

# Ein Vorschlag zur Förderung der ärztlichen Weiterbildung im Kontext einer reformierten Krankenhausfinanzierung

## Improving Postgraduate Medical Training In Germany: A Proposal



Autorinnen/Autoren

Norbert Donner-Banzhoff<sup>1</sup>, Ferdinand Michael Gerlach<sup>2</sup>

### Institute

- 1 Department of Primary Care, University of Marburg, Marburg, Germany
- 2 Institute of General Practice, Goethe-University Frankfurt, Frankfurt, Germany

### Schlüsselwörter

Ärztliche Weiterbildung, gesundheitsökonomische Analysen, Gesundheitspersonal

### Key words

Education, Medical, Graduate, Costs and Cost Analysis, Health Workforce

Artikel online veröffentlicht 14.12.2023

### Bibliografie

Gesundheitswesen 2024; 86: 394–397

DOI 10.1055/a-2189-2209

ISSN 0941-3790

© 2023. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

Prof. Norbert Donner-Banzhoff  
University of Marburg  
Department of Primary Care  
Karl-von-Frisch-Str. 4  
35037 Marburg  
Germany  
norbert@staff.uni-marburg.de

### ZUSAMMENFASSUNG

In Deutschland werden die Anforderungen an die gebietsärztliche Qualifikation von den Landesärztekammern festgelegt. Deren Erfüllung ist jedoch den Ärztinnen in Weiterbildung überlassen. Es fehlt eine Abschätzung des Bedarfs an Gebietsqualifikationen, ebenso eine entsprechende Steuerung. Allerdings werden Fehlentwicklungen immer wieder beklagt, so z. B. das Missverhältnis von Haus- und Fachärztinnen im ambulanten Sektor. Wir schlagen eine systematische und kontinuierliche Bedarfsschätzung der einzelnen Fachgebiete vor. In solchen, wo eine Unterversorgung droht, würde die Weiterbildung durch Zuschüsse analog der aktuellen Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach § 75a SGB V inzentiviert. Regionale fachspezifische Weiterbildungsverbände würden für eine Allokation der Mittel an Institutionen mit evaluierter Qualität der Weiterbildung sorgen. Das Verfahren lässt sich kostenneutral gestalten, wenn ein Teil der Mittel aus den aktuellen Behandlungsentgelten, die implizit auch der Weiterbildung dienen, künftig explizit für eine Steuerung, Koordination und Verbesserung der Weiterbildung genutzt werden. Diese Möglichkeit besteht unabhängig vom Mechanismus der Entgelte für stationäre oder ambulante Leistungen.

### ABSTRACT

Postgraduate (vocational, residency) training in Germany is regulated by the Physicians' Chamber in each federal state. Although training requirements are specified in detail by regulatory documents, young doctors are left on their own to find training posts and suitable learning experiences. There are no programmes in place to support trainees nor to identify the need of the health care system regarding the composition of its medical workforce. Hospitals and practices pay salaries to physicians in training from funding obtained for services they provide. We propose a systematic and continuing process of identifying gaps in the workforce. Disciplines with a lack of qualified doctors will be supported by additional funds directed to practices and hospitals. Regional rotation schemes will coordinate and improve the quality of training. Apart from an administrative overhead, this system of regulation will not need additional resources because a limited part of current budgets will be explicitly channelled into salaries for trainees in specialties for which there is a higher need than into others.

## Ausgangssituation

Die ärztliche Weiterbildung (WB) beginnt nach Abschluss des Medizinstudiums bzw. der Approbation und führt zur gebietsärztlichen Qualifikation; diese ist Voraussetzung für eine eigenverantwortliche Tätigkeit in praktisch allen Versorgungsbereichen. Nach den Gesundheitsgesetzen der Länder sind die Landesärztekammern (LÄK) zuständig. Sie beschließen die jeweilige Weiterbildungs-Ordnung (WBO) und erteilen Weiterbildungs-Befugnisse.

Die Finanzierung der WB erfolgt implizit über Krankenhausentgelte (Diagnosis Related Groups [DRG]) und – in deutlich geringem Maße - Honorare an Praxen im ambulanten Sektor. Eine Ausnahme stellt die Allgemeinmedizin dar, die nach § 75a SGB V zusätzlich durch Zuschüsse – überwiegend der gesetzlichen Krankenkassen - an weiterbildende Einrichtungen gefördert wird.

## Charakteristika und Probleme der ärztlichen Weiterbildung in Deutschland

Ärztinnen in Weiterbildung (ÄiW)<sup>1</sup> müssen selbst geeignete Weiterbildungsstätten identifizieren und sich um eine Einstellung bemühen. Sie sind selbst verantwortlich dafür, dass die für die gebietsärztliche Prüfung erforderlichen Zeiten und Ziele (z. B. Kataloge von Prozeduren, OPs) erreicht werden. Zwar dokumentieren die Weiterzubefugten die erreichten Lernziele, und die LÄK legen die Voraussetzungen für die Prüfung fest; deren Erfüllung ist jedoch überwiegend der Initiative der ÄiW überlassen.

Auf der Makro-Ebene fehlt jegliche Ausrichtung am Bedarf an Ärztinnen bestimmter Gebietsqualifikationen. Weder wird dieser Bedarf bevölkerungs- oder leistungsbezogen ermittelt, noch stehen Instrumente zur Verfügung, eine darauf basierende Rahmenplanung umzusetzen. Das Ergebnis sind gravierende Ungleichgewichte wie z. B. das seit Jahrzehnten beklagte aber trotzdem zunehmende Missverhältnis von Allgemein- (Haus-) und spezialisierten Fach-Ärztinnen in der ambulanten Versorgung [1]. H. van den Busche hat darauf hingewiesen, dass letztlich die gebietsmäßige Aufteilung der Krankenhausstellen die Zusammensetzung der ambulant tätigen Ärztinnen determiniert [2]. Sogar die Höhe der Deckungsbeiträge einzelner DRG beeinflusst die Anzahl weitergebildeter Fachärztinnen: da z. B. die Implantation von Endoprothesen oder die Durchführung von Koronarangiografien besonders attraktiv vergütet werden, werden diese Leistungen ausgeweitet und die erbringenden Abteilungen ausgebaut. Folgerichtig werden hier überproportional viele ÄiW beschäftigt. Im Ergebnis lassen sich – losgelöst vom tatsächlichen Bedarf – nach einigen Jahren vermehrt Orthopädinnen und Kardiologinnen in vertragsärztlichen Praxen nieder.

Die Kombination von freiem Facharzt-Zugang und de facto fehlender ambulanter WB in den meisten Fächern (Ausnahme: Allgemeinmedizin) führt dazu, dass die Mehrzahl der ambulanten Behandlungen von Gebietsärztinnen vorgenommen wird, die ihre WB ausschließlich am Krankenhaus erhalten haben und dabei keine Erfahrungen im sog. Niedrigprävalenzbereich der ambulanten Versorgung haben sammeln können.<sup>2</sup> Dies widerspricht sowohl edu-

kativen Prinzipien [3, 4] wie auch der Spezifität der primärmedizinischen Versorgung; die Gefahr von Überdiagnostik und Übertherapie wird erhöht [5–7].

Da die WB unstrukturiert und unkoordiniert erfolgt, sind die in der WB tatsächlich verbrachten Zeiten vielfach länger als in der WBO vorgesehen [8]. Dies bedeutet, dass die gebietsärztliche Qualifikation später als erforderlich erreicht wird, wodurch sich die Lebensarbeitszeit als verantwortliche Gebietsärztin unnötig verkürzt (mangelnde Effizienz).

Deutschland hat in der WB kaum eine didaktische Tradition. Die WB ist eher ein Nebenprodukt ärztlicher Tätigkeit; die edukative Dimension ist - euphemistisch ausgedrückt - von persönlichen bzw. lokalen Gegebenheiten abhängig.

Vor allem operative Leistungen werden zunehmend vom stationären in den ambulanten Sektor verlagert, ohne dass dort im gleichen Maße neue Weiterbildungskapazitäten etabliert würden. Dadurch erodiert das für die WB erforderliche Erfahrungsspektrum für ÄiW an Krankenhäusern. Zudem bleibt durch die Leistungsverdichtung im stationären und ambulanten Sektor immer weniger Zeit für eine inhaltlich und didaktisch sinnvolle WB.

## Bereits bestehende Steuerung der Weiterbildung

Der Gesetzgeber hat mit §75a SGB V (Förderung der Allgemeinmedizin sowie ambulant-grundversorgender fachärztlicher Gebiete) eine gewisse Steuerung der WB eingeführt. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen leisten demnach Zuschüsse zu WB-Stellen, die zur allgemeinärztlichen Qualifikation führen. Der im folgenden dargestellte Vorschlag erweitert dieses Prinzip gezielt auf andere von Unterversorgung bedrohte Gebiete, um auch in Deutschland eine verbesserte Koordinierung und bedarfsgerechtere Steuerung für den ärztlichen Nachwuchs zu erreichen.

## Vorschlag zur Neugestaltung und Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung

### Bedarf systematisch ermitteln

Grundlage der neu gestalteten WB ist eine populations-, morbiditäts- und leistungsorientierte Grobschätzung des langfristigen Bedarfs für die verschiedenen Fachgruppen. Zur Vereinfachung des Verfahrens kann ggf. auch die ambulante Bedarfsplanungs-Richtlinie herangezogen und für den stationären bzw. sektorübergreifenden Bereich weiterentwickelt werden. Die anzustrebenden Quoten werden gesetzlich oder durch Erlass des BMG festgelegt. Dabei sind die aktuellen relativen Anteile der einzelnen Fachgebiete, demografische Entwicklungen aber auch die aktuelle bzw. zu erwartende Situation von ausgeprägten Personalengpässen bzw. Überversorgung zu berücksichtigen. Details der Umsetzung regelt eine Richtlinie des G-BA im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer. Eventuell könnte hier auch dem geplanten Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) eine Rolle zukommen, das Daten zur Versorgungslage erhebt und so die Ermittlung zukünftiger Bedarfe unterstützen könnte.

### Verbünde für die Weiterbildung

Schrittweise werden regionale, gebietsspezifische WB-Verbünde eingerichtet, die in ihrem Bereich (z. B. Landkreise und kreisfreie

<sup>1</sup> Mit der weiblichen Form sind in der Regel alle Geschlechter gemeint.

<sup>2</sup> Obwohl in zahlreichen Fächern möglich, werden ambulante WB-Abschnitte von nur einem verschwindenden Anteil von ÄiW in Fächern jenseits der Allgemeinmedizin genutzt; dies gilt auch für hausärztliche Internistinnen.

Städte) geeignete WB-Einrichtungen identifizieren, so dass dort WB-Stellen – vor allem in Engpass-Fächern – durch Zuschüsse gefördert werden. Nach den Erfahrungen mit der Umsetzung von §75a SGB V sollte dieser Zuschuss ca. 3000 € monatlich für eine Vollzeit-Stelle im Krankenhaus betragen, um einen relevanten Anreiz darzustellen. Im ambulanten Sektor können die derzeitigen Regelungen beibehalten werden. Das bedarfsgerecht ermittelte bundesweite Förder-Stellenvolumen wird nach einem festen Schlüssel den Bundesländern bzw. KV-/Kammerbereichen zugeteilt.

WB-Stellen können für mehr als eine gebietsärztliche Qualifikation genutzt werden; so kann eine Stelle in der Viszeralchirurgie außerdem für einen späteren Abschluss in der Urologie, der Gynäkologie oder der Allgemeinmedizin sinnvoll sein. Entsprechende Anerkennungen durch die LÄK sind bereits heute möglich. Unser Vorschlag nutzt diese Flexibilität systematisch, um die fachliche Zusammensetzung der Ärzteschaft bedarfsgerecht zu optimieren.

Die regionalen WB-Verbünde koordinieren für einzelne ÄiW die Stellenabfolge so, dass der Abschluss in der Mindestzeit erreicht werden kann und das nötige Erfahrungsspektrum sichergestellt wird (z. B. geeigneter Mix von Krankenhäusern verschiedener Versorgungsstufen). Eine systematische Evaluation ist die Grundlage dafür, WB-Stätten (Krankenhäuser, Praxen) mit hoher Qualität zu bevorzugen. Zur Förderung und Sicherstellung der Qualität und Effizienz der Weiterbildung haben sich die mit § 75a SGB V, Absatz 7 bundesweit eingeführten „Kompetenzzentren Weiterbildung“ (KW) bewährt, die überwiegend an universitären Abteilungen für Allgemeinmedizin angesiedelt sind. Diese Einrichtungen haben sich als ausgesprochen wirksam erwiesen [9]. So haben sich nach Mitteilung der Landesärztekammer Hessen die Gebietsarzt-Abschlüsse in der Allgemeinmedizin in nur sieben Jahren nach Einführung verdoppelt (2013: 74; 2020: 151). Diese Strukturen sind weiter auszubauen und als Blaupause für andere Fächer zu nutzen.

## Kostenneutral

Dieser Vorschlag für eine bedarfsgerecht gesteuerte, qualitativ verbesserte und effizientere WB lässt sich kostenneutral gestalten. Von den an Krankenhäuser und Praxen fließenden Entgelten, die *implizit* auch der Weiterbildung dienen (s. o.), wird ein Teil über die WB-Verbünde geleitet und damit *explizit* für eine Steuerung, Koordination und Verbesserung der WB genutzt. Diese Möglichkeit besteht unabhängig vom Mechanismus der Entgelte für stationäre oder ambulante Leistungen. Sowohl die von Bund und Ländern formulierten Eckpunkte zur Reform der Krankenhausfinanzierung mit den dort beabsichtigten Vorhaltevergütungen wie auch Fallpauschalen sind mit unseren Vorschlägen vereinbar [10]. WB-Verbünde sind zudem in der Lage, der Verlagerung von operativen Leistungen in den ambulanten Bereich zu folgen und WB „einzukaufen“, z. B. durch operative Erfahrungsmöglichkeiten in MVZ u.ä. Lediglich ein Overhead für die regionale Koordination ist vorzusehen. Schließlich sei darauf hingewiesen, dass dieser Vorschlag eine Konkretisierung des Koalitionsvertrags der gegenwärtigen Bundesregierung darstellt (S. 64 „Im Rahmen der Reform der Krankenhausvergütung werden Mittel für Weiterbildung in den Fallpauschalen künftig nur an die Kliniken anteilig ausgezahlt, die weiterbilden“).

Krankenhäuser sind auch weiterhin frei, ärztliche Stellen einzurichten und zu besetzen. Sie haben unter diesem Vorschlag jedoch einen Anreiz, entsprechend dem personellen Bedarf des Gesundheitswesens und mit hoher Qualität weiterzubilden. Ebenso haben ÄiWs die Freiheit, geförderte oder nicht geförderte Stellen in eigenem Ermessen anzunehmen.

Durch die bereits vorhandenen Verbünde bestehen Erfahrungen mit verschiedenen Modellen [11]. Geringere rechtliche und administrative Schwellen bestehen mit einem Koordinationsmodell (Verbund koordiniert, ist aber nicht einrichtungsübergreifender Arbeitgeber). Innerhalb eines Krankenhauses können mit einem Arbeitsvertrag mehrere Fachrotationen abgedeckt werden. Für ambulante Weiterbildungs-Abschnitte sind allerdings in jedem Fall separate Arbeitsverträge erforderlich. Bei der Auswahl von Bewerberinnen für eine Verbundstelle sind die beteiligten Weiterbildungs-Stätten einzubeziehen.

## Motivation

Durch qualitativ verbesserte und attraktive WB in Krankenhäusern und Praxen, eine Straffung der WB-Dauer und fachliche Ansprechpartnerinnen in der Region (Mentoring-, Seminar- sowie Train-The-Trainer-Angebote der Kompetenzzentren) wird die Motivation der ÄiW für eine klinische (patientennahe) Tätigkeit gestärkt und dem Ärztenmangel in bestimmten Regionen und Fachgebieten wirksam entgegengewirkt.

Mit der Etablierung und Weiterentwicklung dieses Systems lassen sich verschiedene Steuerungsziele erreichen. Neben der Allgemeinmedizin entsprechend §75a SGB V lassen sich einzelne Fächer mit drohender Unterversorgung fördern (z. B. Viszeralchirurgie, Geriatrie), die ambulante gegenüber der stationären Versorgung (durch WB-Abschnitte im ambulanten Sektor) stärken oder speziell der Bedarf ländlicher oder marginalisierter Regionen besser befriedigen.

Der Nachteil von Unterversorgung, d. h. dem Mangel an Ärztinnen einer Fachgruppe, ist offensichtlich. Aber auch eine Überversorgung mit und durch Angehörige(n) einer Fachgruppe bringt gravierende Nachteile mit sich. Dazu gehört eine schwierigere kollegiale Abstimmung und Koordination der Versorgung, da es immer wieder zu ineffizienter Konkurrenz kommt, z. B. zwischen Haus- und Fachärztinnen. Ein Gatekeeping durch Hausärztinnen ist nur dann innerhalb der Ärzteschaft umstritten, solange personelle Überkapazitäten und Fehlanreize (Vergütung) bestehen. Außerdem besteht die Gefahr nicht gerechtfertigter und schädlicher Leistungsausweitung, sog. induzierter Nachfrage. Diese beschränkt sich nicht auf zusätzliche technische Leistungen, wie z. B. die bei uns im internationalen Vergleich exorbitant hohen Raten von Koronarangiografien und koronaren Eingriffen [12–14], sondern zeigt sich beispielsweise auch durch nicht-indizierte Wiedereinbestellungen. Diese führen dann, obwohl in Überkapazitäten begründet, paradoxerweise zu Schwierigkeiten, einen Termin für eine fachärztliche Behandlung zu bekommen.

Unser Vorschlag zielt darauf ab, durch eine langfristige Steuerung die Passung von personellen Ressourcen und den anstehenden Versorgungsaufgaben zu verbessern. Damit würde eine - in Europa vielfach übliche - bessere Versorgungssteuerung durch Hausärzte möglich werden, ohne Verteilungskämpfe innerhalb der Ärzteschaft zu provozieren. Spezialisierte gebietsärztliche Praxen

könnten dann eher auf Zuweisungsbasis auskömmlich tätig sein, als wegen Überkapazitäten auf eine fragmentierte Primärversorgung und angebots-induzierte Nachfrage zu setzen. Schließlich besteht für die WB in Deutschland die Aussicht, den im internationalen Vergleich beträchtlichen Qualitäts-Rückstand zu vermindern oder gar aufzuholen.

Die anstehende Novellierung der Krankenhaus-Finanzierung und -Struktur bietet eine historisch wohl einmalige Gelegenheit, die hier skizzierte Reform umzusetzen.

## Danksagung

---

Wir danken Expertinnen verschiedener Organisationen des Gesundheitswesens, die frühere Versionen dieses Vorschlags kritisch gegengelesen und durch Ihre konstruktive Kritik verbessert haben.

## Interessenkonflikt

---

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

---

- [1] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Berlin 2018
- [2] van den Bussche H. Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2019; 62: 1129–1137. DOI: 10.1007/s00103-019-02997-9
- [3] Gruppen LD. Implications of cognitive research for ambulatory care education. Acad Med 1997; 72: 117–120. DOI: 10.1097/00001888-199702000-00012
- [4] Bredo E. Reconstructing educational psychology: Situated cognition and Deweyian pragmatism. Educational Psychologist 1994; 29: 23–35. DOI: 10.1207/s15326985ep2901\_3
- [5] Lam JH, Pickles K, Stanaway FF et al. Why clinicians overtest: development of a thematic framework. BMC Health Serv Res 2020; 20: 1011. DOI: 10.1186/s12913-020-05844-9
- [6] Kale MS, Korenstein D. Overdiagnosis in primary care: framing the problem and finding solutions. BMJ 2018; 362: k2820. DOI: 10.1136/bmj.k2820
- [7] Sanabria A, Kowalski LP, Shah JP et al. Growing incidence of thyroid carcinoma in recent years: Factors underlying overdiagnosis. Head Neck 2018; 40: 855–866. DOI: 10.1002/hed.25029
- [8] Huenges B, Weismann N, Osenberg D et al. Weiterbildung aus Sicht der (Haus-)ärzte von morgen. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2010; 86: 369–378
- [9] Förster C, Haumann H, Schwill S et al. Das Logische Modell als Grundlage für ein strukturiertes Konzept der Evaluation und Qualitätssicherung der Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2021; 165: 77–82. DOI: 10.1016/j.zefq.2021.08.003
- [10] Bundesministerium für Gesundheit. Regierungskommission legt Krankenhauskonzept vor- Lauterbach: Weniger Ökonomie, mehr Medizin. Im Internet: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/regierungskommission-legt-krankenhauskonzept-vor.html>
- [11] Anonym. Facharztweiterbildung in Rheinland-Pfalz in Verbänden möglich. Deutsches Ärzteblatt Online 2022
- [12] Figulla HR, Lauten A, Maier LS et al. Perkutane Koronarintervention bei stabiler koronarer Herzkrankheit – Ist weniger mehr? Deutsches Ärzteblatt 2020; 117: 137–144. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0137
- [13] Wilkins E, Wilson L, Wickramasinghe K, Bhatnagar P, Leal J, Luengo-Fernandez R, Burns R, Rayner M, Townsend N. European Cardiovascular Disease Statistics 2017. Im Internet: <https://ehnhheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf>; Stand: 31.05.2021
- [14] Barbato E, Noc M, Baumbach A et al. Mapping interventional cardiology in Europe: the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) Atlas Project. Eur Heart J 2020; 41: 2579–2588. DOI: 10.1093/eurheartj/ehaa475