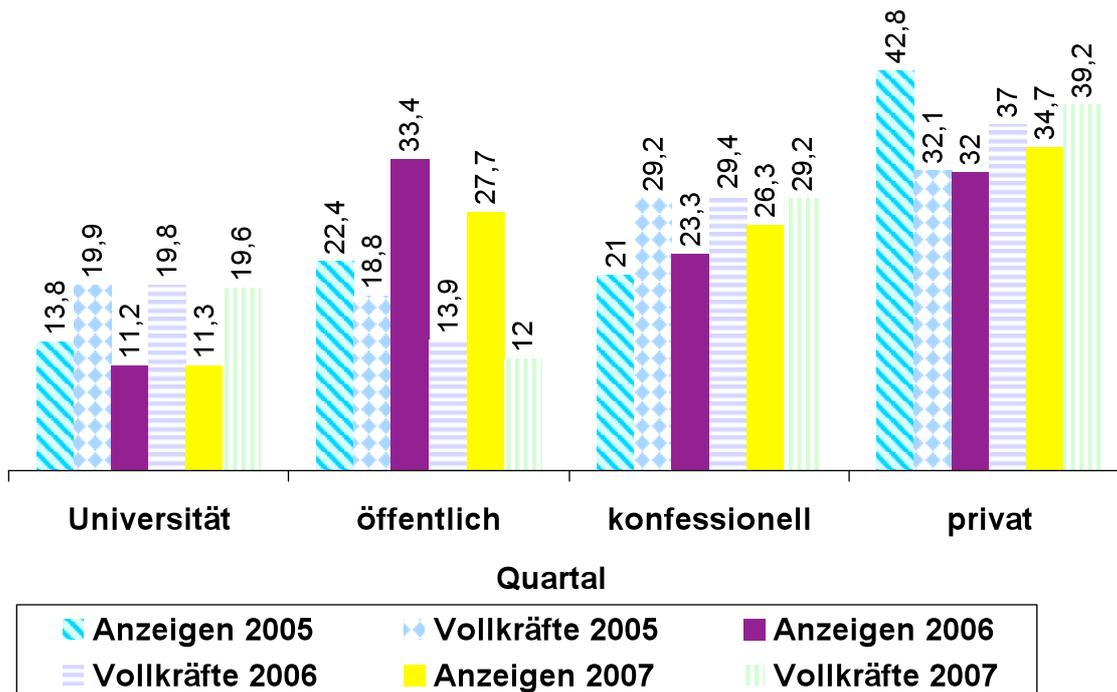


Abbildung 3.12: Vergleich der Anteile an Vollkräften und Stellenanzeigen in den Jahren 2005-2007 nach Trägern

3.5.2 Anteile der geschalteten Stellenanzeigen nach Träger und Funktion

Um die Verteilung auf die verschiedenen gesuchten Funktionen darzustellen, wurden Quotienten gebildet (Tabelle 3.13). Wie schon in Abbildung 3.11 zu erkennen, werden die verschiedenen Funktionen von einzelnen Trägern in unterschiedlichem Maße nachgefragt. Zur Interpretation des Assistentenanteils der Universitätskliniken ist zu berücksichtigen, dass dort einige Assistentenstellen auch von wissenschaftlichen Mitarbeitern besetzt werden, die auch als solche gesucht werden. Würden die Stellenanzeigen für wissenschaftliche Mitarbeiter in vollem Umfang den Assistentenanzeigen zugerechnet, würde der

Assistentenanteil auf 42,5% steigen. Der Assistentenanteil war bei den konfessionellen Häusern mit 43,4% sehr hoch, während die privaten Häuser nur in 32,2% der Stellenanzeigen Assistenten suchten. Daraus ergibt sich bei den privaten Häusern verbunden mit einem sehr hohen Facharztanteil von 24,6% ein niedriger Wert für das Verhältnis Assistenten pro Facharzt. Außerdem war dort das Facharzt / Oberarzt Verhältnis mit 1,17 größer, als bei den anderen Trägern. Die konfessionellen Häuser suchten weniger Fachärzte und mehr Oberärzte (Quotient Facharzt / Oberarzt 0,59).

Träger	Anteil ASS	ASS/FA	FA/OA	Anteil FA
Universität	0,281	1,938	0,667	0,145
Öffentlich	0,378	1,924	1,006	0,196
Konfessionell	0,434	3,117	0,589	0,139
Privat	0,322	1,308	1,173	0,246
Alle	0,360	1,851	0,912	0,194

Tabelle 3.13: Anteile der geschalteten Stellenanzeigen nach Träger und Funktion

3.5.3 Entwicklung der Stellenanzeigen der Universitätskliniken

Die Anzahl der gesuchten Assistenten stieg im Beobachtungszeitraum von 31 im 1. Quartal 2005 an. Es fällt mit 138 gesuchten Assistenten eine hohe Anzahl im 4. Quartal 2007 auf. Auch die Anzahl der gesuchten Fachärzte stieg an. Im 1. Quartal 2005 ist mit 24 die kleinste Anzahl Stellenanzeigen zu erkennen, während das 1. Quartal 2007 mit 68 gesuchten Fachärzten den Höchstwert darstellte.

Quartal	ASS	ASSifWB	FA	OA	CA	WISS	SONST	Gesamt
1/05	31	28	24	91	10	39	5	228
2/05	55	14	33	39	38	15	2	196
3/05	46	24	27	88	7	54	11	257
4/05	50	11	34	25	2	38	40	200
1/06	58	28	37	58	15	43	7	244
2/06	60	28	21	39	15	39	6	208
3/06	61	30	30	52	17	23	6	219
4/06	70	13	31	49	17	44	10	234
1/07	107	28	68	52	20	36	11	322
2/07	84	27	47	64	12	38	16	288
3/07	81	35	45	62	27	38	14	302
4/07	138	28	37	34	23	23	9	292
Σ	841	294	434	651	203	430	137	2.990

Tabelle 3.14: Entwicklung der Stellenanzeigen der Universitätskliniken nach gesuchter Funktion

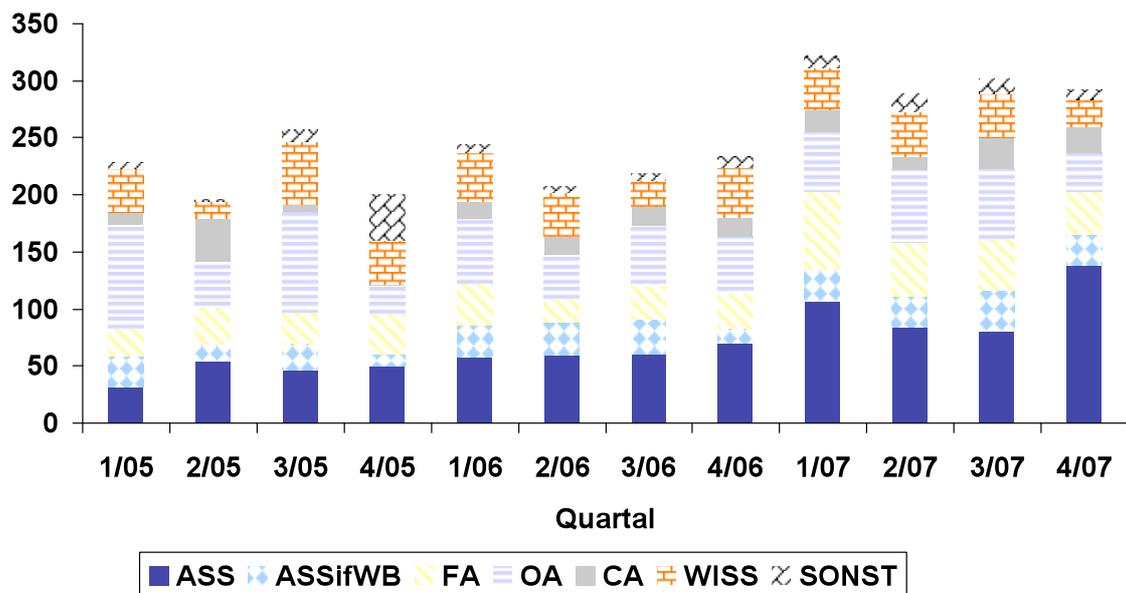


Abbildung 3.13: Entwicklung der Stellenanzeigen der Universitätskliniken nach gesuchter Funktion

Wird der Anteil der Stellenanzeigen universitärer Krankenhäuser an der Gesamtzahl der Stellenanzeigen im Verlauf betrachtet (Abbildung 3.14), ist ein Absinken zu erkennen [$p < 0,01$]. Er sinkt von 15,6% im 2. Quartal 2005 auf 11,0% im 4. Quartal 2007. In den Jahren 2005 und 2006 hat sich der Vollkraftanteil der Universitätskliniken kaum verändert.

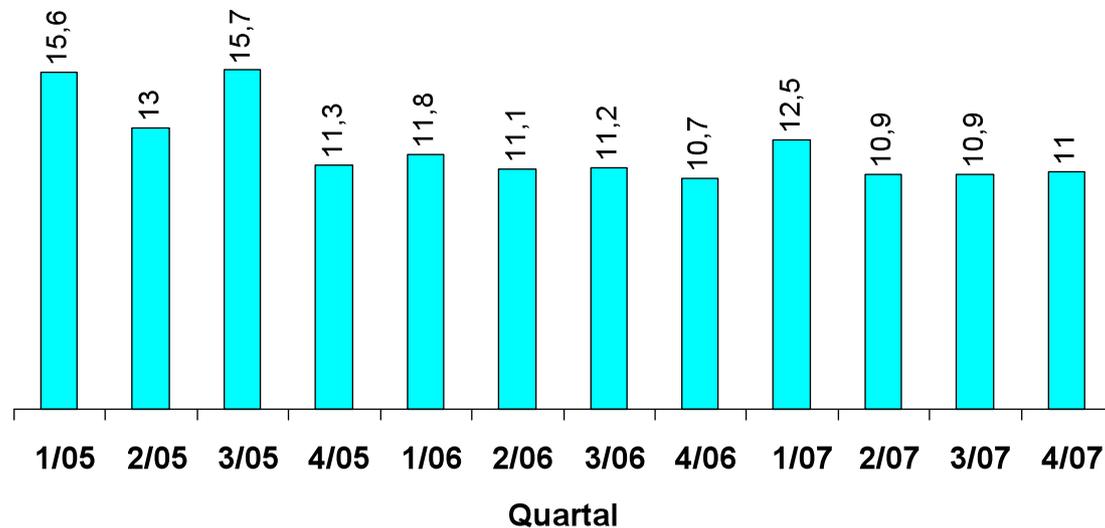


Abbildung 3.14: Entwicklung der Anteile der Stellenanzeigen der Universitätskliniken in Prozent

Der Anteil der Stellenanzeigen für Assistenten war an den Universitätskliniken kleiner als an der Gesamtheit der Kliniken [$p < 0,01$]. Auch die Steigerung im Beobachtungszeitraum war verglichen mit allen Kliniken geringer (Abbildung 3.15, Tabelle 3.15). Auffällig ist der hohe Anteil Assistentenstellen der Universitätskliniken im 4. Quartal 2007. Dieser erreichte mit 47% fast den Wert, den alle Kliniken mit 48% im gleichen Quartal erreichen.

Quartal	Universitäten	Alle
1/05	13,6	23,2
2/05	28,1	25,8
3/05	17,9	25,9
4/05	25,0	33,0
1/06	23,8	32,8
2/06	28,8	35,9
3/06	27,9	37,4
4/06	29,9	37,8
1/07	33,2	38,3
2/07	29,2	38,4
3/07	26,8	40,1
4/07	47,3	47,9
Durchschnitt	28,1	36,0

Tabelle 3.15: Entwicklung Anteile Stellenanzeigen für Assistenten an den Universitäten und der Gesamtheit in Prozent

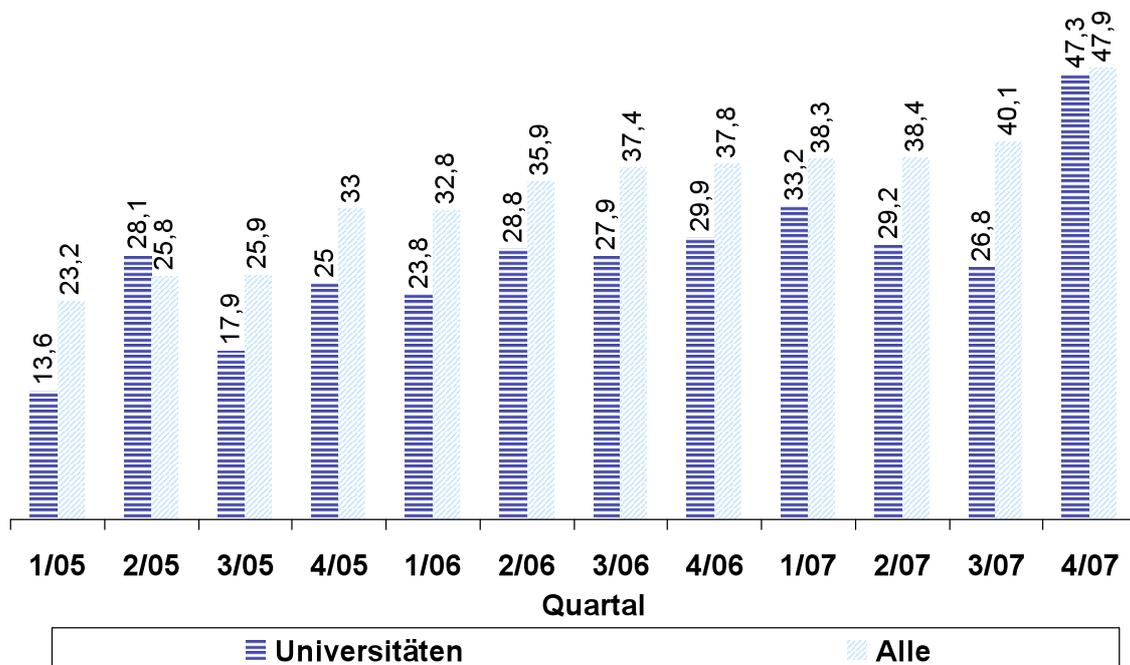


Abbildung 3.15: Entwicklung Anteile Assistenten der Universitäten und der Gesamtheit in Prozent

Um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Assistenzärzte der Universitätskliniken teilweise als Wissenschaftliche Mitarbeiter angestellt werden, werden nachfolgend die Summen aus Assistenten und Wissenschaftlichen Mitarbeitern verglichen.

Tabelle 3.16 und

Abbildung 3.16 zeigen, dass dieser Anteil im Beobachtungszeitraum mit durchschnittlich 43% an den Universitätskliniken über dem Durchschnitt von 38% lag [$p < 0,01$]. Im Verlauf stieg dieser Anteil sowohl an den Universitätskliniken [$p < 0,05$], als auch an allen Krankenhäusern insgesamt an [$p < 0,01$].

Quartal	Universitäten	Alle
1/05	30,7	26,3
2/05	35,7	27,4
3/05	38,9	29,3
4/05	44,0	35,2
1/06	41,4	35,1
2/06	47,6	38,1
3/06	38,4	38,9
4/06	48,7	39,9
1/07	44,4	40,0
2/07	42,4	40,0
3/07	39,4	41,6
4/07	55,1	48,8
Durchschnitt	42,5	37,9

Tabelle 3.16: Entwicklung der Anteile von Stellenanzeigen für Assistenten und Wissenschaftliche Mitarbeiter der Universitäten und der Gesamtheit in Prozent

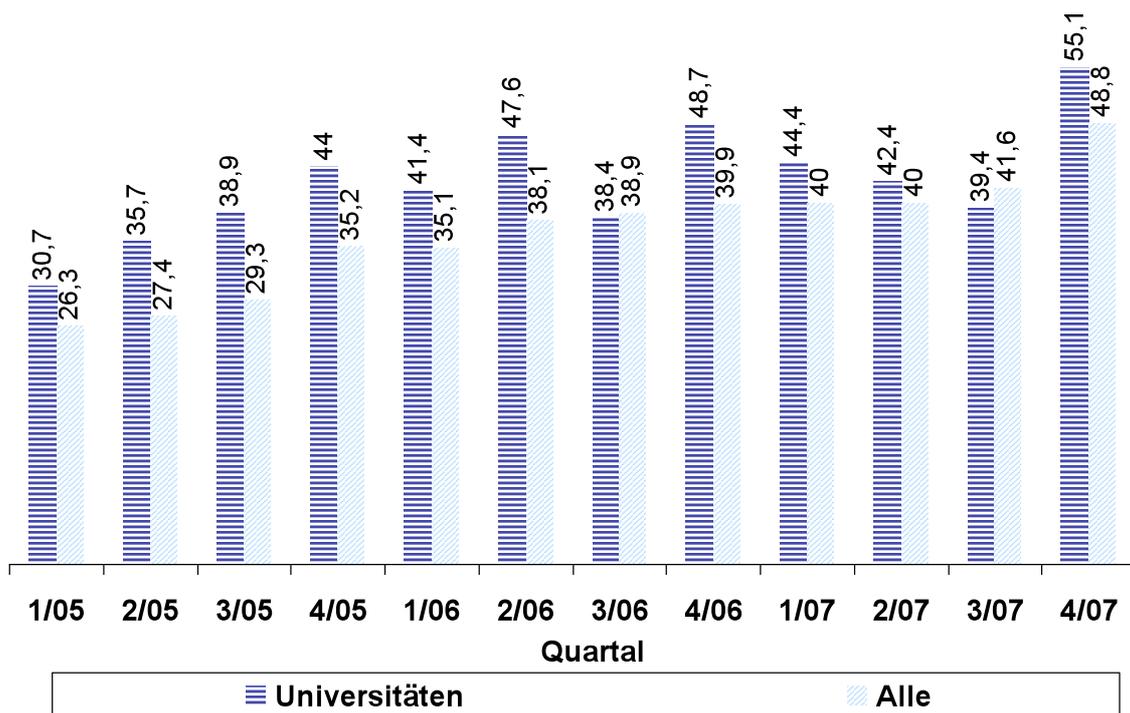


Abbildung 3.16: Entwicklung Anteile Assistenten und Wissenschaftlichen Mitarbeitern der Universitäten und der Gesamtheit in Prozent

3.5.4 Stellenanzeigen öffentlicher Häuser

Die Anzahl der gesuchten Assistenzärzte hat sich im Beobachtungszeitraum von 83 im 1. Quartal 2005 auf 378 im 4. Quartal 2007 um 355% erhöht. Die Anzahl der gesuchten Fachärzte stieg von 53 auf 144 in der Zeit vom 1. Quartal 2005 bis zum 1. Quartal 2006 stark an. Danach fand keine signifikante Erhöhung der ausgeschriebenen Facharztstellen mehr statt.

Quartal	ASS	ASSifWB	FA	OA	CA	WISS	SONST	Gesamt
1/05	83	53	53	92	36	0	3	320
2/05	69	29	80	71	21	0	3	273
3/05	125	55	93	113	27	0	1	414
4/05	137	52	108	84	32	0	6	419
1/06	288	140	144	181	65	2	5	825
2/06	292	130	137	164	61	1	6	791
3/06	200	76	109	109	43	1	7	545
4/06	212	88	120	81	34	2	6	543
1/07	206	61	143	99	37	1	7	554
2/07	281	115	120	123	35	2	2	678
3/07	404	173	158	159	59	0	14	967
4/07	378	92	125	106	46	0	1	748
Σ	2.675	1.064	1.39	1.382	496	9	61	7.077

Tabelle 3.17: Entwicklung der Stellenanzeigen öffentlicher Häuser nach gesuchter Funktion

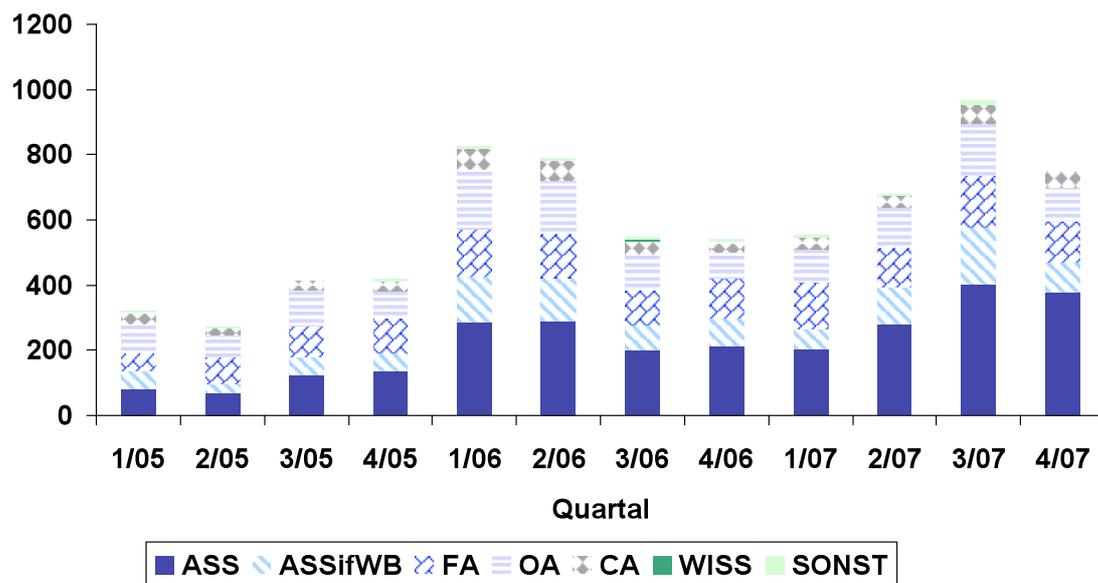


Abbildung 3.17: Entwicklung der Stellenanzeigen öffentlicher Häuser nach gesuchter Funktion

Abbildung 3.18 zeigt den Verlauf der Stellenanzeigen öffentlicher Häuser. Dieser Anteil stieg auf den höchsten Wert im 2. Quartal 2006 im Verlauf an.

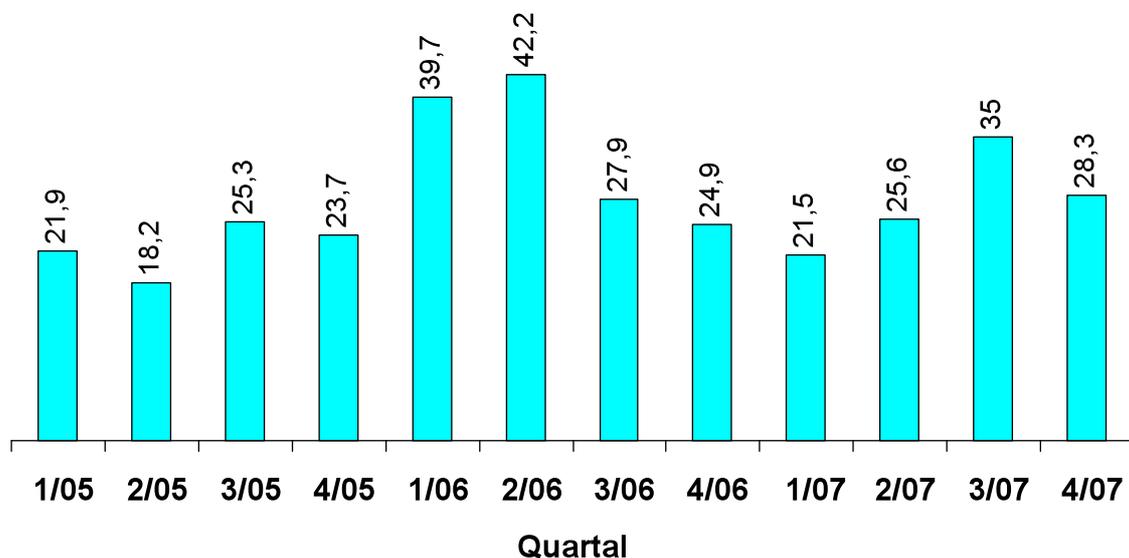


Abbildung 3.18: Entwicklung der Anteile der Stellenanzeigen öffentlicher Häuser in Prozent

Es ist allerdings zu beachten, dass der Vollkraftanteil öffentlicher Häuser im Beobachtungszeitraum gesunken ist. Wird das Verhältnis von Stellenanzeigenanteil zu Vollkraftanteil betrachtet, ist eine Steigerung zu erkennen (Abbildung

3.19). Es können jedoch die einzelnen Quartale nur in Relation zu den durchschnittlichen Vollkraftanteilen des jeweiligen Jahres gesetzt werden.

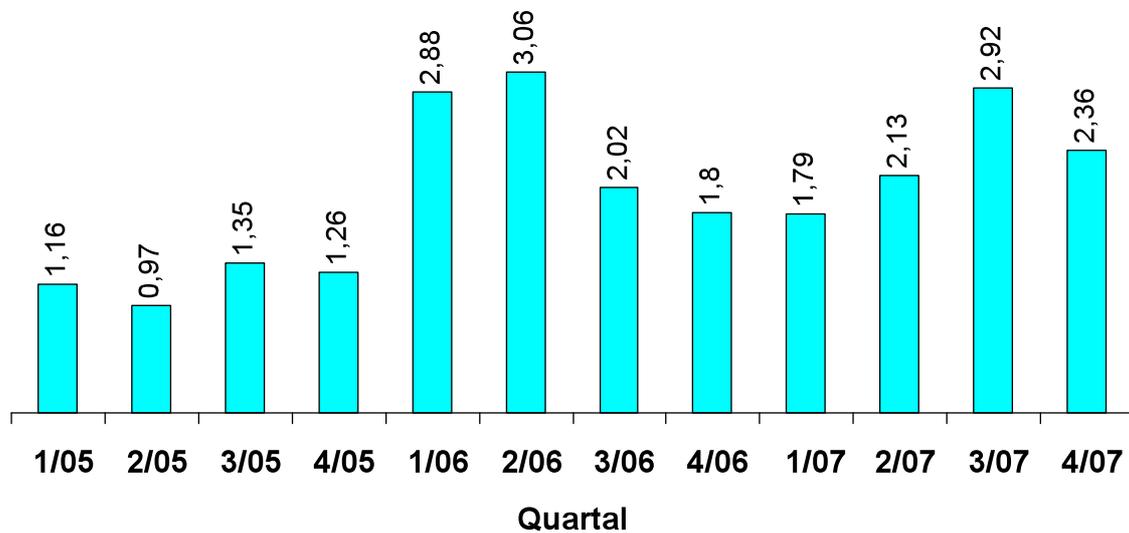


Abbildung 3.19: Entwicklung der Anteile der Stellenanzeigen gegenüber den Vollkraftanteilen öffentlicher Häuser

Der Anteil der Stellenanzeigen für Assistenten war an den öffentlichen Häusern größer als an der Gesamtheit der Häuser [$p < 0,05$]. Die Steigerung dieses Anteiles unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den öffentlichen Häusern und allen Häusern (Abbildung 3.20,

Tabelle 3.18).

Quartal	Öffentliche Häuser	Alle
1/05	25,9	23,2
2/05	25,3	25,8
3/05	30,2	25,9
4/05	32,7	33,0
1/06	34,9	32,8
2/06	36,9	35,9
3/06	36,7	37,4
4/06	39,0	37,8
1/07	37,2	38,3
2/07	41,4	38,4
3/07	41,8	40,1
4/07	50,5	47,9
Durchschnitt	37,8	36,0

Tabelle 3.18: Entwicklung Anteile Assistenten an öffentlichen Häusern und der Gesamtheit in Prozent

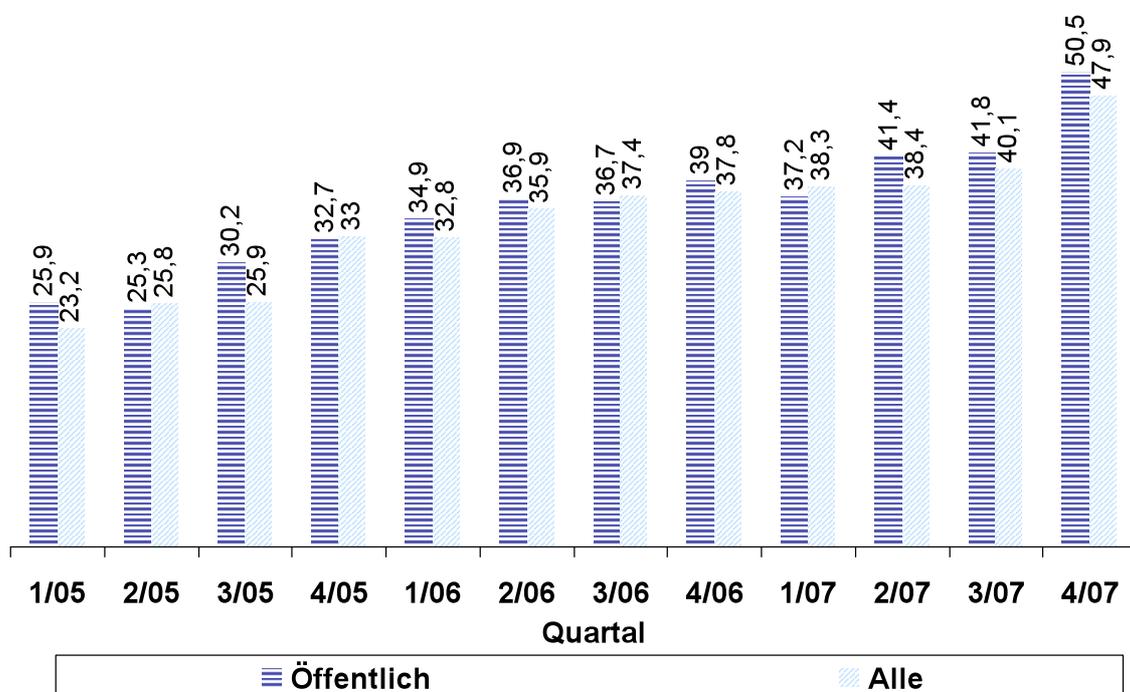


Abbildung 3.20: Entwicklung Anteile Assistenten öffentlicher Häuser und der Gesamtheit in Prozent

3.5.5 Stellenanzeigen Konfessioneller Häuser

Die Anzahl der gesuchten Assistenzärzte hat sich im Beobachtungszeitraum von 99 im 1. Quartal 2005 auf 389 im 4. Quartal 2007 um 293% erhöht. In der gleichen Zeit hat sich die Anzahl der gesuchten Fachärzte von 45 auf 101 um 124% erhöht, während die Anzahl der anderen gesuchten Funktionen weniger deutlich angestiegen ist (Tabelle 3.19, Abbildung 3.21).

Quartal	ASS	ASSifWB	FA	OA	CA	WISS	SONST	Gesamt
1/05	99	49	45	120	38	3	9	363
2/05	103	20	48	90	15	1	2	279
3/05	104	49	50	108	36	0	2	349
4/05	149	22	65	81	24	0	3	344
1/06	180	59	67	151	33	2	7	499
2/06	176	53	49	84	32	2	0	396
3/06	198	74	67	106	28	2	2	477
4/06	238	60	76	112	28	0	1	515
1/07	277	46	75	119	25	2	3	547
2/07	338	90	101	140	39	1	2	711
3/07	364	109	95	159	52	1	12	792
4/07	389	69	101	155	34	0	2	750
Σ	2.615	700	839	1.425	384	14	45	6.022

Tabelle 3.19: Entwicklung der Stellenanzeigen konfessioneller Häuser nach gesuchter Funktion

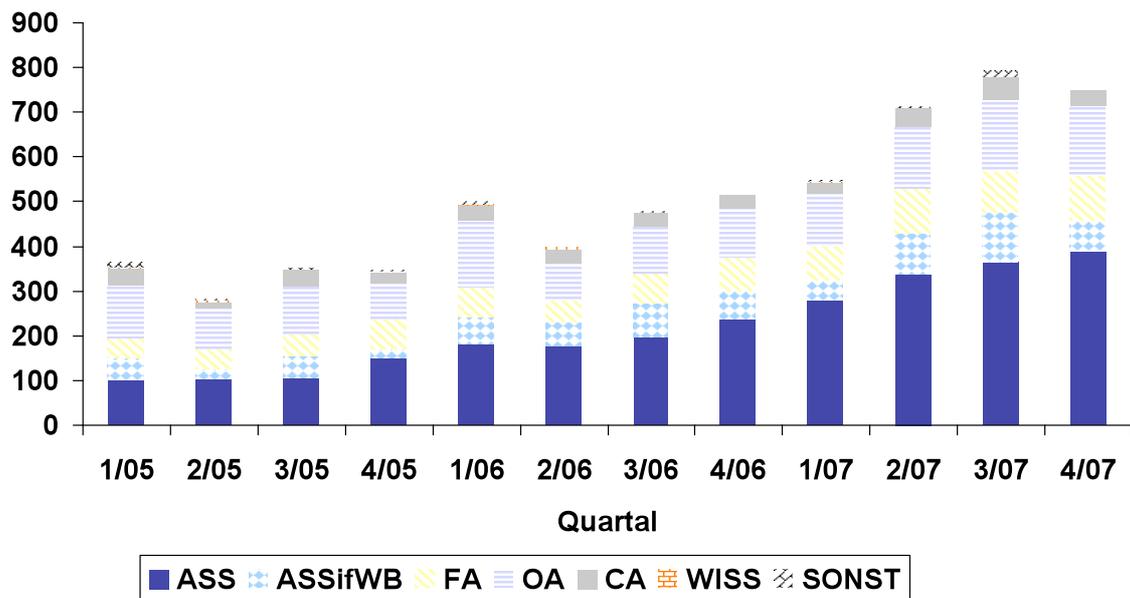


Abbildung 3.21: Entwicklung der Stellenanzeigen konfessioneller Häuser nach gesuchter Funktion,

Bei annähernd konstanter Entwicklung der Vollkraftanteile konfessioneller Häuser (vgl. 3.5.1) in den Jahren 2005 und 2006 ist der von diesen Häusern geschaltete Stellenanzeigenanteil in der Zeit von 2005 bis 2007 gestiegen [$p < 0,05$]. Abbildung 3.22 zeigt den Verlauf der Stellenanzeigenanteile.

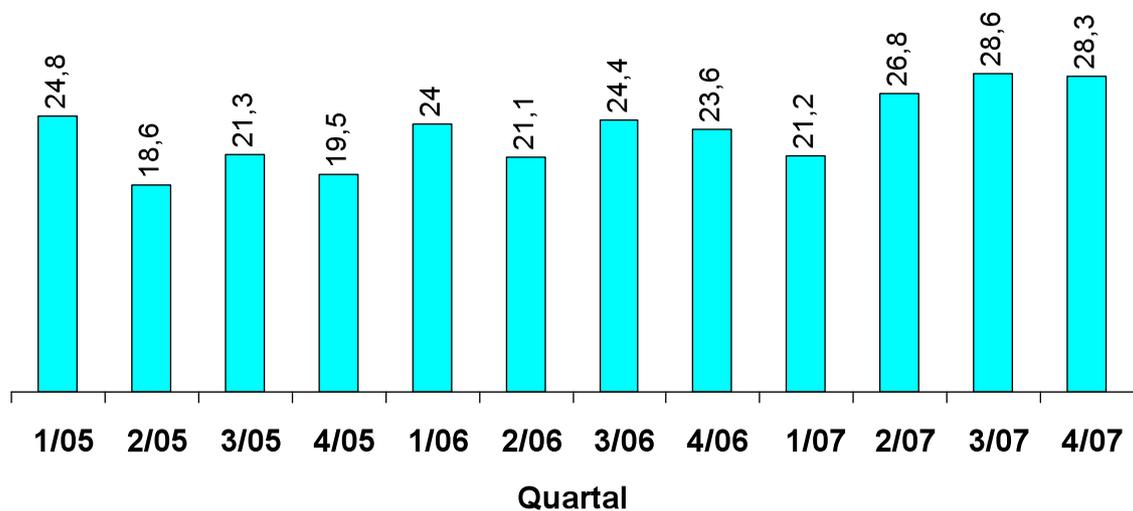


Abbildung 3.22: Entwicklung der Anteile der Stellenanzeigen konfessioneller Häuser in Prozent

Der Anteil gesuchter Assistenten ist bei den konfessionellen Häusern im Verlauf deutlich gestiegen und erreichte im 4. Quartal 2007 einen Wert von 52%

(Tabelle 3.20). Er lag im Verlauf über den Anteilen bezogen auf die Gesamtheit der Häuser [$p < 0,01$].

Quartal	Konfessionell	Alle
1/05	27,3	23,2
2/05	36,9	25,8
3/05	29,8	25,9
4/05	43,3	33,0
1/06	36,1	32,8
2/06	44,4	35,9
3/06	41,5	37,4
4/06	46,2	37,8
1/07	50,6	38,3
2/07	47,5	38,4
3/07	46,0	40,1
4/07	51,9	47,9
Durchschnitt	43,4	36,0

Tabelle 3.20: Entwicklung Anteile Assistenten konfessioneller Häuser und der Gesamtheit in Prozent

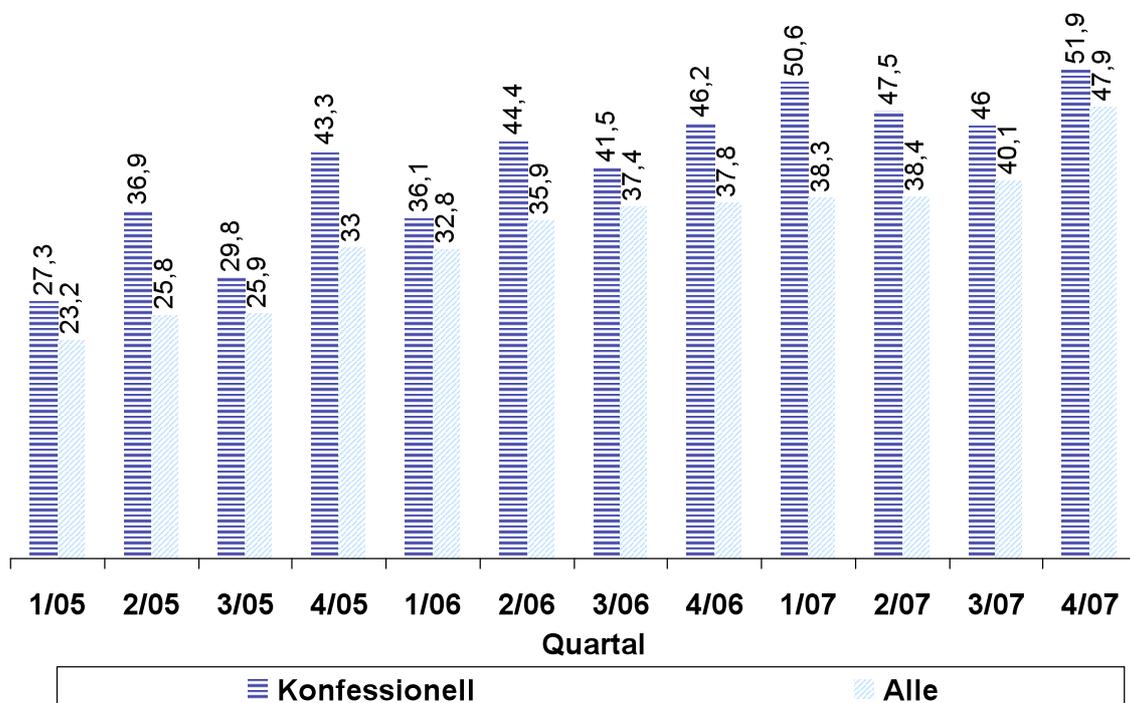


Abbildung 3.23: Entwicklung Anteile Assistenten konfessioneller Häuser und der Gesamtheit in Prozent

3.5.6 Stellenanzeigen privater Häuser

Die Anzahl der gesuchten Assistenzärzte hat sich im Beobachtungszeitraum von 126 im 1. Quartal 2005 auf 362 im 4. Quartal 2007 um 187% erhöht. In der gleichen Zeit hat sich die Anzahl der gesuchten Fachärzte von 135 auf 180 um 33% erhöht. Die Anzahl der gesuchten Oberärzte erhöhte sich zeitgleich um 37%, während die Anzahl der anderen gesuchten Funktionen nicht sehr deutlich angestiegen ist (Tabelle 3.21, Abbildung 3.24).

Quartal	ASS	ASSifWB	FA	OA	CA	WISS	SONST	Gesamt
1/05	126	98	135	126	55	3	7	550
2/05	161	85	217	205	79	7	0	754
3/05	149	89	149	169	59	2	1	618
4/05	247	84	235	177	48	1	10	802
1/06	155	73	109	123	46	1	1	508
2/06	144	73	111	109	35	0	7	479
3/06	272	124	140	121	49	2	3	711
4/06	306	117	241	173	49	0	5	891
1/07	398	145	325	196	76	5	10	1155
2/07	316	166	226	189	74	1	3	975
3/07	260	119	146	126	47	3	4	705
4/07	362	91	180	173	48	0	2	856
Σ	2.896	1.264	2.214	1.887	665	25	53	9.004

Tabelle 3.21: Entwicklung der Stellenanzeigen privater Häuser nach gesuchter Funktion

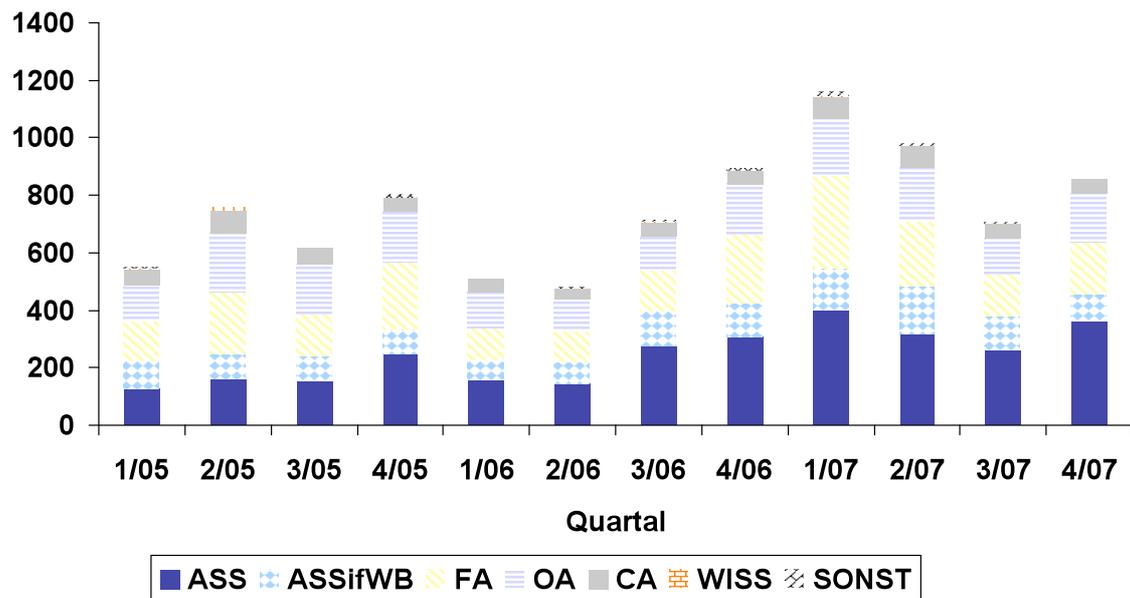


Abbildung 3.24: Entwicklung der Stellenanzeigen privater Häuser nach gesuchter Funktion

Die privaten Häuser schalteten im Verlauf zwar mehr Stellenanzeigen, aber ihr Anteil an der Gesamtsumme der Stellenanzeigen sank im Verlauf (Abbildung 3.25). Dieser Zusammenhang ist nicht signifikant, jedoch sind in den Jahren 2005 und 2006 die Vollkraftanteile deutlich gestiegen (Tabelle 3.11), so dass eine Steigerung erwartet werden konnte.

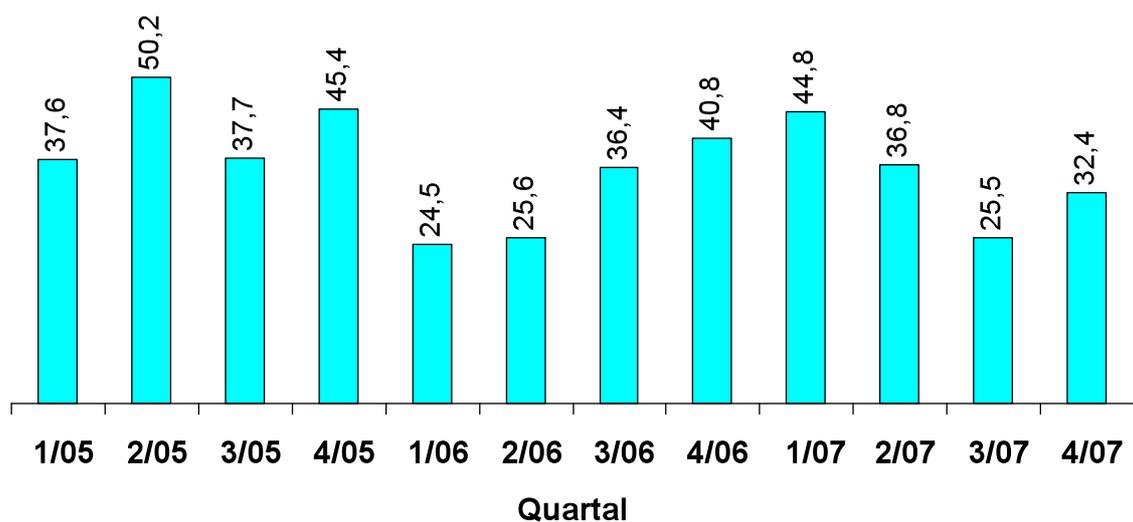


Abbildung 3.25: Entwicklung der Anteile der Stellenanzeigen privater Häuser in Prozent

Abbildung 3.26 zeigt die Anteile der Stellenanzeigen für Assistenten privater Häuser gegenüber den Anteilen aller Häuser. Der Assistentenanteil stieg im Verlauf und war mit einem Durchschnittswert von 32,2% signifikant [$p < 0,01$] unter dem Durchschnitt aller Häuser mit 36,0%.

Quartal	Privat	Alle
1/05	22,9	23,2
2/05	21,4	25,8
3/05	24,1	25,9
4/05	30,8	33,0
1/06	30,5	32,8
2/06	30,1	35,9
3/06	38,3	37,4
4/06	34,3	37,8
1/07	34,5	38,3
2/07	32,4	38,4
3/07	36,9	40,1
4/07	42,3	47,9
Durchschnitt	32,2	36,0

Tabelle 3.22: Entwicklung der Anteile gesuchter Assistenten privater Häuser und der Gesamtheit in Prozent

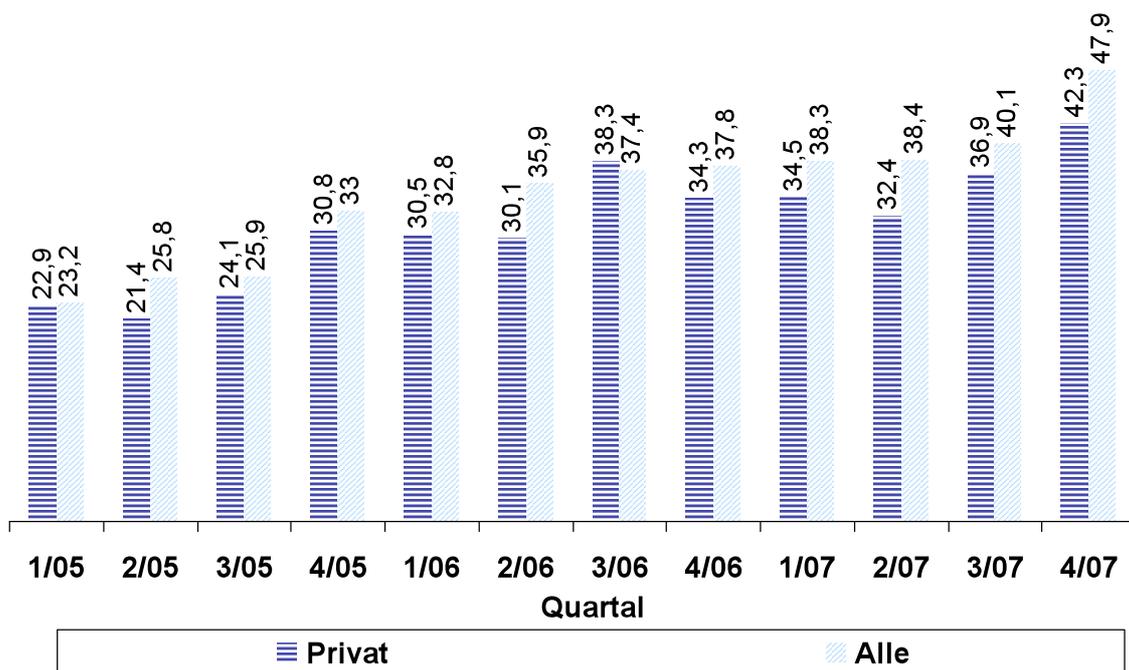


Abbildung 3.26: Entwicklung der Anteile gesuchter Assistenten privater Häuser und der Gesamtheit in Prozent

3.6 Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung - ein internationaler Vergleich

Zunächst sei darauf hingewiesen, dass im Folgenden nicht auf die Inhalte der Weiterbildung, sondern vielmehr auf deren Organisation und Finanzierung in verschiedenen Industriestaaten eingegangen wird.

3.6.1 Großbritannien

Großbritannien besitzt mit dem National Health Service (NHS) ein staatliches und steuerfinanziertes Gesundheitssystem. 10 Prozent der Briten haben jedoch eine private Zusatzversicherung, um auch bei elektiven Eingriffen und Untersuchungen die sonst üblichen Wartezeiten zu umgehen.

Fachärzte gibt es nur in den Krankenhäusern, an denen auch ambulant gearbeitet wird. Die pro Kopf Ausgaben im Gesundheitssystem lagen in GB mit 6% des BIP 1990/91 noch deutlich unter dem europäischen Durchschnitt³⁸. In den darauf folgenden Jahren wurden die Gesundheitsausgaben schrittweise angehoben, so dass sie 2004/05 schon 8,3% des BIP betragen und für 2007/08 eine weitere Steigerung auf 9,4 des BIP erwartet wurde. Damit sollten die Versorgung der Bevölkerung verbessert und insbesondere die zum Teil erheblichen Wartezeiten reduziert werden. Dabei wuchs auch die Anzahl der Ärzte von 81.319 im Jahr 1994 auf 117.806 im Jahr 2004, bei einem steigenden Anteil Weiterbildungsassistenten von 34,8% auf 37,6%. Insgesamt hat sich damit ein im Jahr 1996 prognostizierter Mangel an Assistenzärzten nicht eingestellt, sondern die Anzahl der Stellen wurde ständig erhöht, was politisch gewollt war. Die Ärzte im Krankenhaus werden direkt vom NHS bezahlt. Darüber hinaus können sie noch private Leistungen erbringen und auch abrechnen³⁹.

Die Weiterbildung (Postgraduate Medical Education) wird von regionalen Dekanaten (Deaneries) organisiert, die seit 1992 auch zu 50-100% die Gehälter der Assistenzärzte bezahlen. Sie orientiert sich inhaltlich am „General Medical Council“ und dem „Medical Education and Training Board (PMETB)“. Außerdem sind für den Inhalt der Weiterbildung noch die Royal Colleges der einzelnen Fachrichtungen zuständig. Die früheren Weiterbildungsprogramme werden seit 2005 schrittweise durch das einheitliche Weiterbildungsprogramm "Modernising Medical Careers" ersetzt⁴⁰. Die Anzahl der Weiterbildungsstellen ist zwar in den letzten Jahren deutlich gestiegen, aber durch die Dekanate begrenzt. Daher werden von den Krankenhäusern auch Stellen außerhalb der Weiterbildung besetzt, was die durchschnittliche Weiterbildungszeit der

Assistenten erhöht. Die Kosten der Weiterbildung von 1,709 Milliarden Pfund 2005/06⁴¹ werden von öffentlichen Geldern bezahlt. Die private finanzielle Unterstützung macht nur einen sehr kleinen Teil aus, falls zum Beispiel die Pharmaindustrie einen Assistenten bezahlt, der sich in der Forschung engagiert. Seit April 1996 gibt es eine Abgabe (Medical and Dental Education Levy“ (MADEL) des Gesundheitsministeriums an die Gesundheitsämter (Health authorities), mit der die Ausgaben für die PGME bezahlt werden⁴². Das umfasst im Einzelnen 50-100% der Gehälter der Assistenten und die Aufwendungen für die Infrastruktur der Weiterbildung, die Weiterbildungstutoren, die Organisation vor Ort, Fortbildungsurlaube und sogar Umzugskosten. Insgesamt entfallen 80% der Weiterbildungskosten auf die Gehälter der Assistenten, weshalb sich in Analogie zu der steigenden Anzahl der Weiterbildungsstellen diese Ausgaben seit 1996/97 (677 Millionen Pfund) deutlich erhöht haben. Sie sind in dieser Zeit noch stärker gestiegen als die Gesundheitsausgaben in GB insgesamt.

Eine aktuelle Herausforderung stellen die seit 2003 schrittweise eingeführten DRG ähnlichen "Payments by results" dar. Damit werden die Krankenhäuser jetzt nicht mehr über ein festes Budget, sondern nach erbrachter Gesundheitsleistung bezahlt⁴¹. Darin sind allerdings die Kosten der Weiterbildung nicht enthalten, so dass auch hier versucht werden sollte die Weiterbildung als Leistung zu erfassen und mit zu honorieren⁴³. Großbritannien wird durch die Einführung der "Payments by results" möglicherweise ebenfalls auf das in Deutschland diskutierte Problem in der Finanzierung der Weiterbildung zusteuern. In Großbritannien und Deutschland besteht das Problem vor allem darin, dass keine belastbaren Zahlen über die Kosten der Weiterbildung zur Verfügung stehen.

3.6.2 Spanien

Spanien hat ein weitgehend steuerfinanziertes Gesundheitssystem. Dort existieren Weiterbildungsprogramme, deren Plätze eingeschränkt sind. Sie sind sehr begehrt, da sie nur an den Universitätskliniken eingerichtet sind und für die gesamte Weiterbildung von 3-5 Jahren angetreten werden. Um eine solche Stelle zu erlangen, muss jeder Student am Ende des Studiums das Examen MIR ablegen. Je nach dort erzieltm Punktwert, kann man sich eine Stelle aussuchen, wobei längst nicht jeder Teilnehmer eine Weiterbildungsstelle bekommt. Allerdings gibt es in Spanien den Facharzt für Allgemeinmedizin nicht, so dass die Mediziner ohne Facharztstitel als niedergelassene Hausärzte tätig sein können. An der Struktur des spanischen Systems ist zu erkennen, wie die Kosten des Medizinstudiums und die Kosten der Weiterbildung von den Universitätskliniken getragen werden und damit letztlich von den die Universitätskliniken finanzierenden Regionen des Landes. Durch die

Regulierung der Anzahl der Weiterbildungsstellen seitens der Regionen bzw. des Staates, kann auch einem drohenden Fachärztemangel entgegengewirkt werden. Ob dieses allerdings zu einer Verringerung der Weiterbildungsqualität führt, soll nicht Gegenstand dieser Überlegungen sein³⁹.

3.6.3 Frankreich

In Frankreich behält der Weiterzubildende den Studentenstatus während des 3-5 Jahre dauernden so genannten Internats bei. Dabei wird er von der Universität bzw. der staatlichen Krankenkasse bezahlt. Das gesamte Gesundheitssystem ist steuerfinanziert, wobei die meisten Franzosen für mögliche Zuzahlungen eine private Zusatzversicherung haben.

Die Weiterbildung findet - wie auch die Ausbildung - in den staatlichen Krankenhäusern statt, deren Tagessätze infolgedessen höher sind, als die der privaten Krankenhäuser. Bis vor wenigen Jahren konnten diejenigen, die das Examen nach dem regulären Studium unter einer geforderten Punktzahl abgeschlossen haben, gar keine Facharztweiterbildung in Anspruch nehmen und mussten sich als „Médecine Générale“ – also Allgemeinarzt - niederlassen. Daher waren Allgemeinärzte in Frankreich über viele Jahrzehnte oft eine Negativauswahl der Ärzte, die keine ausreichende Punktzahl zur Facharztweiterbildung erreicht hatten. Heute hat das Fach Allgemeinmedizin einen eigenen Numerus clausus und ein eigenes Curriculum im letzten Ausbildungs- und Weiterbildungsabschnitt und somit eine Aufwertung und einen höheren Qualifikationsstandard erhalten⁴⁴. Ein guter Vergleich zur Finanzierung der Weiterbildungskosten ist somit kaum möglich, da in Frankreich und in Deutschland die Strukturen im Gesundheitswesen deutlich von einander abweichen.

3.6.4 Schweden

Stellvertretend für die skandinavischen Länder soll die Weiterbildung in Schweden untersucht werden. Das Gesundheitssystem in Schweden ist bis auf einen kleinen Anteil von ca. 3%, den die Patienten durch Gebühren bezahlen müssen, durch Steuern finanziert. Diese werden von den 20 Provinziallandtagen, die auch für medizinische Versorgung und die Organisation im Gesundheitswesen verantwortlich sind, erhoben. Die meisten Krankenhäuser und ambulanten Versorgungszentren werden von den öffentlichen Körperschaften betrieben³⁹. Mit ca. 3,3 Ärzten pro 1.000 Einwohner im Jahr 2002 lag Schweden knapp unter dem EU Durchschnitt von 3,4. Die Weiterbildung zum Facharzt, deren Inhalte von den Fachverbänden bestimmt werden, folgt nach

dem ca. 5,5 Jahre dauernden Studium und einer 18-21-monatigen AiP ähnlichen Tätigkeit. Jeder Assistent wird von einem Facharzt betreut, so dass am Ende der 5 jährigen Weiterbildungszeit keine Prüfung stattfinden muss³⁹. Über Arztstellen außerhalb der Weiterbildung ist nichts bekannt, da die Weiterbildungsstellen auch nicht begrenzt sind. Zur Finanzierung der Weiterbildung ist zu bedenken, dass ein Großteil der Ärzte in den Krankenhäusern und auch den ambulanten Gesundheitszentren im öffentlichen Gesundheitswesen tätig ist.

3.6.5 Niederlande

Die Niederlande besitzen ein gemischt finanziertes Gesundheitssystem. Es hat dort im Jahr 2006 eine Gesundheitsreform gegeben, bei der ein gemischtes Modell, bestehend aus einer Gesundheitsprämie als Basisversicherung und einem an den Lohn gekoppelten Beitrag eingeführt wurde⁴⁵. Im Zuge der Reform wurden ab 2007 auch Weiterbildungsfonds gebildet, um dem bestehenden Facharztmangel entgegenzuwirken. Diese sind steuerfinanziert. Aus den Fonds erhalten die weiterbildenden Krankenhäuser Geld für jeden Weiterbildungsassistenten. Für das Jahr 2007 bekamen die Krankenhäuser je nach Größe bzw. Anzahl der Weiterbildungsassistenten zwischen 108.000€ und 145.000 € pro Assistent aus den Fonds erstattet. Allerdings legt das Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport die Anzahl der geförderten Stellen in den jeweiligen Fachrichtungen fest⁴⁶. Für das Jahr 2009 sind 1.059 neue Weiterbildungsstellen vorgesehen⁴⁷, das Budget der Weiterbildungsfonds beträgt ca. 785 Millionen €. Es werden während der Weiterbildungszeit pro Weiterbildungsassistent etwa 800.000 € gezahlt⁴⁸.

3.6.6 Vereinigte Staaten von Amerika

Die Vereinigten Staaten haben mit einem Anteil von 15,3% (2005) vom BIP die höchsten Gesundheitsausgaben der Industrieländer, obwohl die Ärztedichte (2,5 Ärzte pro 1.000 Einwohner im Jahr 2005) nicht sehr hoch ist³⁸. Trotzdem besitzen etwa 15% der Bevölkerung keinen Versicherungsschutz. Diese Menschen haben als Rentner mit Medicare oder Einkommensschwache mit Medicaid eine Grundsicherung auf niedrigem Niveau. Der Rest der Bevölkerung ist entweder über den Arbeitgeber oder privat versichert⁴⁹.

Grundsätzlich dauert die Weiterbildung in einer Fachrichtung 3-5 Jahre und damit nicht so lange, wie in Deutschland. Es schließt sich aber danach noch eine Vertiefung auf dem jeweiligen Gebiet an. Die Weiterbildung wird in Weiterbildungsprogrammen in den etwa 1.100 Lehrkrankenhäusern durchgeführt und "Residency" genannt. Die Finanzierung der Weiterbildung erfolgt zum größten

Teil von Medicare, seit dessen Gründung im Jahr 1965. Dabei existieren im Wesentlichen zwei Arten der Finanzierung, und zwar die direkte Finanzierung (Direct Graduate Medical Education Payments = DGME), für die durch die Assistenten direkt entstehenden Kosten, und die indirekte Finanzierung (Indirect Medical Education Payments), für die mit der Weiterbildung verbundenen Kosten. Für die Berechnung der DGME Zahlungen ist zunächst die Anzahl der Ärzte in Weiterbildung zu berücksichtigen, wobei nur Ärzte innerhalb der Mindestweiterbildungszeit ihres zunächst gewählten Faches berücksichtigt werden. Diese Anzahl wird mit dem Anteil, der durch Medicare bezahlten Krankenhaustage, der Gesamtübernachtungen multipliziert. Schließlich wird das Ergebnis mit einem regional festgelegten Betrag (Per Resident Amount) multipliziert. Dieser Betrag wurde 1984 festgelegt und wird jedes Jahr an den allgemeinen Preisindex angepasst (Im Jahr 1997 lag der PRA durchschnittlich bei \$60.000).

Mit einem neuen Gesetz wurde 1996 für jedes Lehrkrankenhaus die Anzahl bezahlter Weiterbildungsstellen eingeschränkt. In den darauf folgenden Jahren wurden einige Ausnahmen eingeführt. Außerdem erhalten seit 2006 die Krankenhäuser, die ihr Kontingent nicht ausschöpfen, weniger DGMEP. Die Gesamtsumme der DGME Zahlungen lag 2004 bei 2,7 Milliarden US-Dollar. Die oben genannten IMEP werden wie folgt berechnet. Für jeden behandelten Medicare Patienten erhält das Lehrkrankenhaus nach einer bestimmten Formel, in die ein gesetzlicher Faktor und der Quotient aus der Anzahl der Weiterbildungsassistenten und der Bettenzahl eingehen, einen Aufschlag auf den normalen Rechnungsbetrag. Durch Absenkung des Faktors Ende der 1990er Jahre sank auch die Summe der IME Zahlungen, bis sie in den letzten Jahren wieder leicht anstieg⁵⁰. Im Jahr 2004 lag sie bei 5,8 Milliarden US-Dollar, was einem Aufschlag von 6% bei einem Quotienten von 0,1 entsprach⁵¹. Nach einer durch MedPAC (eine 1997 gebildete unabhängige Regierungskommission) durchgeführten Untersuchung seien die Zahlungen jedoch zu hoch, so dass sie im Jahr 2008 auf 4,5% bei oben genannten Quotienten gesenkt werden sollten. Zusätzlich wird die Weiterbildung noch individuell von den einzelnen Bundesstaaten über Medicaid gefördert. Zuletzt bekommen die Lehrkrankenhäuser aufgrund ihres Patientenspektrums oftmals Ausgleichszahlungen (DSH payments), was einer indirekten Förderung der Weiterbildung entspricht⁵². Über die Höhe und die Art der Finanzierung der Weiterbildung gibt es in den USA eine rege Debatte. Vorgeschlagen wird unter anderem, die Weiterbildung direkt zu bezahlen, damit sie vor allem nicht mehr von dem Anteil der Medicare Patienten des jeweiligen Krankenhauses abhängt⁵³. Zur Übertragung dieses recht komplexen Systems der Weiterbildungsfinanzierung auf Deutschland ist wie eingangs beschrieben, zu bedenken, dass die Ausgabenquote für das Gesundheitswesen trotz lückenhafter Versorgung sehr hoch ist. Daher wäre aufgrund des erheblichen Kostendruckes im deutschen Gesundheitssystem eine Implementierung so nicht möglich.

3.6.7 Australien

Australien hat ein vorwiegend steuerfinanziertes Gesundheitssystem. Im Jahr 2004 lag die Quote der öffentlichen Finanzierung bei etwa 70%. Neben den Steuergeldern fließen auch Gelder aus einer gesetzlichen Versicherung und von privat in das Gesundheitssystem. Etwa 20% der Gesamtausgaben stammten in 2004 aus Zuzahlungen der Patienten⁵⁴. Mit 9,5% des BIP (2004) lagen die Gesundheitsausgaben leicht über dem Durchschnitt der Industrienationen, aber deutlich unter dem Anteil, den sie in den USA und einigen europäischen Staaten ausmachen. Dabei war auch der Anteil der Ärzte an der Bevölkerung mit 2,7 pro 1.000 Einwohner relativ gering³⁸. Deshalb verstärkt die Regierung in den letzten Jahren ihre Bemühungen, durch eine erhöhte Anzahl an Ärzten (u. a. auch aus dem Ausland) die Versorgung zu verbessern. Dabei sollen für die Ärzte vor allem Anreize geschaffen werden, in den ländlichen Regionen (areas of need) zu arbeiten.

Die Weiterbildung, die mit einer AiP ähnlichen Zeit von 1-2 Jahren beginnt, wird von den einzelnen australischen Staaten mit ihrem jeweiligen "Postgraduate medical education council" organisiert. Für die Weiterbildungsinhalte sind die Akademien (Royal Colleges) der einzelnen Fachgebiete zuständig⁵⁴. Die meisten Weiterbildungsstellen gibt es derzeit noch in den öffentlich finanzierten Krankenhäusern. Falls es eine Verlagerung zu den privaten Häusern geben sollte, würden diese vom Staat subventioniert. Letzteres ist in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, die über öffentliche Fonds finanziert wird, schon jetzt der Fall⁵⁵. Durch die Regulierung der Versorgung sind die Konkurrenzsituation und damit der ökonomische Druck auf die Krankenhäuser in Australien nicht so hoch wie in Deutschland. Zudem wird dort zur Verbesserung der Versorgung ein Anstieg der Ausgaben und der Anzahl der Ärzte toleriert.

3.6.8 Kanada

Kanada besitzt ein steuerfinanziertes Gesundheitswesen. Die Gesundheitsausgaben lagen im Jahr 2005 bei etwa 9,8% des BIP, wobei etwa 30% davon aus privaten Versicherungen und Zuzahlungen stammen⁵⁶. Dort gibt es nur 2,2 Ärzte pro 1.000 Einwohner, so dass beide Kennzahlen unter dem OECD Durchschnitt liegen³⁸.

Die Weiterbildung wird von den Medizinischen Fakultäten organisiert, so dass die Ausgaben der Weiterbildungsstrukturen durch die Hochschulen bezahlt werden. Für die Gehälter der Weiterbildungsassistenten kommen die Gesundheitsministerien der einzelnen Provinzen auf. Eine Steuerung der Anzahl der

Weiterbildungsstellen erfolgt durch Festlegung der Anzahl geförderter Stellen seitens der jeweiligen Gesundheitsministerien⁵⁷.

4 Diskussion

4.1 Zahl der geschalteten Stellenanzeigen

Im Ergebnis der Untersuchung konnte eine steigende Anzahl von Stellenanzeigen im untersuchten Zeitraum nachgewiesen werden (Abbildung 3.1). Für diesen Anstieg gibt es mehrere Ursachen. Zum einen ist die Anzahl der beschäftigten Vollkräfte in den deutschen Krankenhäusern in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Im Jahr 2004 betrug die durchschnittliche Anzahl der Vollkräfte noch 117.681. Drei Jahre später waren in den deutschen Krankenhäusern schon 8.319 mehr Vollkräfte beschäftigt³⁷.

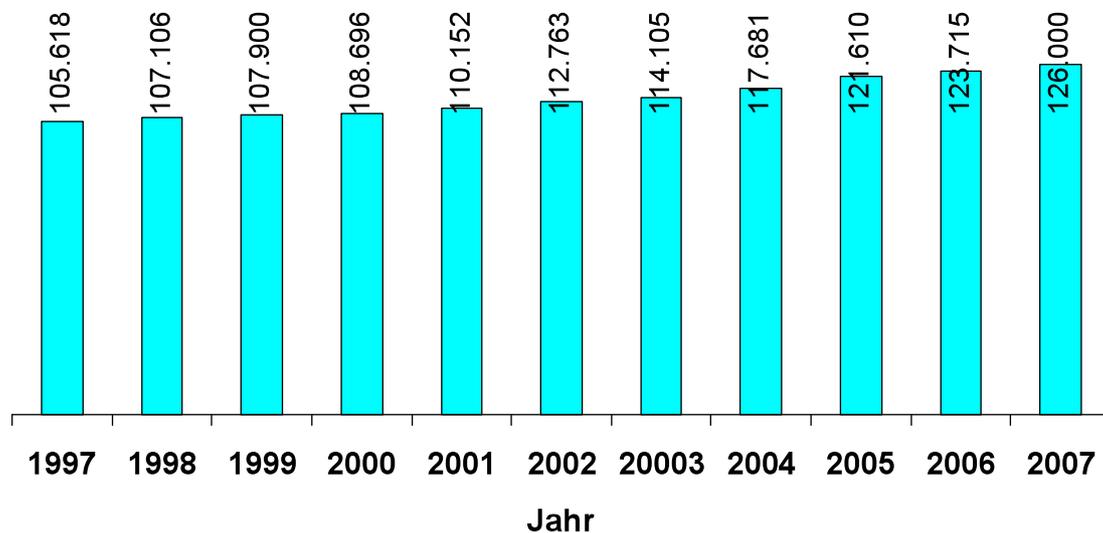


Abbildung 4.1: Vollkraftentwicklung deutscher Krankenhäuser

Es ist erkennbar, dass im Jahr 2007 die Nachfrage nach Ärzten zusätzlich gestiegen ist. Ursächlich ist wahrscheinlich die verbindliche Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes zum 01.01.2007, womit die gestiegene Anzahl der Stellenanzeigen zum Teil mit der gestiegenen Nachfrage nach Ärzten erklärt wäre. Hinzu kommt eine Minderung des Angebotes ärztlicher Mitarbeiter in Deutschland. Ein Grund besteht darin, dass seit Jahren die Anzahl aus Deutschland abwandernder Ärzte größer ist, als die Anzahl der nach Deutschland zuwandernden Ärzte. Für die Jahre 2005 bis 2007 wird von einem Abwanderungsüberschuss von insgesamt 2.596 ausgegangen⁵⁸. In verschiedenen Publikationen werden flachere Hierarchien, weniger Bürokratie, geringere Arbeitszeitbelastung und bessere Bezahlung in den anderen Ländern als Begründung seitens der Ärzte angegeben. Die Abwanderung besitzt nicht das die durch die Medienpräsenz dieses Themas suggerierte Ausmaß, hat aber verglichen mit der jährlichen Absolventenzahl von etwa 8.000-10.000 eine

beachtliche Relevanz. Auf die Entwicklung der Absolventenzahlen wird im Weiteren noch eingegangen werden.

4.2 Gesuchte Funktionen

4.2.1 Anteil gesuchter Assistenzärzte

Wie in Ergebnisse 3.2 dargelegt, ist der Anteil der gesuchten Assistenzärzte im Beobachtungszeitraum signifikant angestiegen. Im 4. Quartal 2007 betrug er sogar 41,8% bei einem Durchschnittswert von 31,0%. Abbildung 3.2. veranschaulicht, dass die Stellenanzeigen für Assistenten den Großteil der Steigerung der gesamten erfassten Stellenanzeigen im Verlauf darstellen. Damit kann die Annahme, von den Kliniken würden aufgrund der höheren Tarifabschlüsse der letzten Jahre und der wachsenden Ökonomisierung des stationären Sektor weniger Assistenten eingestellt werden, nicht bestätigt werden. Im Gegensatz dazu zeigen die Zahlen eine gestiegene Nachfrage nach Assistenten. Eine Berücksichtigung der Stellenanzeigen für Assistenten, in denen Berufserfahrung ausdrücklich eine Einstellung voraussetzt, ändert die Entwicklung nicht wesentlich. Es soll zunächst die Nachfrageseite zur Erklärung dieser Entwicklung betrachtet werden.

Die Vollkraftentwicklung der Krankenhäuser zeigt einen gleichsinnigen Verlauf bezogen auf die verschiedenen qualifizierten ärztlichen Vollkräfte. Von 2004 bis 2007 stieg die Anzahl der assistenzärztlichen Vollkräfte um 3.544³⁷. Allerdings schließt diese Anzahl Fachärzte ohne Oberarztfunktion mit ein.

Damit kann der Anstieg der Stellenanzeigen jedoch nur zum Teil erklärt werden. Möglicherweise führt auch ein Mangel an Fachärzten in Assistenzarztfunktion dazu, dass mehr Weiterbildungsassistenten gesucht werden. Sollten die meisten Fachärzte in der Lage sein, eine Anstellung als Oberarzt zu erlangen, würde es den Kliniken schwer fallen, sie als Assistenten mit Facharztqualifikation einzustellen. Notgedrungen würden diese Stellen dann von Weiterbildungsassistenzärzten besetzt. In vielen Abteilungen muss zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes zudem der Assistentenanteils der Ärzte in den Krankenhäusern erhöht werden. Immerhin stieg die Anzahl der Assistenzärzte von 2006 bis 2007 um 1.415 Vollkräfte an³⁷.

Zur weiteren Erklärung der oben genannten Entwicklung soll das Angebot von Assistenten auf dem Arbeitsmarkt untersucht werden. Bei etwa konstanten Zahlen für bestandene Facharztprüfungen hängt die Entwicklung der zur Verfügung stehenden Assistenten im Wesentlichen von den Absolventen der Hochschulen und der möglichen Abwanderung und Zuwanderung ab. Bei der

Betrachtung der Zahlen des Institutes für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) ist zu bedenken, dass die Summe aus bestandenen 2. Staatsexamina (Alte Approbationsordnung) und der bestandenen 2. Abschnitte der Ärztlichen Prüfung (Neue Approbationsordnung) gebildet wurde. Da sich nach alter Approbationsordnung noch das Praktische Jahr anschloss, bevor das Studium abgeschlossen wurde, sind in Abbildung 4.2 jeweils die Zahlen des Vorjahres eingeflossen.

Verantwortlich für den Spitzenwert im Jahr 2006 von 9.856 sind Langzeitstudierende, die vor vollzogener Änderung der Approbationsordnung noch das 2. Staatsexamen abgelegt haben. Insgesamt sind die Zahlen bis zum Ende des Beobachtungszeitraumes aber rückläufig, was sich durch die Absolventenzahlen (Abbildung 4.3.) bestätigt. Durch das Verschieben der Prüfung um ein halbes Jahr seitens der Studenten und die höhere Durchfallquote kann erklärt werden, dass nur 8.434 Studenten im Jahr 2007 das Staatsexamen bestanden haben. Besonders deutlich wird der sich aus der Verschiebung ergebende Effekt beim Vergleich der Examenszahlen der jeweiligen Frühjahre. Abbildung 4.2 zeigt auch eine Verschiebung, die durch die hohen Zahlen von Absolventen 2007 und bestandenen Staatsexamina 2008 relativiert wurde.

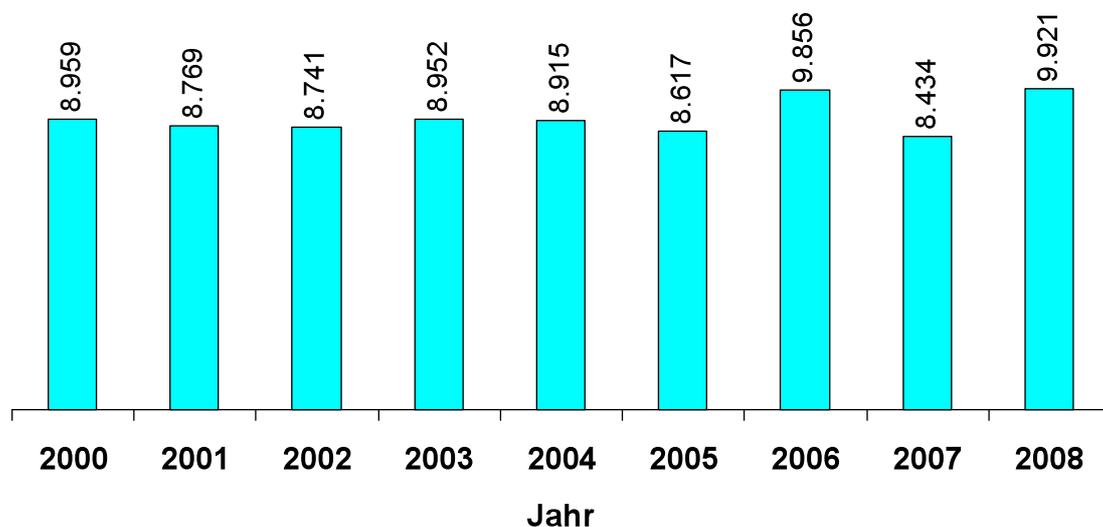


Abbildung 4.2: Entwicklung bestandener Staatsexamina⁵⁹

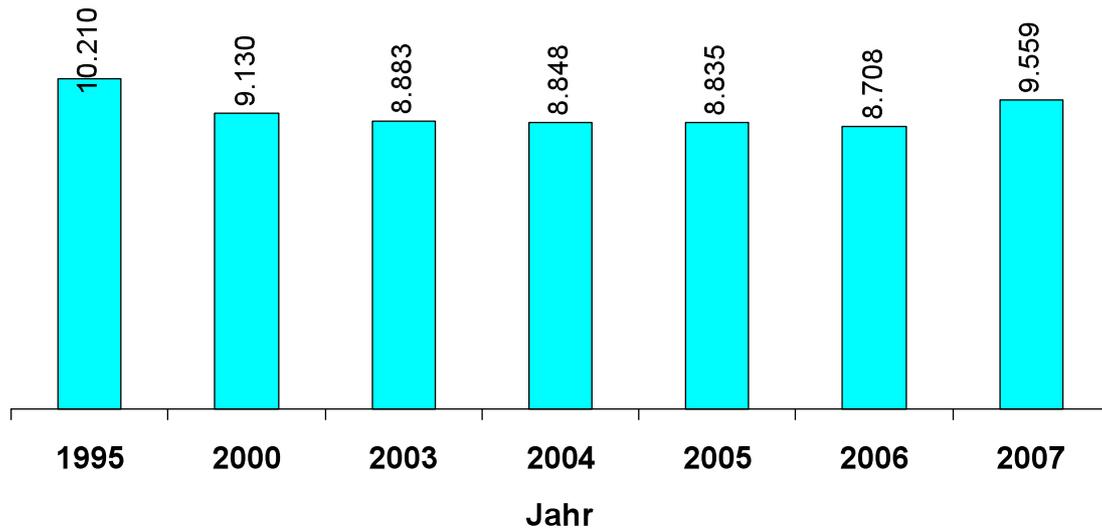


Abbildung 4.3: Entwicklung der Absolventenzahl³¹

4.2.2 Anteil gesuchter Oberärzte

Im Beobachtungszeitraum zeigt sich ein signifikanter Anstieg des Verhältnisses von Stellenanzeigen für Fachärzte gegenüber den Stellenanzeigen für Oberärzte. Diese Entwicklung ist besonders im Jahr 2006 deutlich zu erkennen. Im 4. Quartal dieses Jahres wurden mit 875 Stellenanzeigen für Fachärzte fast doppelt so viele Stellenanzeigen geschaltet, wie für Oberärzte mit 467 Stellenanzeigen. Im 2. Quartal 2005 war das Verhältnis mit 470 Facharztstellenanzeigen zu 435 Stellenanzeigen für Oberärzte noch annähernd ausgeglichen. Eine Erklärung bieten die arzt spezifischen Tarifverträge^{20,21}, die beginnend mit dem Tarifvertrag für die Universitätsärzte, eine bessere Bezahlung der Oberärzte gegenüber den Fachärzten ohne Oberarztfunktion vorsehen. Dadurch wurde ein Anreiz geschaffen, Stellen mit Fachärzten statt mit Oberärzten zu besetzen. Im darauf folgenden Jahr 2007 scheint sich diese Entwicklung wieder umzukehren (Tabelle 3.3). Möglicherweise mussten die Krankenhäuser aufgrund des gesunkenen Angebotes an Fachärzten Oberarztstellen ausschreiben, um die qualifizierten Fachärzte zu gewinnen.

4.3 Auswertung Anästhesie

Analog zum Verlauf der geschalteten Stellenanzeigen insgesamt steigt auch für die Anästhesie die Anzahl der gesuchten Assistenzärzte. Allerdings ist hier durch einen insgesamt kleineren Teil gesuchter Assistenten die große Nachfrage nach Fachärzten auffällig. Aus dieser hohen Nachfrage resultiert auch der signifikant größere Quotient aus gesuchten Fachärzten zu Oberärzten

in der Anästhesie gegenüber den anderen Fachdisziplinen. Zudem ist in der Anästhesie die Nachfrage nach Assistenten mit Berufserfahrung deutlich höher als der Mittelwert über alle Fachgebiete.

In der Anästhesie werden Ärzte mit Berufserfahrung gesucht, wobei Oberarztpositionen seltener als in anderen Fächern ausgeschrieben werden. Auch hier wird zunächst auf der Angebotsseite nach Gründen gesucht. Die gewählte Fachrichtung junger Mediziner ist zu etwa 9% die Anästhesie. Dabei besteht zwischen den Geschlechtern kein nennenswerter Unterschied.

Damit liegt das Fachgebiet bei den jungen Ärzten nach der Inneren Medizin, der Allgemeinmedizin und der Chirurgie an vierter Stelle³². Bei einem Anteil von etwa 8% Anästhesisten aller Fachärzte²³ kann in diesem Fach nicht von einem Nachwuchsmangel gesprochen werden. Allerdings sind die Krankenhäuser nur unzureichend in der Lage, Ärzte mit Berufserfahrung in der Anästhesie zu gewinnen. Das signifikant höhere Verhältnis gesuchter Fachärzte zu Oberärzten, spricht für einen Mangel an Fachärzten. Allerdings sind die Niederlassungsmöglichkeiten für Anästhesisten geringer als in anderen Fachgebieten⁶⁰, so dass auf der Nachfrageseite die Krankenhäuser weniger als in anderen Fächern mit dem ambulanten Sektor konkurrieren.

4.4 Chirurgische Fächer

Der Verlauf der geschalteten Stellenanzeigen in den großen chirurgischen Fächern verändert sich nicht signifikant gegenüber den nicht chirurgisch tätigen Fächern. Ein Vergleich mit den in den jeweiligen Fächergruppen beschäftigten Ärzten kann nicht angestellt werden, da keine Zahlen für die insgesamt in den verschiedenen Fächergruppen tätigen Ärzten in deutschen Krankenhäusern vorliegen. Auch der Anteil gesuchter Assistenzärzte unterscheidet sich im Beobachtungszeitraum nicht signifikant in beiden Fächergruppen. Die in 4.2. angesprochene erhöhte Nachfrage nach Assistenzärzten ist auch in der chirurgischen Fächergruppe erkennbar.

Gerade in chirurgisch tätigen Fächern führt aber die Ausweitung der Anzahl der in den Kliniken tätigen Assistenzärzte zu Problemen in der Weiterbildung. Bleiben die aktuellen Weiterbildungskataloge bestehen, so wird es bei gleicher Anzahl der verschiedenen Operationen für den einzelnen Assistenten schwieriger, den Weiterbildungskatalog zu erfüllen. Dies würde einer Verlängerung der Weiterbildungszeit und damit einem Facharztmangel in den chirurgisch tätigen Fächern Vorschub leisten. Hinzu kommt, dass ein erheblicher Anteil gerade kleinerer Operationen mittlerweile ambulant durchgeführt wird⁶¹. So ist die Zahl der ambulant in deutschen Krankenhäusern durchgeführten Operationen von 1.371.708 im Jahr 2005 auf 1.638.911 2007 angestiegen³⁷. Dabei wird zwar die Operation selbst durch einen

Krankenhausarzt durchgeführt, die Nachbehandlung erfolgt dann jedoch zumeist durch einen niedergelassenen Kollegen. Andernfalls erfolgen diese Eingriffe durch niedergelassene Kollegen. In beiden Fällen ist der Weiterbildungsanteil kleiner, als noch vor einigen Jahren.

Gerade in den chirurgisch tätigen Fächern wird sich in den nächsten Jahren auf der Angebotsseite noch ein weiterer Rückgang ergeben, da der Anteil der Frauen an den Medizinstudenten stetig ansteigt. Waren im Jahr 1995 noch etwa 51,5% der Studenten im ersten Medizinsemester weiblich, steigt der Anteil der Frauen bis auf 63% in 2007³¹. Da bei der Wahl der Fachrichtung große chirurgische Fächer wie die Chirurgie oder die Orthopädie bei weiblichen Absolventen weniger beliebt sind als bei ihren männlichen Kollegen³², werden sich in diesen Fächern die Nachwuchssorgen noch verstärken. Der signifikant höhere Anteil gesuchter Oberärzte zu Fachärzten in den chirurgisch tätigen Fächern gegenüber den nicht chirurgisch tätigen kann mit der hohen Konkurrenz durch den ambulanten Sektor erklärt werden. Er kann jedoch auch Zeichen eines beginnenden Facharztmangels sein.

4.5 Unterschiede nach Trägern

Als Einschränkung bei der Beurteilung der insgesamt geschalteten Stellenanzeigen muss die möglicherweise unterschiedliche Häufigkeit, mit der Stellenanzeigen im Deutschen Ärzteblatt geschaltet werden, gesehen werden. Die Kosten für die Stellenanzeigen sind nicht unerheblich. Im Jahr 2005 kostete eine Anzeige in den Rubriken Stellenangebote Ärztinnen/Ärzte, Klinikmanagement und Wissenschaft/Forschung 10,30€ zzgl. Mehrwertsteuer pro mm Abdruckhöhe und 45 mm Breite. Damit kostete 2005 eine durchschnittliche Anzeige mit 120 mm Abdruckhöhe und 90 mm Spaltenbreite 2.472€ zzgl. Mehrwertsteuer. Die Preise sind in den Folgejahren von 10,50€ 2006 auf 10,70€ im Jahr 2007 angestiegen. Das entspricht von 2005 bis 2007 einem Anstieg der Preise von knapp 4%. In Verbindung mit der Erhöhung der Mehrwertsteuer von 16% auf 19% im Jahr 2007 sind die Kosten um 6,6% gestiegen. Im gleichen Zeitraum sind die Verbraucherpreise um 3,9% gestiegen⁶². Im Beobachtungszeitraum sind die Kosten für die Stellenanzeigen also etwas stärker gestiegen als die Verbraucherpreise. Gegenüber den insgesamt hohen Kosten für die Stellenanzeigen kann diese Entwicklung als Einflussfaktor für das Aufgeben einer Stellenanzeige vernachlässigt werden. Möglicherweise schrecken jedoch die hohen Preise der Stellenanzeigen einige Krankenhäuser ab, überhaupt Stellenanzeigen zu schalten. Zudem ist bekannt, dass viele Stellen ohne eine Anzeige vergeben werden, so dass der Anteil der ausgeschriebenen Stellen je nach Träger des Krankenhauses variieren könnte. Für die Jahre 2005 und 2007 ist an den Universitätskliniken mit 13,8% und 11,3% der Anteil der Stellenanzeigen geringer als der Anteil der ärztlichen

Vollkräfte (20 %) an den bundesweit im Krankenhaus tätigen Ärzten. Ein Erklärung dafür bietet die Tatsache, dass viele Stellen schon im Rahmen von Praktika, von Dissertationen oder während des Praktischen Jahres vergeben werden. Auch im weiteren Verlauf werden Oberarztstellen oft mit Fachärzten aus dem eigenen Haus besetzt, so dass für diese Stellen möglicherweise im Deutschen Ärzteblatt gar keine Stellenanzeigen erscheinen.

Der scheinbare Rückgang der Stellenanzeigen universitärer Häuser kann damit auch durch einen überproportionalen Anstieg der Stellenanzeigen anderer Krankenhausträger begründet sein. Absolut ist nämlich auch die Zahl der Stellenanzeigen universitärer Häuser im Beobachtungszeitraum gestiegen. Neben dem oben beschriebenen Rekrutierungsvorteil, kann auch der im Jahr 2006 abgeschlossene Tarifvertrag für Uni Ärzte einen Wettbewerbsvorteil der Unikliniken gegenüber anders getragenen Krankenhäusern darstellen²⁰. Ein weiterer allerdings nicht mit Zahlen belegbarer Grund könnte darin bestehen, dass die Hochschulabsolventen in Zeiten eingeschränkter und finanziell weniger lukrativer Niederlassungsmöglichkeiten bevorzugt in den Universitätskliniken ihre berufliche Laufbahn beginnen, weil sie sich von dort eine bessere Ausgangsposition für eine Karriere im Krankenhaus versprechen.

Während der Anteil der von konfessionellen Häusern geschalteten Stellenanzeigen im Verlauf angestiegen ist, ist deren Anteil an den bundesweiten Vollkräften weitgehend konstant geblieben. Die erhöhte Nachfrage kann Folge einer vergleichsweise schlechteren Bezahlung in diesen Krankenhäusern sein. Aber auch die Größe der konfessionellen Häuser könnte ein Wettbewerbsnachteil sein. Diese sind mit durchschnittlich 224 Betten pro Haus im Jahr 2006 kleiner als die öffentlichen (275 Betten), die privaten (356 Betten) und die universitären (1.276 Betten) Häuser³¹. Damit bieten sie weniger Weiterbildungsmöglichkeiten und auch schlechtere Karrierechancen, als die Krankenhäuser anderer Träger. Das erklärt auch den im Beobachtungszeitraum mit 43,4% höheren Anteil Stellenanzeigen für Assistenzärzte konfessioneller Häuser gegenüber 36,0% Assistenzarztanzeigen insgesamt.

Aber auch die öffentlichen Krankenhäuser suchen mit 37,8% Anteil an den gesamten Stellenanzeigen überdurchschnittlich viele Assistenten. Diese Krankenhäuser verlieren durch Privatisierungen an Betten, aber der Stellenanzweigenteil liegt über dem Anteil an den bundesweiten Vollkräften (Abbildung 3.19). Daher haben öffentliche Häuser nicht nur Schwierigkeiten junge Ärzte einzustellen, sondern fragen insgesamt Ärzte stärker nach, als die Häuser anderer Trägerschaft. Werden die Tabellenentgelte der verschiedenen Tarifbereiche verglichen, könnten die geringeren Entgelte der Ärzte an öffentlichen Häusern²⁹ ein Grund dafür sein. Hierbei ist allerdings zu bedenken, dass sich die Entgelte an den öffentlichen Häusern auf eine 40 Stunden Woche beziehen, während die Ärzte der Universitätskliniken für ihre Entgelte 42 Stunden arbeiten. Die ab April 2008 geltende neue Entgelttabelle ergibt in Relation zur

Arbeitszeit mit 3.528,57€ für Assistenten im ersten Jahr²⁹ genau den Betrag von 3.705€ für Assistenten an Universitätskliniken. Mit Ausnahme der konfessionellen Häuser unterscheiden sich die Tarifverträge der verschiedenen Bereiche zumindest im Westen Deutschlands kaum²¹. Zudem dürften besonders die Absolventen nicht alle über die Tarifstrukturen informiert sein. Die Ursache der überproportional geschalteten Stellenanzeigen muss Ursachen haben, die in den Kliniken begründet sind.

4.6 Weiterbildung in Deutschland

Die Analyse der Stellenanzeigen zeigt, dass die Weiterbildung in Deutschland zumindest quantitativ aktuell nicht in Gefahr ist. Die Befürchtung, die Klinikbetreiber würden nach den Gehaltssteigerungen durch die Tarifverträge der letzten Jahre weniger Weiterbildungsassistenten einstellen, hat sich nicht bewahrheitet. In unserer Analyse konnte gezeigt werden, dass die Nachfrage nach Weiterbildungsassistenten im Beobachtungszeitraum deutlich gestiegen ist. Gründe sind in der Umsetzung des Arbeitszeitgesetz und der geringeren Anzahl der Absolventen zu suchen.

Eine passende Weiterbildungsstelle zu finden, ist für die Weiterbildungsassistenten aktuell viel einfacher, als noch vor einigen Jahren, als mehr Ärzte zur Verfügung standen. Das ist am Verlauf der Anzahl geschalteter Stellenanzeigen erkennbar. Zudem gibt es seit einigen Jahren keine relevante Arbeitslosigkeit unter den Ärzten mehr⁶³. Die Verknappung der ärztlichen Mitarbeiter sowie die neuen arzt-spezifischen Tarife führen zusätzlich zu einer besseren Bezahlung.

Es existieren keine belastbaren Zahlen über die Kosten der Weiterbildung, aber wie Dubach und Spycher¹² postulieren, wurde die Weiterbildung bisher unter anderem indirekt durch die Weiterbildungsassistenten bezahlt. Das geschah durch die niedrigen Gehälter und zum Teil auch durch nicht bezahlte Überstunden. Durch die geänderten Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt ist diese Form der indirekten Finanzierung zurückgegangen. Falsch wäre es allerdings, die Abschlüsse der Tarifverträge zu kritisieren bzw. eine Kürzung der Gehälter oder gar eine Weiterbildungsabgabe seitens der Assistenzärzte zu fordern. Solche Maßnahmen würden die Abwanderung des Mediziner Nachwuchses ins Ausland oder in andere, nicht kurative Bereiche, verstärken.

Die Weiterbildung wird durch die DRG-basierte Krankenhausfinanzierung nur pauschal vergütet. Es muss eine andere Form der Finanzierung gefunden werden, da die pauschale Vergütung die unterschiedliche Qualität und Quantität der Weiterbildung nicht berücksichtigt. Inwieweit diese Finanzierung an eine von Donner-Banzhoff geforderte⁵⁷ bedarfsgerechte Fachweiterbildung zu

koppeln ist, muss kritisch hinterfragt werden. Eine Kopplung an die Qualität der Weiterbildung sollte jedoch angestrebt werden.

Es ist eine Korrelation von Verteilung der ärztlichen Versorgung und Umfang der Weiterbildung zu beobachten. Einem Überangebot an Weiterbildungsassistenten in städtischen Regionen und einigen Fächern steht ein Mangel in ländlichen Gebieten und beispielsweise der Allgemeinmedizin gegenüber. Wie die Diskussion über die bevorstehende "Ärztenschwemme" vor einigen Jahren gezeigt hat, ist es jedoch schwierig, den Bedarf bzw. den Mangel an bestimmten Fachärzten und bestimmten Regionen vorauszusagen. Aus einem Anstieg des Frauenanteils beim medizinischen Nachwuchs resultiert nämlich auch eine Verschiebung der Anteile der gewählten Weiterbildungsziele. Unabhängig von den verschiedenen Fachrichtungen gewinnt die Vereinbarkeit von Familie und Beruf an Bedeutung. Durch bessere Rahmenbedingungen können die niedrigeren Phasenerwerbszeiten bei Medizinerinnen erhöht werden⁶⁴.

Das ist aber nicht die einzige Schwierigkeit, die in diesem Zusammenhang besteht. Es stellt sich auch die Frage, ob es ordnungspolitisch sinnvoll ist, die Weiterbildung ausschließlich über finanzielle Anreize zu steuern. Zusätzlich sollte z.B. der Frage nachgegangen werden, wie zum Beispiel die Rolle des niedergelassenen Allgemeinmediziners gestärkt wird. Damit sind die ökonomischen Rahmenbedingungen und auch die Tätigkeitsmerkmale gemeint.

4.7 Qualität der Weiterbildung

Die Qualität der Weiterbildung steht in engem Zusammenhang zu deren Finanzierung und muss bei einer möglichen Reform mit erfasst werden. Dazu muss die Qualität gemessen werden. Einigkeit besteht darüber, dass nur eine effiziente und gute Weiterbildung die Qualität und auch die Quantität der medizinischen Versorgung sicherstellen kann. Es ist daher wünschenswert, dass die Bezahlung für die Weiterbildung an deren Qualität gekoppelt wird. Gute Weiterbildungsmöglichkeiten seitens der Kliniken anzubieten, gewinnt zunehmend an Bedeutung im Wettbewerb um den ärztlichen Nachwuchs, so dass möglicherweise der Stellenwahl der Assistenten eine Regulationsfunktion bezüglich der Weiterbildungsqualität zukommt.

4.8 Ärztliche Tätigkeitsmerkmale

Es wird seitens der Ärzteschaft seit Langem bemängelt, dass der Arbeitsalltag von ausufernder Bürokratie und so genannten nicht-ärztlichen Tätigkeiten geprägt ist. Dabei wird aktuell kontrovers über die Frage, welche nicht-

ärztlichen Tätigkeiten delegierungsfähig sind, diskutiert. Einigkeit besteht jedoch darin, dass es Einsparmöglichkeiten ärztlicher Ressourcen gibt, die nicht zu Lasten der medizinischen Versorgung gehen^{65,66}. Die konsequente Umsetzung dieser Möglichkeit hätte verschiedene Vorteile. Zum einen würden die Krankenhaussträger bei Delegation auf günstigere Arbeitskräfte Geld sparen, zum anderen würden Ressourcen ärztlicher Arbeitskraft eingespart. Zudem fiele dadurch ein Grund zur Auswanderung deutscher Ärzte ins Ausland beziehungsweise die Abwanderung in nicht kurative Bereiche weg. Es bestände außerdem die Möglichkeit seitens der Ärzte mehr Zeit in Lehre und Lernen im Sinne der Weiterbildung zu investieren.

4.9 Ärztliche Weiterbildung anderer Länder

Im Folgenden sollen zunächst die verschiedenen in 3.6 dargestellten Weiterbildungssysteme verglichen werden. Es ist bemerkenswert, dass die grundsätzliche Einteilung von Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung in jedem der untersuchten Länder besteht. Eine Ausnahme stellen die Allgemeinmediziner in Spanien dar, die ohne eine Facharztweiterbildung praktizieren. Ähnliches galt bis vor einigen Jahren auch in Frankreich. Dem Facharzt für Allgemeinmedizin oder Familienmedizin, wie er in Schweden heißt, kommt international eine Sonderrolle zu. Der Allgemeinmediziner wird in den meisten Ländern durchschnittlich schlechter bezahlt als seine Facharztkollegen. In den Hauptauswanderungsländern sind für deutsche Ärzte (Großbritannien, Schweiz und die Länder Skandinaviens) die Anstellungsmöglichkeiten in der Allgemeinmedizin besser als in den meisten anderen Fächern. Das sind Hinweise darauf, dass nicht nur in Deutschland aufgrund fehlender Attraktivität ein Mangel an Fachärzten für Allgemeinmedizin droht, oder schon besteht.

Ein wesentlicher Unterschied in der ärztlichen Weiterbildung zwischen Deutschland und einigen anderen Ländern besteht in der Rationierung bzw. Begrenzung der Anzahl der Weiterbildungsstellen in anderen Ländern. Diese Begrenzung kann zu einem Mangel an Fachärzten führen, aber auch ein Instrument der Qualitätssicherung der ärztlichen Weiterbildung sein. Ein interessanter Aspekt der Qualitätssicherung ist unabhängig von der Finanzierung der Weiterbildung auch die in Schweden durchgeführte Betreuung der Weiterbildungsassistenten durch jeweils einen Facharzt. Auch in Deutschland könnte den Ärzten in Weiterbildung ein fester Ansprechpartner für Fragen der Weiterbildung und auch der Karriereplanung zur Verfügung gestellt werden.

In Großbritannien wird nach der Umsetzung der Weiterbildungsreform "Modernising Medical Careers" erwartet, dass es für 28.000 Bewerber nur 23.000 Weiterbildungsstellen gibt. Die Reform setzt vor Antritt der Facharztweiterbildung nach dem Studium die Absolvierung zweier so genannter foundation years voraus⁶⁷. Für die Assistenzärzte ist das Erlangen einer

Weiterbildungsstelle besonders wichtig, da der Facharztstatus mit einer erheblich besseren Vergütung des Arztes verbunden ist. Die Bezahlung der Assistenzarztgehälter, die etwa auf dem Niveau der Gehälter in Deutschland liegen, erfolgt zum Großteil durch die Gesundheitsämter vor Ort. Eine Bezuschussung in gleicher Weise und Umfang in Deutschland einzuführen, ist aufgrund der verschiedenen Strukturen im Gesundheitswesen kaum möglich. Die Gebietskörperschaften und deren Gesundheitsämter sind in Deutschland an der Finanzierung des Gesundheitssystems direkt nämlich nicht beteiligt. Ein Zuschuss der Gehälter der Weiterbildungsassistenten würde allerdings die Kosten für die Krankenhausträger senken.

Auch eine Übernahme des komplexen Systems der Subventionierung der Weiterbildung in den USA durch die hiesigen Träger des Gesundheitssystems wäre ohne einen Ausgleich nicht möglich. Die miteinander konkurrierenden gesetzlichen und privaten Krankenkassen müssten wie in den USA für die gleiche Behandlung in verschiedenen Krankenhäusern wegen der unterschiedlichen Anteile von Weiterbildungsassistenten unterschiedlich hohe Fallpauschalen bezahlen. Besser wäre in diesem Zusammenhang, den Krankenhäusern diese höheren Erlöse aus einem Weiterbildungsfonds zu bezahlen.

In den Niederlanden entscheidet das Ministerium für Gesundheit über die Anzahl der neuen Weiterbildungsstellen der jeweiligen Fächer⁴⁶. Auf welcher Grundlage die hohen Beträge von durchschnittlich 130.000€ pro Weiterbildungsassistent und Jahr ermittelt wurden, kann nicht abschließend geklärt werden. Wahrscheinlich wurde der Betrag rein normativ festgelegt. Die Zahlungen an die Krankenhäuser sind nicht an die Qualität der Weiterbildung gebunden⁴⁸.

4.10 Finanzierung ärztlicher Weiterbildung in Deutschland

Grundsätzlich ist die Weiterbildung in den DRG-Fallpauschalen finanziert, da die DRG-Pauschalen eine Bestandsaufnahme der derzeitigen Kostensituation in den sich an der DRG-Kalkulation beteiligenden Krankenhäusern darstellen. Da diese Krankenhäuser auch weiterbilden, sind die Weiterbildungskosten und eventuelle Mehrkosten, die aus der Weiterbildung resultieren, auch in den Fallpauschalen enthalten. Problematisch ist allerdings die Refinanzierung der Weiterbildung, da der Weiterbildungsanteil in den Krankenhäusern durchaus unterschiedlich ist, alle Häuser jedoch die gleiche DRG-Fallpauschale erhalten.

Die in Diskussionen manchmal vorgebrachte Argumentation, die Weiterbildung würde hauptsächlich durch die Universitätskliniken erfolgen, ist nicht zu belegen. Aus Abbildung 4.4 geht hervor, dass die Gesamtzahl der Weiterbildungsassistenten ohne Facharztanerkennung an den Universitätskliniken mit 13.210 im Jahr 2006 unter der Summe der Weiterbildungsassistenten privater Häuser und konfessioneller Häuser mit 21.835 bzw. 17.814 lag. Die

Universitätskliniken beschäftigten im gleichen Jahr aber mit 51% einen größeren Anteil Weiterbildungsassistenten ohne Facharztanerkennung als die Krankenhäuser unter anderer Trägerschaft (Abbildung 4.5). Es ist festzustellen, dass die Anteile der Weiterbildungsassistenten mit 46% (öffentliche Häuser), 45% (konfessionelle Häuser) und 44% (private Häuser) in der gleichen Größenordnung lagen.

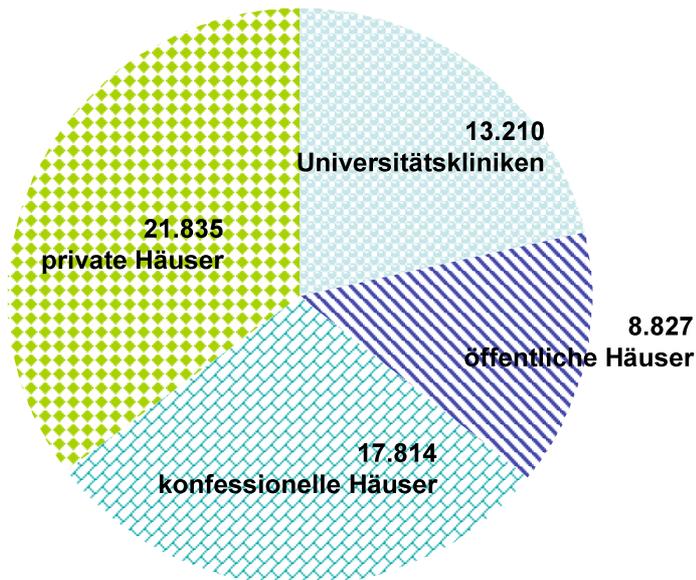


Abbildung 4.4: Anzahl Weiterbildungsassistenten ohne Facharzttitel nach Trägern 2006⁶⁸

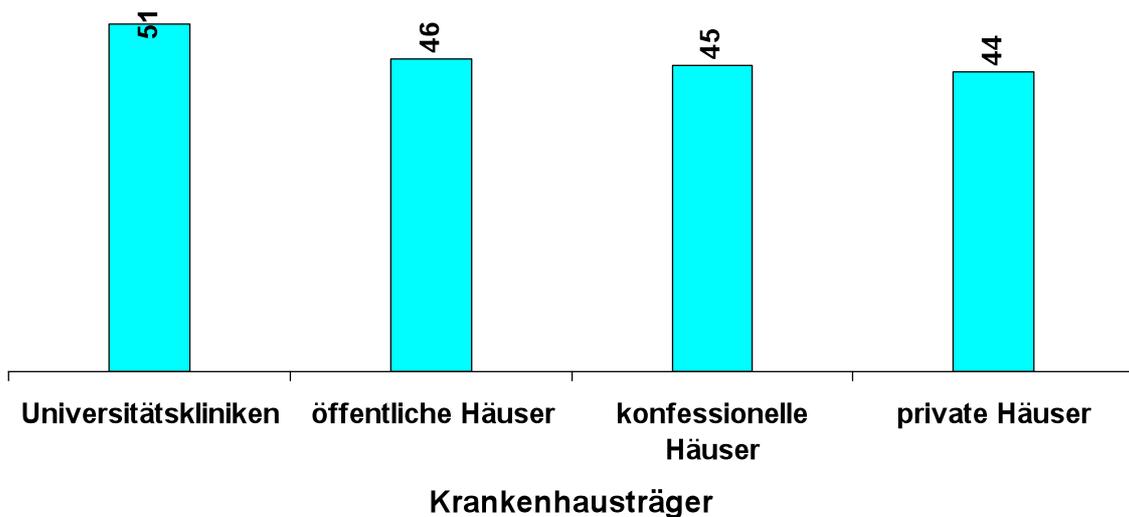


Abbildung 4.5: Anteil Weiterbildungsassistenten ohne Facharztstitel der Hauptamtlichen Ärzte nach Trägern 2006 in Prozent⁶⁸

Ein vergleichbares Ergebnis zeigt die Auswertung nach Krankenhausgröße. Dabei besteht eine positive Korrelation zwischen der Krankenhausgröße und dem Anteil der Weiterbildungsassistenten (Abbildung 4.6).

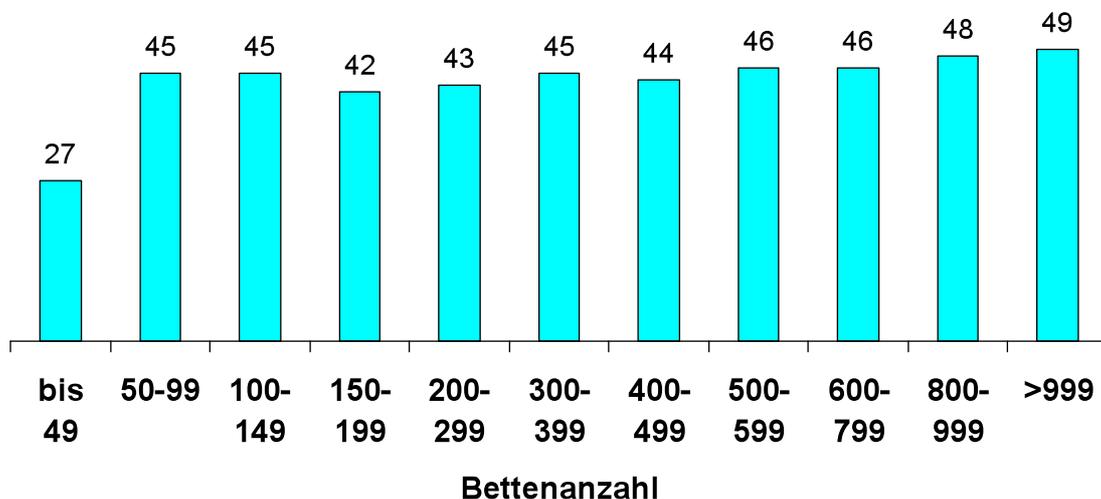


Abbildung 4.6: Anteil Weiterbildungsassistenten ohne Facharztstitel der Hauptamtlichen Ärzte nach Krankenhausgröße 2006 in Prozent⁶⁸

Aktuell wird die ärztliche Weiterbildung aufgrund der DRG-basierten Finanzierung zu Lasten der großen Häuser und der Universitätskliniken finanziert. Da zudem auch nicht auszuschließen ist, dass einzelne Häuser in deutlich

unterschiedlicher Größenordnung weiterbilden, reicht eine pauschale Vergütung über die DRG-Fallpauschalen nicht aus.

Zur Lösung dieses Problems wäre eine ausgleichende Umverteilung über Zu- und Abschläge möglich. Krankenhäuser, die weniger oder gar nicht weiterbilden, müssten in dieser Konzeption Abschläge auf die Vergütung hinnehmen, während Krankenhäuser, die verstärkt weiterbilden, Zuschläge erhielten.

Der ökonomische Druck, der sich aus der Fallpauschalierung und der insgesamt restriktiven Finanzierung des stationären Versorgungsbereiches ergibt, gefährdet die Qualität der Weiterbildung. Um die Qualität hoch zu halten bzw. zu steigern und dauerhaft abzusichern, sind Anreize für eine qualitativ hochwertige Weiterbildung zu schaffen. Diese können nur in einer zusätzlichen Finanzierung bestehen, wobei die Finanzierung an messbaren Qualitätskriterien orientiert sein sollte. Die Festlegung der Qualitätskriterien und die Kontrolle der Qualitätskriterien sollte bei den Ärztekammern verbleiben, da die Ärztekammern seit Jahren für die Administration der Weiterbildung verantwortlich sind und gemeinsam mit den medizinisch wissenschaftlichen Fachgesellschaften das notwendige Know-how hierfür aufgebaut haben. Aktuell findet die Weiterbildung in unterschiedlichen Qualitäten in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankenhaus statt. Weiterbildungscurricula sind zwar grundsätzlich verbindlich für alle Weiterbildungsbefugten vorgeschrieben, die Einhaltung wird durch die Ärztekammern jedoch ebenso wenig kontrolliert, wie das Führen von Logbüchern zum kontinuierlichen Nachweis der Ableistung einzelner Weiterbildungsinhalte. Einen deutlichen Einfluss auf die Qualität der Weiterbildung hat auch die Einführung der DRG-Fallpauschalen. Die Fallpauschalen führen zu einer deutlichen Verkürzung der Verweildauer. So ist die mittlere Verweildauer stationärer Fälle in deutschen Krankenhäusern von 2000 bis 2007 von 9,7 Tagen auf 8,3 Tage gefallen³⁷(Abbildung 4.7). Es ist nicht zu erwarten, dass sich dieser Trend in den nächsten Jahren umkehren wird.

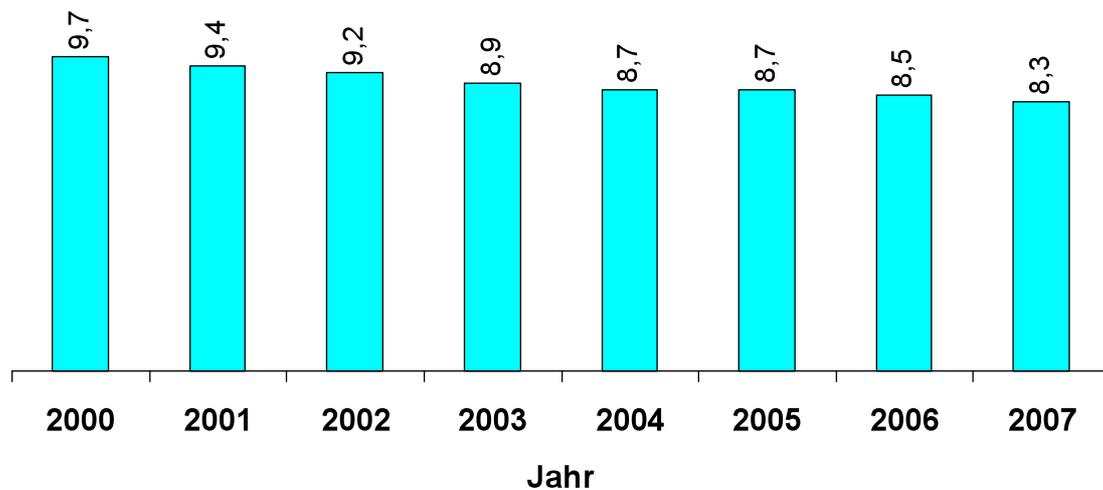


Abbildung 4.7: Mittlere Verweildauer in deutschen Krankenhäusern in Tagen von 2000 bis 2007³⁷

Darüber hinaus wurden Patientenspektren aus dem stationären in den ambulanten Bereich verschoben und werden somit nicht mehr im stationären Bereich gesehen³⁷. Damit stehen sie auch nicht mehr im Rahmen der Weiterbildung im Krankenhaus zur Verfügung. Dies schränkt die Weiterbildung im Hinblick auf eine spätere Niederlassung der weitergebildeten Ärzte als Vertragsärzte ein, da sie sich im Rahmen der Weiterbildung vorrangig mit komplexeren vollstationären Fällen auseinandergesetzt haben. Sie werden dann mehr auf eine Weiterbildung im vertragsärztlichen Bereich ausweichen müssen, was aufgrund des begrenzten Angebotes an Weiterbildungsstellen aber nur schwer möglich ist. Die Fallpauschalierung schränkt die umfassende Diagnostik ein, da sie den Krankenhausarzt dazu zwingt, sich auf das aktuelle Problem des Patienten zu konzentrieren und evtl. andere vorliegende Probleme aus der Diagnostik auszuklammern. Aus der Verweildauerverkürzung (Abbildung 4.7) resultiert eine erhebliche Leistungsverdichtung, es bleibt deutlich weniger Raum für eine qualifizierte Unterweisung der Weiterbildungsassistenten. In Deutschland findet die Weiterbildung – im Gegensatz zu vielen anderen Ländern – nicht in speziell dafür geschaffenen Weiterbildungseinrichtungen statt, sondern stellt vorrangig ein Training on the job dar.

Der zunehmende Ärztemangel, insbesondere in ländlichen Gebieten, führt dazu, dass die verbleibenden Ärzte weit überproportional ausgelastet sind, damit die Versorgung überhaupt noch sichergestellt werden kann. Hieraus kann gefolgert werden, dass gerade in diesen ländlichen Krankenhäusern die Weiterbildung besonders leidet. Eine Lösung dieser Problematik bestünde nicht darin, diese Krankenhäuser von der Weiterbildung auszuschließen. Es muss eher gelingen, die Strukturen dort so zu stabilisieren, dass auch weiterhin eine breite und großflächige ärztliche Weiterbildung möglich ist.

Grundsätzlich wäre eine direkte Finanzierung der Weiterbildung in Deutschland als Fortschritt zur heutigen Situation anzusehen. Die Kosten für die Krankenhausträger pro Weiterbildungsassistenten würden sinken, ohne dass die Assistenten finanzielle Einbußen hinnehmen müssen. Allerdings würde sich dadurch möglicherweise das Verhältnis der Weiterbildungsassistenten zu den Fachärzten zugunsten der Assistenten wandeln, da für die Krankenhäuser ein Anreiz zur Einstellung von Weiterbildungsassistenten gegeben würde. Eine mögliche Lösung dieses Problems wäre eine Rationierung der Weiterbildungsstellen. Das ist jedoch problematisch, da dann der Bedarf für die Zahl der Weiterbildungsstellen insgesamt und die einzelner Fachrichtungen ermittelt werden müsste. Anschließend müsste regelmäßig der Bedarf kontrolliert und die Zahl der Weiterbildungsstellen angepasst werden. Die Ermittlung des Bedarfs wäre sehr aufwändig und Fehler behaftet. Es müsste zudem geklärt werden, durch wen die Anzahl der Weiterbildungsstellen festgelegt wird. Konflikte mit den einzelnen Fachgesellschaften über den vermuteten Bedarf der jeweiligen Fachrichtungen wären in der Folge wahrscheinlich.

Bei der Entwicklung eines Finanzierungsmodells für Deutschland sollten Erfahrungen aus anderen Ländern berücksichtigt werden. Die Niederlande führen eine normativ festgesetzte pauschalierte Finanzierung der Weiterbildung durch, wobei die jährliche Pauschale das Gehalt für den Weiterbildungsassistenten sowie die Weiterbildungskosten abdeckt. Die Finanzierung erfolgt über steuerfinanzierte Weiterbildungsfonds (vgl. 3.6.5). Eine Übertragung dieser steuerbasierten Finanzierung sollte auch für Deutschland diskutiert werden. Instrument könnte ein Weiterbildungsfonds sein, um eine wettbewerbsverzerrende Finanzierung über Zu- und Abschläge zu den DRG-Fallpauschalen zu vermeiden. In diesen Fond könnten grundsätzlich Mittel aus der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Steuern fließen. Es gibt Argumente, die gegen eine Beteiligung von Mitteln aus der gesetzlichen Krankenversicherung sprechen. Als versicherungsfremde Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung⁶⁹ wäre eine derartige Finanzierung trotz der Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung als problematisch anzusehen⁶. Zudem wäre die Betragssatzstabilität nach § 71 SGB V⁷⁰ gefährdet. Aus den genannten Gründen ist eine Finanzierung aus Steuermitteln vorzuziehen.

Leider sind die Kosten der Weiterbildung noch nicht durch belastbare Zahlen belegt, so dass in einem solchen Finanzierungsmodell die Höhe der Weiterbildungspauschale strittig sein wird. Eine Überfinanzierung zugunsten der Krankenhäuser würde, wie oben bereits dargestellt, falsche Anreize setzen. Deshalb sollte zumindest der Versuch unternommen werden, teilempirisch die Kosten der Weiterbildung zu ermitteln. Im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz ist diese Evaluation der Weiterbildungskosten durch das DRG-Institut InEK bis zum 30.06.2009 vorgesehen. Hierzu könnten Methodiken zum Einsatz kommen, wie sie im Papier des Schweizer Büros für Arbeits- und Sozialpolitische Studien (BASS)⁴ beschrieben wurden, da beide Länder ein

vergleichbares Gesundheitssystem haben. In diesem Papier wird sehr differenziert dargestellt, welche Faktoren die Weiterbildungskosten beeinflussen. Dabei wird auch differenziert zwischen verschiedenen Fachgebieten, da der Weiterbildungsaufwand in der Chirurgie höher ist als der Weiterbildungsaufwand in einem nicht chirurgischen und nicht invasiven Fachgebiet.

Die Schätzung aus der Schweiz, die von etwa 60.000 Sfr. pro Jahr und Assistent ausgeht, von denen ein Teil durch die günstige Arbeitskraft der Weiterbildungsassistenten ausgeglichen wird¹¹, unterscheidet sich deutlich von den 130.000€, die in den Niederlanden an die Krankenhäuser gezahlt werden. Auch die Bezahlung der Gehälter der Weiterbildungsassistenten in Großbritannien liegt unter den Zahlen der Niederlande. Eine Übernahme des niederländischen Modells würde bei gleicher Summe pro Weiterbildungsassistent und etwa 67.500 Weiterbildungsassistenten⁷¹ einen finanziellen Aufwand von jährlich etwa 8,8 Milliarden Euro bedeuten. Es müssen also Anstrengungen zur Verifizierung der Weiterbildungskosten in Deutschland unternommen werden.

Sinnvoller wäre es, den eigentlichen Aufwand der Weiterbildung zu vergüten. Dabei würde ein Krankenhaus beispielsweise für eine Untersuchung oder eine Operation, die von einem Weiterbildungsassistenten in Anwesenheit eines Facharztes durchgeführt wird, vergütet. Dieses scheint in der Praxis jedoch nicht durchführbar, da es sehr aufwändig ist, die Weiterbildungsleistung genau abzubilden und die Kosten zu bewerten.

Die wesentlichen Kostenpositionen der Weiterbildung entstehen durch die Betreuung der Weiterzubildenden und durch Produktivitätseinbußen (BASS)⁴). Beide Positionen werden in erheblichem Maß durch das weiterzubildende Fachgebiet beeinflusst. In der Weiterbildung in chirurgisch tätigen Fächern ist der Betreuungsaufwand bei Operationen besonders hoch. Gleiches gilt für die Durchführung interventioneller Leistungen (Herzkatheter, Endoskopien etc.) im Rahmen der Weiterbildung. Zudem ist eine erhebliche Produktivitätsminderung bei Operationen und Interventionen, die durch Weiterbildungsassistenten durchgeführt werden, zu beobachten, da zusätzliche personelle und infrastrukturelle Ressourcen in Anspruch genommen werden müssen. So werden bei einem Weiterbildungseingriff OP-Kapazitäten und OP-Personal gebunden. Allerdings darf auch in rein konservativen Fachgebieten der Weiterbildungsaufwand nicht unterschätzt werden, da die Weiterbildungsassistenten regelmäßig angeleitet werden müssen. Fallbesprechungen und Lehrvisiten binden die Weiterbildungsassistenten und erhöhen den Aufwand bei den Weiterbildenden.

Um zwischen dem Aufwand in den unterschiedlichen Fachgebieten zu differenzieren sollte eine überschaubare Anzahl von Weiterbildungsaufwandsklassen gebildet werden, die die fachgebietsspezifischen Aufwandsunterschiede berücksichtigen. Der unterschiedliche Weiterbildungsaufwand kann durch eine Aufwandsdokumentationen und darauf basierende Aufwandsbewer-

tung quantifiziert werden, die einzelnen Fachgebiete werden dann einer Weiterbildungsaufwandsklasse zugeordnet. Soweit möglich, sollte der Aufwand je Weiterbildungsaufwandsklasse empirisch ermittelt werden, um das Ziel zu erreichen, die Aufwandsunterschiede zwischen den verschiedenen Klassen realistisch darzustellen. Die Beträge zur Finanzierung des Weiterbildungsaufwandes müssen schließlich normativ unter Berücksichtigung der empirisch ermittelten Daten festgelegt werden.

Eine Implementierung der Weiterbildungsfinanzierung sollte kurzfristig erfolgen. Bei einer Finanzierung über Zu- und Abschläge auf den stationären Behandlungsfall ist zur Festlegung der Zu- und Abschläge das Volumen der Weiterbildungskosten für ein Jahr zu ermitteln und zwischen Krankenhaus und Kostenträgern zu vereinbaren. Maßgeblich sollten die geleisteten Weiterbildungsmonate jeder Weiterbildungsklasse sein, die über die Weiterbildungsstellen, die vom Krankenhaus nachgewiesen werden, ermittelt werden. Die im Jahresverlauf entstehenden Veränderungen der Anzahl an Weiterbildungsassistenten, können im Folgejahr rückwirkend ausgeglichen werden.

Im Rahmen einer gesonderten Finanzierung der Weiterbildung ist auch eine Umstrukturierung der Weiterbildung nötig. Die Finanzierung ist immer auch an definierte und extern messbare Leistung zu koppeln. Derzeit obliegt die Steuerung der Weiterbildung den Ärztekammern. Diese lassen Krankenhäuser bzw. Ärzte zur Weiterbildung zu. Dabei wird in der Regel nicht die Anzahl der Weiterzubildenden limitiert, woraus zum Teil die Situation resultiert, dass auch in kleineren Abteilungen wesentlich mehr Ärzte mit dem Ziel einer Weiterbildung eingestellt werden, als faktisch unter Berücksichtigung der personellen Kapazitäten und Art und Menge der in der Fachabteilung erbrachten Leistungen weitergebildet werden können. Es muss diskutiert werden, ob sich grundsätzlich alle Krankenhäuser weiter an der Weiterbildung beteiligen sollen oder die Weiterbildung auf spezielle Weiterbildungskrankenhäuser beschränkt werden soll. Die Beteiligung an der Weiterbildung steigert jedoch die Qualität in der Versorgung. Außerdem wäre die Rekrutierung des ärztlichen Nachwuchses für Krankenhäuser ohne Weiterbildungsberechtigung nahezu unmöglich. Ziel ist daher, möglichst viele Krankenhäuser in die Weiterbildung einzubinden und zu diesem Zweck, die Weiterbildung in großen und kleinen Krankenhäusern über Weiterbildungsverbände zu organisieren. In einem Weiterbildungsverbund könnte der Weiterzubildende einen einzigen Vertrag für die gesamte Weiterbildung zum Facharzt erhalten, unabhängig davon, zu welchen Anteilen in welchem Krankenhaus die Weiterbildung stattfindet. Solche Weiterbildungsverbände sollten krankenhauses- und trägerübergreifend in Zusammenarbeit mit den für die Weiterbildung verantwortlichen Ärztekammern konzipiert werden. Weiterbildungsverbände Allgemeinmedizin bestehen schon seit einigen Jahren⁷². Sie sind zudem in der Weiterbildung im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie etabliert⁷³. Aber auch in anderen Fächern sind inzwischen Weiterbildungsverbände entstanden und werden weiter entstehen.

Beispiele sind der Ärztliche Weiterbildungsverbund im Verein zur Errichtung evangelischer Krankenhäuser e. V. in Berlin⁷⁴ und die Schaffung eines regionalen Netzwerkes Niedersachsen als Weiterbildungsverbund für chirurgische Fächer durch den Rhön Konzern⁷⁵.

4.11 Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG

Die Bundesregierung hat im September 2008 mit dem Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) einen Gesetzentwurf vorgelegt, mit dem die Finanzierung der Krankenhäuser ab 2009 geregelt wird. Ziel des Gesetzes ist nach Ende der Konvergenzphase des DRG-Vergütungssystems am 01. Januar 2009 durch eine Festlegung sowie eine Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen, die Leistungsfähigkeit der stationären Krankenversorgung zu sichern. Es soll eine Abkoppelung der Krankenhausvergütungen von den Grundlöhnen, eine Neuregelung der Finanzierung der Investitionen und der Gehaltssteigerungen und die Einführung eines pauschalierenden Tages bezogenen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen stattfinden. Zusätzlich soll im Rahmen des DRG-Vergütungssystems eine Überprüfung der Finanzierung von Zusatzkosten, die in Folge der ärztlichen Weiterbildung entstehen, erfolgen. Die aus dem Gesetz resultierenden Mehreinnahmen für die Krankenhäuser werden durch den Gesetzgeber auf 3,5 Mrd. Euro geschätzt. Den größten Anteil davon leisten mit ca. 2 Mrd. Euro die gesetzlichen Krankenkassen, da sie circa 90 % der Versicherten repräsentieren. Einige Maßnahmen werden beziffert (vgl. Tabelle 4.1), während die Kosten der Weiterbildung hier noch nicht berücksichtigt werden, da sie ja gemäß des gesetzliche Auftrages erst noch zu ermitteln sind.

Maßnahme	Betrag
Anteile Finanzierung der Tariflohnerhöhungen 2008 und 2009	1,35 Mrd. €
Förderprogramm zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonal	0,22 Mrd. €
Wegfall des GKV-Rechnungsabschlages	0,23 Mrd. €
Verbesserte Finanzierung der Psychiatrie	0,06 Mrd. €
Finanzierung der Praxisanleitung bei der Ausbildungsfinanzierung	0,15 Mrd. €

Tabelle 4.1: Mehrausgaben Krankenhausfinanzierungsreformgesetz

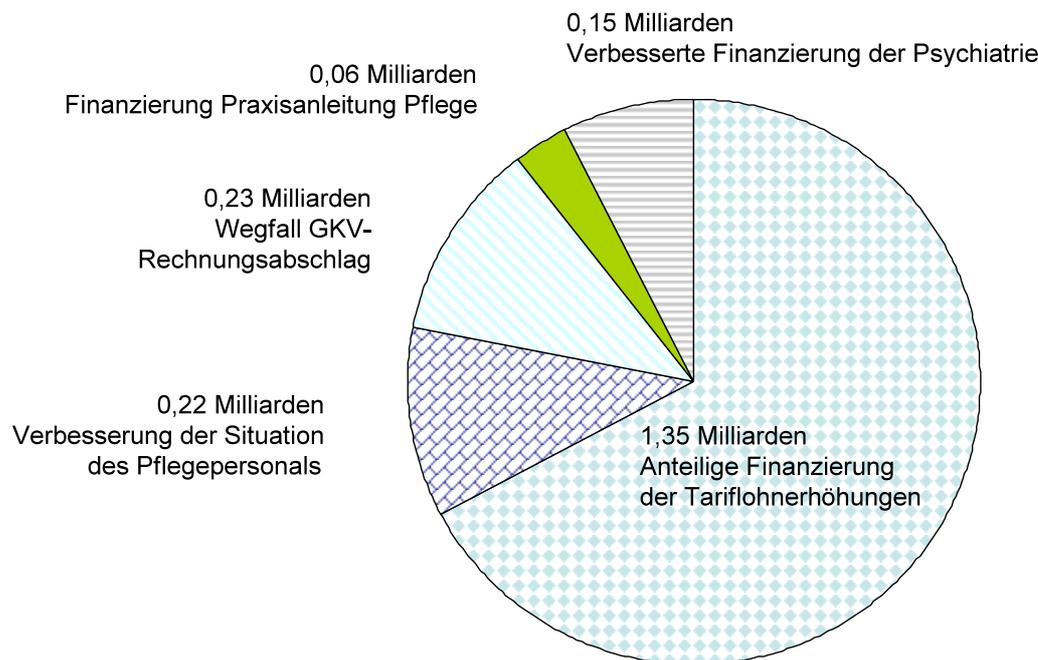


Abbildung 4.8: Mehrausgaben Krankenhausfinanzierungsreformgesetz

Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass mit der anteiligen Finanzierung der Tariflohnsteigerung eine indirekte Vergütung der Weiterbildung über die Assistenzarztgehälter erfolgt. In § 17b des Entwurfs zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG wird zur "Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser" unter bb) folgender Satz angefügt:

„Bis zum 30. Juni 2009 ist zu prüfen, ob zur sachgerechten Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten bei der Leistungserbringung Zu- oder Abschläge für bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche erforderlich sind; erforderliche Zu- oder Abschläge sollen möglichst in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung abgerechnet werden" Später lautet es im Gesetzentwurf:

"Mit Doppelbuchstabe bb werden die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene beauftragt, bis zum 30. Juni 2009 zu prüfen, ob für eine sachgerechte Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung an Krankenhäusern verbundenen Mehrkosten Zu- oder Abschläge zu den DRG-Fallpauschalen erforderlich sind." Es besteht also auf Seiten des Gesetzgebers ein Bewusstsein für eine Fehl- bzw. Unterfinanzierung des Ärztlichen Weiterbil-

dungssystems. Weil jedoch belastbare Zahlen fehlen, können keine konkreten Angaben gemacht werden.

Die beauftragten Selbstverwaltungspartner sind jedoch von der Sinnhaftigkeit dieses Prüfauftrages nicht alle überzeugt. Seitens der Bundesärztekammer wird angemerkt, dass der Prüfauftrag redundant sei und zudem wird eine Fokussierung auf die Weiterbildung kritisiert. Es sei durch das neue Gesetz mit einer weiteren Ausweitung der schon aktuell beklagten Bürokratie und Dokumentationspflichten zu rechnen⁷⁶. In der Stellungnahme der Bundesärztekammer wird ein gemeinsames Bemühen der verschiedenen Körperschaften zur Verbesserung der Aus-, Weiter- und Fortbildung gefordert, um die Attraktivität ärztlicher Tätigkeit zu steigern." Eine umgehende Beendigung der Unterfinanzierung der Krankenhäuser wird einen entscheidenden Beitrag auch zur Verbesserung der Weiterbildungsbedingungen leisten". Durch die Bundesärztekammer wird nicht konkret eine Verbesserung der Finanzierung ärztlicher Weiterbildung gefordert.

Eine Verbesserung der finanziellen Ausstattung der Krankenhäuser ist zwar nötig, verbessert jedoch nicht zwangsläufig die Weiterbildungsbedingungen. Eine gesonderte Finanzierung der Weiterbildung sollte an die Qualität der Weiterbildung geknüpft werden, um einen Anreiz für eine gute und ausreichende Weiterbildung zu schaffen.

Der Marburger Bund sieht in dem Gesetzentwurf die ärztliche Selbstverantwortung in Gefahr. Die Organisation der ärztlichen Weiterbildung sei zu Recht in die Rechtssystematik der ärztlichen Selbstverwaltung und der Heilberufsgesetze der Länder eingebettet. Die geplanten Zu- oder Abschläge für Weiterbildungsleistung würden dem Charakter ärztlicher Weiterbildung als einen mehrjährigen strukturierten Prozess widersprechen⁷⁷.

Aus den Erfahrungsberichten vieler Weiterbildungsassistenten geht jedoch hervor, dass die Weiterbildung häufig nicht genügend strukturiert ist und auch in Form und Inhalt verbessert werden muss^{78,79}. Es ist wichtig, dass hierfür weiterhin die ärztlichen Selbstverwaltungsorgane, insbesondere die Ärztekammern, verantwortlich sind. Die Befürchtung, dass durch eine Verbesserung der Weiterbildungsfinanzierung Einfluss auf deren Inhalte und Form genommen werden könnte, wird nicht geteilt. Im Gegenteil: Eine explizite Finanzierung der Weiterbildung ist eine Voraussetzung für deren qualitative und quantitative Verbesserung, die die hochwertige medizinische Versorgung in Deutschland auch in Zukunft sichert.

In einer weiteren Stellungnahme vom 18.11.2008 forderte der Marburger Bund im Vorfeld der Gesetzesverabschiedung die Streichung des Prüfauftrages aus dem Gesetzentwurf. Er erklärte jedoch seine Bereitschaft, an der Umsetzung des Prüfauftrages diesem mitzuwirken, falls der Auftrag erteilt wird. Es ist

kritisch zu sehen, ob es eines gesetzlichen Auftrages bedarf, die Kosten der ärztlichen Weiterbildung zu evaluieren. Eine Evaluation muss jedoch erfolgen, um eine sachgerechte Vergütung zu gewährleisten⁸⁰.

Eine fondsgebundene Finanzierung der Weiterbildung nach dem niederländischen Modell wird von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) favorisiert. Dabei wird betont, dass eine strukturelle und qualitative Verbesserung der Weiterbildung nur unter verbesserter Finanzierung möglich sei. Zudem sei Eile geboten, um dem drohenden Ärztemangel zu entgegnen. Der vom Gesetzgeber angestrebte Prüfauftrag erscheint jedoch bis zum 30.06.2009 nicht realisierbar⁸¹

4.12 Volkswirtschaftliche Auswirkungen

Aktuell wird die Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland diskutiert (1.4.5). In Deutschland werden Ärzte für viel Geld ausgebildet und weitergebildet. Zum Teil gehen die fertigen Fachärzte im Anschluss an die Weiterbildung ins Ausland. Anhand aktueller Zahlen kann zwar nicht von massiver Abwanderung deutscher Ärzte gesprochen werden, insbesondere die Abwanderung von Fachärzten ins Ausland besitzt jedoch große Bedeutung. Daher sollten nicht nur zur Sicherung der Krankenversorgung sondern auch aus volkswirtschaftlicher Sicht Anstrengungen unternommen werden, besonders der Auswanderung von Fachärzten entgegenzuwirken.

Als Gründe für die Auswanderung werden eine bessere Bezahlung und vor allem bessere Arbeitsbedingungen angeführt^{25,27}. Im Vergleich mit anderen Industrienationen haben besonders die Fachärzte ein geringes Einkommen. Im Falle der Schweiz spielen dabei jedoch die Sozialabgaben und Steuern die größte Rolle. Zudem sind die schlechten Arbeitsbedingungen mit einer ausufernden Bürokratie, die die ärztliche Handlungsfreiheit stark einschränkt, und eine schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Familie von entscheidender Bedeutung für die Abwanderung. Letzteres gilt vor allem vor dem Hintergrund des stetig steigenden Anteils Frauen an der Ärzteschaft. Eine genaue Analyse der Problematik und auch mögliche Lösungsansätze sind nicht Gegenstand dieser Arbeit. Es könnte jedoch auch positive Effekte für die niedergelassenen und im Krankenhaus tätigen Fachärzte durch eine Verbesserung der Weiterbildung geben, schließlich sind sie zu einem großen Teil auch Weiterbildende und waren zuvor Weiterbildungsassistenten. Es muss jedenfalls vermieden werden, dass es im Sinne einer Umverteilung im Rahmen der Weiterbildungsreform zu einer Verschlechterung der Situation der Fachärzte kommt.

4.13 Fazit

Die im Deutschen Ärzteblatt von 2005-2007 geschalteten Stellenanzeigen lassen aus oben genannten Gründen eine hohe Nachfrage an Weiterbildungsassistenten erkennen, die im Verlauf sogar gestiegen ist. Eine gute und ausreichende Ärztliche Weiterbildung ist eine essentielle Voraussetzung für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem. Verglichen mit anderen Industrienationen ist die Weiterbildung in Deutschland weniger straff organisiert.

Auf jeden Fall kann festgehalten werden, dass die derzeitige pauschalierte Finanzierung über die DRG-Vergütung die Weiterbildung nicht adäquat refinanziert, da die Refinanzierung unabhängig von der Anzahl der Weiterbildungsassistenten und unabhängig von der Qualität der Weiterbildung erfolgt.

Die Zulassung von Weiterbildungsermächtigten und die Festlegung von Weiterbildungsstätten sollten weiterhin den Ärztekammern obliegen. Hier wurde in den letzten Jahrzehnten das entsprechende Know-how geschaffen. Eine Regulierung der Anzahl der Weiterbildungsstellen pro Fachgebiet – z. B. durch die Kostenträger – wäre kontraproduktiv.

Neben einer Präzisierung bei der Ermittlung des Weiterbildungsaufwandes ist gleichzeitig eine Verbesserung der Qualität durch eine im Vergleich zum aktuellen Zustand verbesserte strukturelle und inhaltliche Festlegung der Weiterbildung notwendig. Diese Qualitätsverbesserung kann und wird einen Einfluss auf die Kosten für die Weiterbildung haben. Die Ermächtigung zur Weiterbildung sollte an Qualitätskriterien geknüpft sein. Diese können/sollten u.a. auch die maximale Anzahl von Weiterbildungsassistentinnen/en pro Fachabteilung in Abhängigkeit von den Weiterbildungsmöglichkeiten festlegen. Es muss gewährleistet sein, dass bei einem normalen Verlauf der Weiterbildung diese auch in der Mindestweiterbildungszeit absolviert werden kann. Dazu muss eine ausreichende Anzahl von Operationen, Interventionen oder anderen weiterbildungsrelevanten Leistungen in der Fachabteilung erbracht werden, damit die Weiterbildungsassistenten ihre persönlichen Leistungen entsprechend des Weiterbildungskataloges in der Mindestweiterbildungszeit erbringen können.

Darüber hinaus sollte verbindlich die Verwendung von Weiterbildungscurricula an die Finanzierung geknüpft werden. Auch die Verwendung von Logbüchern zur Dokumentation der Weiterbildungsfortschritte sollte Voraussetzung für die gesonderte Finanzierung der Weiterbildung sein. Weitere die Qualität der Weiterbildung verbessernde Maßnahmen sollten innerhalb der Ärztekammern unter Mitwirkung der Fachgesellschaften entwickelt werden.

Bei zunehmender Ärzteverknappung wird die Qualität der Weiterbildung zu einem wesentlichen Element beim Wettbewerb der Krankenhäuser um Weiterbildungsassistentinnen und –assistenten. In diesem Zusammenhang ist auch die Initiative der Bundesärztekammer zu sehen, die ärztliche Weiterbildung systematisch zu evaluieren⁸². Ab April bzw. Mai 2009 sollen dabei von den

Ärzttekammern sämtliche Weiterbildungsassistenten und Weiterbildungsbeauftragte zur Situation der Weiterbildung befragt werden. Zudem werden im Internet Kommunikationsportale entstehen, über die die Qualität der Weiterbildung in Fachabteilungen/Krankenhäusern transparent dargestellt wird. Alle Krankenhäuser sollten daher bemüht sein, die Weiterbildung optimal zu organisieren und durchzuführen und dies auch zu kommunizieren.

Mit der Finanzierung sollen die direkten Weiterbildungskosten, also die Weiterbildungskosten ohne den Vergütungsanteil für die Weiterbildungsassistenten finanziert werden. Hierzu gehören insbesondere die Betreuungskosten durch den Weiterbildenden und die Kompensation der Produktivitätsminderung, soweit diese nicht durch die Tarifunterschiede aufgefangen wird.

Beide Kostenpositionen werden durch das Fachgebiet beeinflusst. So ist bei einer chirurgischen Ausbildung oder bei einer Weiterbildung zur Durchführung interventioneller Leistungen (Herzkatheter, Endoskopien etc.) vermutlich ein wesentlich höherer Betreuungsaufwand notwendig, als in rein konservativen Fachgebieten. Zusätzlich ist dabei die Produktivitätsminderung besonders groß. Allerdings darf auch in rein konservativen Fachgebieten der Weiterbildungsaufwand nicht unterschätzt werden, da die Weiterbildungsassistenten regelmäßig angeleitet werden müssen. Fallbesprechungen und Lehrvisiten sowie Klinikumskonferenzen binden die Weiterbildungsassistenten und erhöhen den Aufwand bei den Weiterbildenden.

Zur Quantifizierung des Weiterbildungsaufwandes sollten unterschiedliche Aufwandsklassen gebildet werden, denen die verschiedenen Fachgebiete zugeordnet werden. Die Anzahl der Weiterbildungsklassen sollte überschaubar sein.

Soweit möglich, sollte der Aufwand je Weiterbildungsklasse empirisch ermittelt werden. Es wird kaum möglich sein, den Weiterbildungsaufwand genau zu ermitteln. Bei dieser Ermittlung sollte zumindest das Ziel erreicht werden, die Aufwandsunterschiede zwischen den verschiedenen Klassen realistisch darzustellen. Die Beträge zur Finanzierung des Weiterbildungsaufwandes müssen am Ende normativ unter Berücksichtigung der empirisch ermittelten Daten festgelegt werden.

Eine Implementierung der Weiterbildungsfinanzierung sollte kurzfristig erfolgen. Die Schaffung eines Weiterbildungsfonds erscheint eine geeignete Lösung. Dieser Fond sollte aus Steuermitteln finanziert werden.

5 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1	Arztahrentwicklung in Deutschland von 1998 bis 2007 in Tausend	7
Abbildung 1.2:	Honorar je Arzt in Deutschland im Jahr 2007 für ausgewählte Fachrichtungen in 1 000 €.....	11
Abbildung 3.1:	Entwicklung der Stellenanzeigen 2005-2007 nach Quartal....	19
Abbildung 3.2:	Entwicklung der Stellenanzeigen nach gesuchter Funktion...	21
Abbildung 3.3:	Entwicklung der Stellenanzeigen im Fach Anästhesie	23
Abbildung 3.4:	Verhältnis gesuchter Assistenzärzte zu Fachärzten	25
Abbildung 3.5:	Verhältnis gesuchter Fachärzte zu Oberärzten.....	25
Abbildung 3.6:	Vergleich Anteile Assistenten in fortgeschrittener Weiterbildung im Verlauf	27
Abbildung 3.7:	Entwicklung der Stellenanzeigen in chirurgisch und nicht chirurgisch tätigen Fachgebieten	30
Abbildung 3.8:	Entwicklung der Anteile der Assistenten in chirurgisch und nicht chirurgisch tätigen Fächern	32
Abbildung 3.9:	Entwicklung des Assistenten Facharzt Verhältnis in chirurgisch und nicht chirurgisch tätigen Fächern	32
Abbildung 3.10:	Entwicklung des Facharzt Oberarzt Verhältnisses in chirurgisch und nicht chirurgisch tätigen Fächern	33
Abbildung 3.11:	Stellenanzeigen nach verschiedenen Krankenhausträgern und gesuchter Funktion.....	34
Abbildung 3.12:	Vergleich der Anteile an Vollkräften und Stellenanzeigen in den Jahren 2005-2007 nach Trägern.....	36
Abbildung 3.13:	Entwicklung der Stellenanzeigen der Universitätskliniken nach gesuchter Funktion.....	38
Abbildung 3.14:	Entwicklung der Anteile der Stellenanzeigen der Universitätskliniken in Prozent	39
Abbildung 3.15:	Entwicklung Anteile Assistenten der Universitäten und der Gesamtheit in Prozent.....	40
Abbildung 3.16:	Entwicklung Anteile Assistenten und Wissenschaftlichen Mitarbeitern der Universitäten und der Gesamtheit in Prozent	42
Abbildung 3.17:	Entwicklung der Stellenanzeigen öffentlicher Häuser nach gesuchter Funktion.....	44
Abbildung 3.18:	Entwicklung der Anteile der Stellenanzeigen öffentlicher Häuser in Prozent.....	44
Abbildung 3.19:	Entwicklung der Anteile der Stellenanzeigen gegenüber den Vollkraftanteilen öffentlicher Häuser.....	45
Abbildung 3.20:	Entwicklung Anteile Assistenten öffentlicher Häuser und der Gesamtheit in Prozent.....	46
Abbildung 3.21:	Entwicklung der Stellenanzeigen konfessioneller Häuser nach gesuchter Funktion,.....	48
Abbildung 3.22:	Entwicklung der Anteile der Stellenanzeigen konfessioneller Häuser in Prozent.....	48

Abbildung 3.23: Entwicklung Anteile Assistenten konfessioneller Häuser und der Gesamtheit in Prozent.....	49
Abbildung 3.24: Entwicklung der Stellenanzeigen privater Häuser nach gesuchter Funktion.....	51
Abbildung 3.25: Entwicklung der Anteile der Stellenanzeigen privater Häuser in Prozent.....	51
Abbildung 3.26: Entwicklung der Anteile gesuchter Assistenten privater Häuser und der Gesamtheit in Prozent.....	53
Abbildung 4.1: Vollkraftentwicklung deutscher Krankenhäuser	61
Abbildung 4.2: Entwicklung bestandener Staatsexamina ¹⁹	63
Abbildung 4.3: Entwicklung der Absolventenzahl.....	64
Abbildung 4.4: Anzahl Weiterbildungsassistenten ohne Facharzttitle nach Trägern 2006.....	72
Abbildung 4.5: Anteil Weiterbildungsassistenten ohne Facharzttitle der Hauptamtlichen Ärzte nach Trägern 2006 in Prozent ⁶⁵	73
Abbildung 4.6: Anteil Weiterbildungsassistenten ohne Facharzttitle der Hauptamtlichen Ärzte nach Krankenhausgröße 2006 in Prozent ⁶⁵	73
Abbildung 4.7: Mittlere Verweildauer in deutschen Krankenhäusern in Tagen von 2000 bis 2007 ³⁷	75
Abbildung 4.8: Mehrausgaben Krankenhausfinanzierungsreformgesetz.....	80

6 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1	Entgelttabelle für Ärztinnen und Ärzte im Geltungsbereich des TV-Ärzte – gültig ab 01.05.2009.....	3
Tabelle 3.1:	Aufteilung der Stellenanzeigen nach gesuchter Funktion	20
Tabelle 3.2:	Entwicklung der Stellenanzeigen nach gesuchter Funktion ...	21
Tabelle 3.3:	Entwicklung der Anteile nach Funktion von 2005-2007	22
Tabelle 3.4:	Entwicklung der Stellenanzeigen im Fach Anästhesie	23
Tabelle 3.5:	Verteilung auf die Funktionen im Fach Anästhesie	24
Tabelle 3.6:	Vergleich der Anteile in der Anästhesie und der Gesamtheit im Verlauf	26
Tabelle 3.7:	Entwicklung der Stellenanzeigen in chirurgisch tätigen Fachgebieten.....	28
Tabelle 3.8:	Entwicklung der Stellenanzeigen in nicht chirurgisch tätigen Fachgebieten.....	29
Tabelle 3.9:	Entwicklung der verschiedenen Funktionen in chirurgisch und nicht chirurgisch tätigen Fachgebieten.....	31
Tabelle 3.10:	Stellenanzeigen nach verschiedenen Krankenhausträgern und gesuchter Funktion.....	34
Tabelle 3.11:	Anteile Vollkräfte in deutschen Krankenhäusern in Prozent	37 35
Tabelle 3.12:	Verteilung der Stellenanzeigen nach Träger	36
Tabelle 3.13:	Anteile der geschalteten Stellenanzeigen nach Träger und Funktion.....	37
Tabelle 3.14:	Entwicklung der Stellenanzeigen der Universitätskliniken nach gesuchter Funktion.....	38
Tabelle 3.15:	Entwicklung Anteile Stellenanzeigen für Assistenten an den Universitäten und der Gesamtheit in Prozent.....	40
Tabelle 3.16:	Entwicklung der Anteile von Stellenanzeigen für Assistenten und Wissenschaftliche Mitarbeiter der Universitäten und der Gesamtheit in Prozent.....	41
Tabelle 3.17:	Entwicklung der Stellenanzeigen öffentlicher Häuser nach gesuchter Funktion.....	43
Tabelle 3.18:	Entwicklung Anteile Assistenten an öffentlichen Häusern und der Gesamtheit in Prozent.....	46
Tabelle 3.19:	Entwicklung der Stellenanzeigen konfessioneller Häuser nach gesuchter Funktion.....	47
Tabelle 3.20:	Entwicklung Anteile Assistenten konfessioneller Häuser und der Gesamtheit in Prozent.....	49
Tabelle 3.21:	Entwicklung der Stellenanzeigen privater Häuser nach gesuchter Funktion.....	50
Tabelle 3.22:	Entwicklung der Anteile gesuchter Assistenten privater Häuser und der Gesamtheit in Prozent.....	52
Tabelle 4.1:	Mehrausgaben Krankenhausfinanzierungsreformgesetz.....	79

7 Literaturverzeichnis

- 1 Marburger Bund (2009), Beim MB: "Ärztliche Weiterbildung auf dem Prüfstand", Marburger Bund Zeitung 4/2009.
- 2 Bundesärztekammer (2007). MWBO. www.bundesaerztekammer.de.
- 3 Sozialgesetzbuch (2004), Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung, § 95a Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister für Vertragsärzte.
- 4 Bundesärztekammer (2007). Bundesärzteordnung. www.bundesaerztekammer.de.
- 5 Sozialgesetzbuch (2004), Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung, §70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit.
- 6 Sozialgesetzbuch (2004), Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung, §135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung.
- 7 Bundesärztekammer (1994). Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung ambulanter Operationen. www.bundesaerztekammer.de.
- 8 Marburger Bund (2009). TV-Ärzte/TdL – Tarifrunde 2009. www.marburger-bund.de.
- 9 Van Aken, HK(2008). Mündliche Auskunft zu den Kosten ärztlicher Weiterbildung. Berechnung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie..
- 10 AWMF (2007), Die universitäre Medizin zwischen Exzellenzinitiative und "Brain Drain", Offener Brief der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in der Bundesrepublik Deutschland an die verantwortlichen Politiker. 20.09.2007.
- 11 Studer, P (2003):, « Kosten der Weiterbildung». VSAO-Journal, 2003 (22), 4/5, pp 20-23.
- 12 Dubach, P (2006). Vorstudie zur Erhebung der Kosten der ärztlichen Weiterbildung im Auftrag des VSAO. BASS, 12/2006.
- 13 Schneider, R (2004). Das neue Arbeitszeitgesetz. Notfall & Rettungsmedizin, 2004 (8), 4, pp 273-278.
- 14 Klein, W (2006). Arbeitszeitgesetz nach dem EuGH-Urteil – lässt sich das umsetzen. Intensiv 2006 (14), 5, pp 232-235.
- 15 Marburger Bund (2005). EU-Arbeitszeitrichtlinie - Überlange Arbeitszeiten müssen verboten bleiben!. Pressemitteilung, 58/05. www.marburger-bund.de.
- 16 Statistisches Bundesamt (2008). Gesundheit – Personal 1998 bis 2007. www.destatis.de.

-
- 17 Europäische Kommission (2008). Commission welcomes agreements on working time and temporary agency workers 10/06/2008. www.ec.europa.eu.
 - 18 Marburger Bund (2009), Keine Revision der Arbeitszeitrichtlinie, Pressemitteilung 28.04.2009.
 - 19 Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (2008), Lösungen und Ergebnisse, www.impp.de.
 - 20 Marburger Bund (2006). Der arzt spezifische Tarifvertrag für die Universitätsärzte. www.marburger-bund.de.
 - 21 Marburger Bund (2009). Tarifverträge des Marburger Bundes. www.marburger-bund.de.
 - 22 Flintrop, Jens (2007), Konfessionelle Krankenhäuser: Die Ärzte sind unzufrieden, die Arbeitgeber stur. Dtsch Arztebl, 104(45), A3078.
 - 23 Bundesärztekammer (2006). Ärztestatistik 2006. www.bundesaerztekammer.de.
 - 24 Hauk, A (2008). Ärztlicher Arbeitsmarkt: Alternativen zur kurativen Tätigkeit. Dtsch Arztebl, 2008 (105), 1-2, pp A-59 / B-51 / C-51.
 - 25 Richter-Kuhlmann, E (2007). Berufsperspektiven: „Ja“ zum Arztberuf, „Nein“ zu deutschen Verhältnissen. Dtsch Arztebl, 2007 (104), 26, pp A-1881 / B-1661 / C-1597.
 - 26 Heuss, LT (1999). Der Anteil ausländischer Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz - Eine Stellungnahme des Zentralvorstandes der FMH. Schweizerische Ärztezeitung, 1999 (80), 21, pp 1291-1296.
 - 27 Spielberg, P (2008). Arbeiten im Ausland: Deutsche Zuwanderer willkommen. Dtsch Arztebl, 2008 (105), 4, pp A-144 / B-129 / C-129.
 - 28 Hasler, N (2008). Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2004 (neu) und 2003 (Re-Evaluation). Gutachten im Auftrag der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte. www.saez.ch.
 - 29 Marburger Bund (2006). Informationsbroschüre: Ärztliche Tätigkeit in Großbritannien. www.marburger-bund.de.
 - 30 Kopetsch T (2007). Studie zur Altersstruktur-und Arztzahlentwicklung: Daten, Fakten, Trends. 4. aktualisierte und überarbeitete Auflage. www.bundesaerztekammer.de.
 - 31 Statistisches Bundesamt (2009). Nichtmonetäre hochschulstatistische Kennzahlen - Fachserie 11 Reihe 4.3.1 - 1980 – 2007. www.destatis.de.
 - 32 Gensch, K (2007). Veränderte Berufsentscheidungen Junger Ärzte. Gesundheitswesen, 2007 (69), 6, pp 359– 370.
 - 33 Gesetzes- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen (2007). Nr.34 vom 28. Dezember 2007. www.nrw.de.

-
- 34 Dercks, K (2008). Stärker beteiligt bei der Krankenhausplanung. Westfälisches Ärzteblatt, 2008, 2, pp 11-12. www.aekwl.de.
 - 35 Ärztekammer Westfalen-Lippe (2008). Weiterbildungsniveau nicht dem Zufall überlassen. Pressemitteilung, 2008. www.aekwl.de.
 - 36 Bundesärztekammer (2007). Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2006. www.bundesarztekkammer.de.
 - 37 Statistisches Bundesamt (2008). Grunddaten der Krankenhäuser 2007. www.destatis.de.
 - 38 OECD (2007). OECD Health Data 2007: Statistics and Indicators for 30 Countries. www.oecd.org
 - 39 WHO (2007). Health care system in transition. European Observatory on Health Care Systems. www.euro.who.int.
 - 40 National Health Service (2007). Modernising Medical Careers. www.mmc.nhs.uk.
 - 41 Department of Health, GB (2001). Postgraduate medical education and training: The Medical Education Standards Board. www.dh.gov.uk.
 - 42 London Strategic Health Authority (2006). SHA BUDGET 2006/07. www.london.nhs.uk.
 - 43 Gainey B (2006). Financing Medical Education in the United Kingdom. London Deanery, Working paper. www.londondeanery.ac.uk.
 - 44 Schäfer, H-M (2005). Französische Allgemeinmedizin im Umbruch – eine Bestandsaufnahme. Z Allg Med 2005 (81), 7, pp 280–283
 - 45 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2005). Das neue Gesundheitssystem in den Niederlanden, Tragfähigkeit, Solidarität, Entscheidung, Qualität, Effizienz. www.minvws.nl.
 - 46 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008). Opleidingfonds. www.minvws.nl/dossiers/opleidingsfonds.nl.
 - 47 College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (2008). Opleidingfonds. www.cbog.nl.
 - 48 Klink, A, De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008). Antwoorden op kamervragen van Zijlstra over regelgeving rond opleidingsfonds. www.minvws.nl/kamerstukken.nl.
 - 49 WHO (2007). Nations health accounts, United States of America. www.who.int.
 - 50 Association of American Medical Colleges (2007). Medicare indirect medical education payments – Overview. www.aamc.org.
 - 51 Medicare (2007). Postgraduate medical education payments. www.medicare.gov.
 - 52 Hexom, BJ (2005). Graduate medical education funding. www.amsa.org.

-
- 53 Sager, A (2002). Graduate medical education financing in the U.S.A.- Past present and future. www.healthreformprogram.org.
- 54 WHO (2006). Australia, Health system review. Health Systems in Transition, 2007 (8), 5. www.euro.who.int.
- 55 Sundwall, DN (2001). Another alternative for financing graduate medical education. Health affairs 2001 (20), 2.
- 56 WHO (2005). Canada, Health system review. Health Systems in Transition, 2005 (7), 3. www.euro.who.int.
- 57 Donner-Banzhoff, N (2008). Die Sicherung des ärztlichen Nachwuchses durch eine Reform der Weiterbildung. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin. www.degam.de.
- 58 Kopetsch, T (2008). Ärztewanderung: Das Ausland lockt. Dtsch Arztebl 2008, (105), 27, pp A-716 / B-626 / C-614.
- 59 Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (2008), Lösungen und Ergebnisse. www.impp.de.
- 60 Kopetsch T (2007). Bedarfsplanung 2007: Anästhesisten mit geringen Chancen. Dtsch Arztebl 2007, (104), 34-35. pp A-2312 / B-2048 / C-1980.
- 61 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009). Katalog zum AOP-Vertrag. www.kbv.de
- 62 Statistisches Bundesamt (2008). Preise 2007. www.destatis.de.
- 63 Bundesärztekammer (2008). Ärzte ohne Ärztliche Tätigkeit. www.bundesaerztekammer.de.
- 64 Bayerische Landesärztekammer (2005). Monatsstatistik nach Tätigkeitsbereichen. www.blaek.de.
- 65 Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (2008). Positionspapier der DGIM (IV) "Ärztliche Tätigkeit in Universitätsklinika und Lehrkrankenhäusern – Fokussierung ist nötig". Internist 2008, (49), 7, 858.
- 66 Richter-Kuhlmann, E. (2004). Top VI: Tätigkeitsbericht – Entbürokratisierung ärztlicher Tätigkeit: Zurück zum Normalmaß. Dtsch Arztebl 2004, (101), 22, pp A-1560/ B-1292 / C-1245.
- 67 Du Moulin, M (2007). Die Facharztweiterbildung in Großbritannien oder die "Modernisierung der ärztlichen Karrieren". GMS Z Med Ausbild, 2007 (24), 2, Doc114.
- 68 Statistisches Bundesamt (2008), Krankenhäuser 2006, Ärztliches Personal am 31.12. nach funktionaler Stellung und Krankenhausstyp. www.destatis.de
- 69 Sozialgesetzbuch (2004), Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung, §11 Leistungsarten.

-
- 70 Sozialgesetzbuch (2004), Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung, §71 Beitragssatzstabilität.
- 71 Bundesärztekammer (2008). Stationär tätige Ärztinnen/Ärzte nach Gebietsbezeichnungen und Altersgruppe. www.bundesaerztekammer.de.
- 72 Heinrich, W (2006). Weiterbildungsverbände Allgemeinmedizin in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2006 (82), 10, pp 441-445
- 73 Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit (2008). Zusammenfassende Darstellung der Gründe für eine Beibehaltung der 40% Quote in § 101, Abs. 4 SGB V.. 04.09.2008.
- 74 Verein zur Errichtung Evangelischer Krankenhäuser e.V. (2007). Geschäftsbericht 2007. www.vze-berlin.de.
- 75 Rhön-Klinikum AG (2009). Aus-, Fort- und Weiterbildung. www.rhoen-klinikum-ag.com
- 76 Bundesärztekammer (2008). Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG). 13. 11 2008. www.bundesärztekammer.de.
- 77 Marburger Bund (2008). Stellungnahme des Marburger Bund Bundesverbandes zu dem Referentenentwurf für ein Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 – (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG). 03.09.2008. www.marburger-bund.de.
- 78 Korzilius, H (2009). Ärzte in der Weiterbildung: Gefordert, aber nicht gefördert. Dtsch Arztebl 2009, (106), 11, pp A-487.
- 79 Lammertz, S (2009). Weiterbildung: Unmut. Dtsch Arztebl 2009, (106), 17, pp A-823.
- 80 Marburger Bund (2008). Stellungnahme des Marburger Bund Bundesverbandes zu dem Referentenentwurf für ein Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 – (Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz – KHRG) 18.11.2008. www.marburger-bund.de.
- 81 AWMF (2008). Stellungnahme der AWMF zur Anhörung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009. www.bundestag.de.
- 82 Bundesärztekammer (2009). Wie gut ist meine Weiterbildung, Projekt: Evaluation der Weiterbildung geht Ende Mai an den Start. Pressemitteilung 11.03.2009. www.bundesärztekammer.de, www.evaluation-weiterbildung.de.

Lebenslauf Benjamin Bücking

13.11.1979	geboren in Coesfeld (Westfalen)
1986 - 1990	St. Ludgerus Grundschule Coesfeld
1990 - 1999	Gymnasium Nepomucenum Coesfeld, Abschluß mit Abitur
1999 - 2000	Zivildienst bei dem Sozialamt der Stadt Coesfeld
2000 - 2001	Studium der Chemie an der Westfälischen Wilhelms- Universität Münster
2001 - 2008	Studium der Humanmedizin an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
Seit 03.2008	Wissenschaftlicher Angestellter der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikum Giessen und Marburg, Standort Marburg

Marburg, den 13.11.2009