Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Doris Henne-Bruns
Leiter der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung: Prof. Dr. Porzsolt

Analyse des Querschnittsbereichs Q3 im Studium der Humanmedizin: Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliches Gesundheitswesen

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der
Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Annelie Bitzhenner (geb. Banaszek)
Geboren in Leipzig
2015

Amtierender Dekan: Prof. Dr. T. Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. F. Porzsolt

2. Berichterstatter: Prof. Dr. M. Weiß

Tag der Promotion: 20.10.2016

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis……...I

Abkürzungsverzeichnis……..III

1 Einleitung.....1

1.1 Gesundheitsökonomie.....1

1.2 Vorgaben ärztlicher Approbationsordnung 5

1.3 Fragestellung.....7

2 Material und Methodik 8

2.1 Material.....8

2.2 Methodik.....9

2.2.1 Befragung der Medizinstudenten.....9

2.2.2 Befragung der lehrverantwortlichen Institute 12

2.3 Statistische Analysen.....14

3 Ergebnisse.....15

3.1 Umfrage der Medizinstudenten.....15

3.1.1 Studentenzahl, Geschlechterverteilung, Alter.....15

3.1.2 Auswertung der studentischen Fragebögen 16

3.2 Umfrage der lehrverantwortlichen Institute 28

3.2.1 Anzahl Universitäten, zuständige Institute.....28

3.2.2 Auswertung der Universitätsfragebögen.....29

3.3 Öffentliche Muster zur Lehre der Gesundheitsökonomie.....37

3.3.1 Auswertung Stoffkatalog DGSMP Brennecke et al. (2006).....37

3.3.2 Auswertung Lernzielkatalog Universität Freiburg 39

4 Diskussion 42

5 Zusammenfassung.....51

6 Literaturverzeichnis 53

Anhang

Danksagung

Lebenslauf

Abkürzungsverzeichnis

ÄApprO:	Approbationsordnung für Ärzte
AMNOG:	Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz
ärztl.:	ärztliche
BGBl:	Bundesgesetzblatt
dggö:	Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie
DGSMP:	Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention
DRG:	Diagnosis Related Groups
EbM:	Evidenzbasierte Medizin
G-BA:	Gemeinsame Bundesausschuss
gr. Fächer:	große Fächer
GKV:	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV:	Gesetzliche Rentenversicherung
GUV:	Gesetzliche Unfallversicherung
Inst.:	Institut
IQWIG:	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
kaufm.:	kaufmännisch
kl. Fachg.:	kleine Fachgebiete
KV:	Kassenärztliche Vereinigung
lt.:	laut
männl.:	männlich
max.:	maximal
öfftl.:	öffentlich
PKV:	Private Krankenversicherung
Prakt.:	Praktikum
Q:	Querschnittsfach
SGB:	Sozialgesetzbuch
SWS:	Semesterwochenstunden
soz. Fach:	soziales Fach
theor. Fächer:	theoretische Fächer
UK:	United Kingdom
USA:	United States of America
weibl.:	weiblich

1 Einleitung

1.1 Gesundheitsökonomie

Pflichtfach im Studium der Humanmedizin an deutschen Hochschulen

Die Lehre der Gesundheitsökonomie fasst Aussagen zusammen, wie die knappen Mittel im Gesundheitssektor wirtschaftlich optimal eingesetzt werden können um eine qualitätsvolle Gesundheitsversorgung zu gewährleisten [2]. Die zunehmende Relevanz von Gesundheitsökonomie ergibt sich aus der Zunahme der Gewichtung wirtschaftlicher Aspekte im Gesundheitswesen. Der steigende Kostendruck führt oft zum Nachteil in der Patientenversorgung [10]. Die Ökonomisierung der Medizinwelt macht es erforderlich, dass sich Ärzte auch auf diesen Feldern im Berufsleben Wissen aneignen und in die Praxis umsetzen. Sie werden in der alltäglichen Arbeit nach den Geboten der ärztlichen Ethik handeln. Es gilt also das Gebot Primum non nocere, das Prinzip der Menschenwürde und Recht auf Selbstbestimmung der Patienten. Gleichzeitig aber muss der Arzt sein Handeln mit dem verantwortlichen Geschäftsführer seines Arbeitgebers und der medizinischen Einrichtung abstimmen, für die Prinzipien der Wirtschaftlichkeit und Gewinnerbringung einen sehr hohen Stellenwert haben [14].

Ziel des Lehrfachs Gesundheitsökonomie ist es, die angehenden praktizierenden Ärzte auf diese Situation bestmöglich vorzubereiten. Sie sollten bereits imstande sein, im klinischen Alltag, neben der rein medizinischen Betrachtungsweise, auch ökonomische Faktoren zu berücksichtigen [33]. Die Etablierung einer Vorgehensweise für den Arbeitsalltag soll der Ethik des Arztberufes unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit der medizinischen Einrichtung entsprechen [8]. So soll gewährleistet werden, dass die eingesetzten finanziellen Mittel dem Zweck der Heilung des Patienten effizient dienen. Unternehmerische Gewinnerbringung und optimale Patientenversorgung sollen sich nicht gegenseitig ausschließen [17].

Eine einheitliche Definition von Gesundheitsökonomie ist schwer zu treffen, da die Inhalte viele verschiedene Themengebiete umfassen [1]. Vorherrschend ist jedoch der klassische Begriff der Gesundheitsökonomie im Rahmen der Volkswirtschaftslehre, mit der reinen, monetären Sichtweise. Die Kostenbegriffe der Gesundheitsökonomie orientieren sich an der Ökonomie, sind damit jedoch nicht zu vergleichen. Das Gesundheitswesen ist zwar ein Bestandteil der Volkswirtschaft und lässt sich somit auch rein monetär beziffern. Andererseits erfüllt das Gesundheitswesen aber auch eine wichtige gesellschaftliche Rolle, die optimale Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.
In der Gesundheitsökonomie besteht die klinische ökonomische Analyse aus drei Teilen [23]:

- den monetären Kosten
- den Konsequenzen/ Nutzen für den Patienten
- den alternativen Handlungsmöglichkeiten

Die stetig wachsende Rolle monetärer Aspekte in der heutigen Medizin beobachten Medizinwissenschaftler in Deutschland schon lange [21]. Eine wichtige Rolle spielt dabei das Kostendämpfungsgesetz im Rahmen der ersten Gesundheitsreform aus dem Jahr 1977 [5, 13]. Die Privatisierung und der zunehmende Wettbewerb im Gesundheitswesen führen zu einem erhöhten Preiskampf zwischen Krankenhäusern. Die fortschreitende demographische Entwicklung bewirkt höhere Ausgaben für Gesundheitsleistungen und stellt eine Herausforderung für die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens dar [22, 39]. Unter Wettbewerbs- und Spardruck fällt es immer schwerer bei klinischen Alltagsentscheidungen das Wohl des Patienten ganz oben zu sehen [17, 19].
Dabei nimmt die Orientierung an marktwirtschaftlichen Vorgaben in vielen Krankenhäusern zu [7, 37]. Das DRG System wird zum Element der Ökonomisierung im klinischen Sektor, in der die Versorgung von kranken Menschen Mittel zum Zweck der Gewinnerzielung wird [21]. Eine Studie zum „Umgang mit Mittelknappheit im Krankenhaus“ des Lehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen von Wasem et al. untersuchte, wie sich der gegenwärtige wirtschaftliche Druck auf das ärztliche Verhalten bezüglich der Patientenversorgung und den damit verbundenen Umgang mit knappen Ressourcen auswirkt. Allgemein lässt sich feststellen, dass

der wirtschaftliche Druck im Krankenhaussektor gegenwärtig vom Großteil der Befragten als sehr stark wahrgenommen wird. Daraus resultieren häufig Entscheidungskonflikte zwischen ärztlichen und wirtschaftlichen Zielsetzungen [32]. 70 Prozent der an der Untersuchung teilnehmenden 1432 Chefärzte waren der Ansicht, dass sich die Mittelknappheit im Krankenhaus negativ auf die Patientenversorgung auswirkt [9]. Das deutsche DRG-System schafft hier monetäre Anreize für eine ökonomisch motivierte Versorgung in deutschen Krankenhäusern. Die Studie hat in den Bereichen Diagnostik, Interventionen oder Operationen eine Überversorgung festgestellt. Als Folge besteht die Gefahr z.B. von überhöhten Eingriffszahlen und somit eine erhöhte Anzahl an abgerechneten Fallpauschalen oder auch zu deren Unterlassung bei Unrentabilität [9].

Wenn Ärzte nicht aktiv an ihrer professionellen Autonomie arbeiten durch richtige, ausreichende und unabhängige Information und sich der ärztlichen Berufsethik besinnen, kann es dazu kommen, dass die Ärzteschaft an wesentlichen gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen gar nicht mehr beteiligt wird. Ein Professionalisierungsschub in diesem Bereich kann der zunehmenden Ökonomisierung und Technokratisierung sowie der Auflösung der ärztlichen Autonomie entgegenwirken [20, 35].

Professor Porzsolt, Vorsitzender des Institute of Clinical Economics e.V., thematisiert die Problematik von Budgets in der Gesundheitsversorgung. Er unterscheidet zwischen Ökonomisierung, d.h. dem Abwägen zwischen Aufwand und Ertrag und der Kommerzialisierung, d.h. dem Streben nach Gewinn im Gesundheitssystem. Dabei dient die Ökonomisierung der Optimierung der Ergebnisse der Patienten, die Kommerzialisierung der Optimierung der Ergebnisse anderer Akteure im Gesundheitssystem [24]. Es ist nachteilig, wenn Entscheidungen immer seltener am Nutzen für den Bürger und für die Solidargemeinschaft, sondern am Nutzen für die Leistungserbringer orientiert werden [15]. Seiner Meinung nach sind beide Perspektiven, die Klinische Ökonomik (Werte aus Sicht der Patienten) und die Gesundheitsökonomie (Budget), zu beachten. An diesen Herausforderungen sollten die Professionen der Medizin und der Wirtschaftswissenschaft zusammen kooperieren. In diesem

Zusammenhang sollte dem Arzt mehr Freiraum verschafft werden, über die zugewiesene Budgets eigenverantwortlich zu entscheiden [15].
Es stellt sich die Frage, ob die Zunahme der ökonomischen Aspekte im klinischen Alltag sich während des Medizinstudiums in den Lehrplänen bemerkbar macht.
Besteht der Bedarf die Lehre des Querschnittsbereiches Q3 an die veränderten Bedingungen anzupassen um Studenten auf optimale Weise vorzubereiten? Da es zurzeit kaum Untersuchungen und deren Auswertungen gibt, die sich explizit mit den Fragestellungen dieser Dissertation befassen, kann man in diesem Fall von einer Studie ausgehen, die explorativ angelegt ist. Die o.g. Leitfrage ersetzt deswegen Hypothesen, die man basierend auf dem bisherigen Forschungsstand nur kritisch formulieren könnte.

Die Thematik der Gesundheitsökonomie wird zurzeit während des Medizinstudiums vom Querschnittsfach Q3 (Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege) abgedeckt. Hierbei ist Gesundheitsökonomie in das kombinierte Ausbildungsfach eingegliedert.
Das Fach ist erstmals in der Neufassung der ärztlichen Approbationsordnung 2002 als Pflichtfach in den klinischen Abschnitt des Medizinstudiums eingeführt worden. In der vorangegangenen Approbationsordnung war das Themengebiet der Gesundheitsökonomie als Teil der Sozialmedizin vertreten und wurde je nach Möglichkeiten der Fakultäten, mehr oder weniger umfangreich gelehrt [3]. Ziel der Änderungen der Approbationsordnung war es, die medizinische Ausbildung für den Studenten praxisorientierter zu gestalten [6].

Dieser aktuelle und empirische Überblick wurde an der Klinik für Allgemein-und Viszeralchirurgie des Universitätsklinikums Ulm durchgeführt. Zur Berücksichtigung der Perspektive der Wirtschaftswissenschaften konnten wir Professor Wasem vom Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen gewinnen. Die Arbeit über die Lehre an deutschen Universitäten im Fach Gesundheitsökonomie soll ein Beitrag in der Diskussion der zunehmenden wirtschaftlichen Ziele im heutigen Medizinwesen sein.

1.2 Vorgaben ärztlicher Approbationsordnung

Ärztliche Approbationsordnung zum Querschnittsfach Q3 als Grundlage für die Lehre an deutschen Hochschulen

Die ärztliche Ausbildung und der Zugang zum ärztlichen Beruf ist in der Bundesärzteordnung und der erlassenen Approbationsordnung für Ärzte vom 27.6.2002 (BGBl. I S. 2405), zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 2. August 2013, bundeseinheitlich geregelt. Das Querschnittsfach Q3 ist erst durch die Neufassung der ÄApprO im Jahr 2002 geschaffen worden [4].

Die Ziele der ärztlichen Ausbildung stehen im ersten Abschnitt der ärztlichen Approbationsordnung, in Paragraph 1. Demnach ist Ziel der ärztlichen Ausbildung der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist.

In den Zielen ist es verankert, dass die Ausbildung zum Arzt „…die Fähigkeit zur Beachtung der gesundheitsökonomischen Auswirkungen ärztlichen Handelns auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes vermitteln“ soll [4].

Im zweiten Unterabschnitt der ärztlichen Approbationsordnung wird im Paragraph 27 die Zulassung zum zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung geregelt. Im Querschnittsfach Q3 muss ein Leistungsnachweis zwischen der ersten ärztlichen Prüfung und dem Beginn des Praktischen Jahres erbracht werden.
In der Approbationsordnung wird vorgeschrieben, dass die Universitäten in ihren Studienordnungen „…das Nähere zu den Anforderungen und zum Verfahren bei der Erbringung der Leistungsnachweise“ [4] der Querschnittsbereiche selbst festlegen. Die Vermittlung soll themenbezogen, am Gegenstand ausgerichtet und fächerverbindend erfolgen. Die Gesamtstundenzahl für die Fächer der Querschnittsbereiche soll mindestens 868 Stunden betragen. Zu den Querschnittsbereichen gehören noch 13 andere Themengebiete (siehe Tabelle Nr. 1), die bei der vorgegebenen Stundenzahl mit einfließen.

Tabelle 1: Auflistung aller Querschnittsbereiche im Studium der Humanmedizin [4]

Querschnittsbereiche im Studium der Humanmedizin
1. Epidemiologie, medizinische Biometrie und medizinische Informatik
2. Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin
3. Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliches Gesundheitswesen
4. Infektiologie, Immunologie
5. Klinisch-pathologische Konferenz
6. Klinische Umweltmedizin
7. Medizin des Alterns und des alten Menschen
8. Notfallmedizin
9. Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie
10. Prävention, Gesundheitsförderung
11. Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz
12. Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren
13. Palliativmedizin
14. Schmerzmedizin

Im Paragraph 28 wird der Inhalt des zweiten Abschnitts der Prüfung geregelt.
Dem Prüfling werden praktische Aufgaben aus den klinisch-praktischen Fächern gestellt. Dabei sollen neben klinisch-theoretischen und fächerübergreifenden Fragestellungen auch Fragestellungen aus Querschnittsbereichen einbezogen werden. So soll der Prüfling zum Beispiel die Indikation zu konservativer und operativer Therapie sowie die wichtigsten therapeutischen Prinzipien beherrschen. Hier soll eine sinnvolle Entscheidung getroffen werden unter Berücksichtigung aktueller gesundheitsökonomischer Entwicklungen. Allgemein gilt, dass ein Student nach seinem Studium neben den medizinischen Aspekten auch befähigt sein soll, Sachverhalte im Gesundheitssektor unter ökonomischen Aspekten zu sehen und richtig zu bewerten [1].

Aus diesen Vorgaben zeigt sich, dass Gesundheitsökonomie als ein kleiner Teilbereich in den Querschnittsfächern eingegliedert ist. Die Universitäten sind verpflichtet das Fach zu lehren, wobei die Gestaltung der Themen und der Lehrform jedem Institut selbst überlassen bleibt. Die theoretischen Inhalte und der zeitliche Umfang sind nicht einheitlich definiert und können frei ausgestaltet werden. Das Fach ist an kein spezielles Institut gebunden. Daraus ergeben sich große Unterschiede zwischen den lehrenden Instituten an den medizinischen Hochschulen in Deutschland.

1.3 Fragestellung

Die Werkzeuge der deskriptiven Statistik, die in dieser Dissertation angewendet werden, sollen bei der Analyse der Befragungsergebnisse verlässlich dazu beitragen, den aktuellen Stand des Querschnittsbereichs Q3 im Studium der Humanmedizin aus der Sicht der Medizinstudenten und aus der Sicht der Lehrkräfte zu definieren.

Folgende Fragen sind dabei zu beantworten:

1. Die Sicht der Studenten:
   - Wie beurteilen die Studenten das Querschnittsfach Q3?
   - Bietet das Fach Q3 in seiner aktuellen Form den befragten Studenten eine gute Lehrbasis?
   - Kann das Wissen der Gesundheitsökonomie von den Studenten in der Praxis angewendet werden?

2. Die Sicht der Institute:
   - Wie ist der aktuelle Stand der Lehre des Faches an den medizinischen Fakultäten in Deutschland?
   - Inwieweit unterscheiden sich die Lehrinhalte des Querschnittsfaches Q3 an medizinischen Fakultäten in Deutschland?

3. Das Fach Gesundheitsökonomie:
   - Besteht die Notwendigkeit das Fach Gesundheitsökonomie für die medizinische Ausbildung zu reformieren oder soll es in seiner aktuellen Form beibehalten werden?

Die so gestellten Fragestellungen dieser Dissertation sollen valide Ergebnisse der Untersuchung ermöglichen.

2 Material und Methodik

2.1 Material

Die Dissertation bezieht sich auf schriftliche Befragungen von zwei Befragungsgruppen:

- Medizinstudenten der Ulmer Universität
- Lehrverantwortliche des Faches Gesundheitsökonomie an sämtlichen deutschen Universitäten mit medizinischer Fakultät

Die ausgewählten Befragten sollten Fragebögen ausfüllen, welche spezifisch auf die Zielgruppen ausgerichtet wurden.
Das so entstandene Material und die Ergebnisse der Befragungen sind die Basis der Erhebungen in dieser Dissertation.
Die Gestaltung der Fragebögen wurde in Zusammenarbeit mit der Universität Duisburg-Essen am Lehrstuhl für Medizinmanagement und der Universität Ulm in der Arbeitsgemeinschaft Versorgungsforschung- Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie erstellt.
Durch die Zusammenarbeit der beiden Fakultäten wird eine Plattform geschaffen, die viele Möglichkeiten eröffnet, um Verbindungen zwischen der Humanmedizin und der Wirtschaft zu untersuchen. Der Lehrstuhl für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen befasst sich unter anderem mit Fragen des Managements, der Steuerung und der Finanzierung des Gesundheitssystems.

2.2 Methodik

2.2.1 Befragung der Medizinstudenten

Zur empirischen Informationsgewinnung wurde als Erhebungsinstrument die Befragung mittels eines Fragebogens genutzt [16]. Der Fragebogen an die Medizinstudenten enthält 19 Fragen und eine zusätzliche Tabelle mit Angaben zu persönlichen Daten. Die Zielgruppe der Befragung waren Medizinstudenten der Ulmer Universität. Zur Beantwortung der Fragen sollte nur jeweils eine Antwortmöglichkeit angekreuzt werden. Die erhobenen Messwerte sind subjektive Einschätzungen und können nicht mit einem objektiven Wert verglichen werden. Es wurden neben den Ja/ Nein Fragen auch vier Skalen verwendet, welche die Relevanz, die Häufigkeiten oder die Zustimmung wiedergeben. Da zu einem Themenbereich mehrere Fragen gestellt wurden, ergeben sich für die Auswertung multiple Indikatoren, die eine bessere Aussage zur Tendenz ermöglichen. Die Ergebnisse der Befragung wurden in Prozentzahlen der Gesamtheit gegeben um eine bessere Vergleichbarkeit zu ermöglichen [34].
Die Fragen wurden in einer Form konzipiert, in der die Meinungen und der Grad der Akzeptanz unter den Studenten zu dem Fach Gesundheitsökonomie ermittelt werden sollte. Der komplette Fragebogen befindet sich im Anhang. Die Tabelle Nr. 2 liefert eine Übersicht der Themengebiete der studentischen Fragebögen.

Tabelle 2: Überblick der Themengebiete
- Fragebogen Studenten (s. Anhang Nr. 2)

Themengebiete	**Teilaspekte**	**Fragenanzahl**
Organisatorische Aspekte	Anzahl gelehrter Stunden, welches Fachsemester, Form der Lehrveranstaltung, Teilnahme an Vorlesungen	4 Fragen
Persönliche Einschätzungen zum Fach Gesundheitsök	Relevanz, Stellenwert	3 Fragen
Persönliche Erfahrungen mit Gesundheitsökonomie	Bezug zur Praxis, Anwendbarkeit der Inhalte	7 Fragen
Bewertung einzelner Unterrichtseinheiten	Vier Themenschwerpunkte	5 Fragen
Persönliche Daten	Alter, Geschlecht, Universität, Fachsemester, bevorzugte Fachrichtung	5 Fragen

Die Fragen Nr. 1 bis Nr. 3 (siehe Anhang Nr. 3: Fragebogen Studenten) zielen auf organisatorische Bereiche ab. Die Studenten werden in Frage Nr. 1 befragt, ob sie die Semesterwochenstundenzahl an ihrer Universität zu diesem Fach für angemessen halten. Außerdem wird in Frage Nr. 2 und Nr. 3 gefragt, in welchem Semester und in welcher Form (z.B. Vorlesung, Seminar) es gelehrt werden sollte.
Die Frage Nr. 4 soll zeigen, wie relevant die Studenten dieses Fach für ihre medizinische Ausbildung einschätzen.
In Frage Nr. 5 sollen die Studenten den Stellenwert des Faches Gesundheitsökonomie im Vergleich mit anderen Fächern angeben.

Die Fragen Nr. 6 bis Nr. 12 stellen einen wichtigen Themenkomplex der Befragung dar. Er bezieht sich auf Erfahrungen im klinischen Alltag in Bezug auf Gesundheitsökonomie. Diese sieben Fragen versuchen zu ermitteln, zu welchen Grad die theoretische Lehre des Fachs in der Praxis anwendbar sei. Die Frage Nr. 6 soll ermitteln, ob durch die Lehrinhalte ein Nachteil in der Behandlung von Patienten für möglich erachtet wird und wenn ja, können vier vorgegebene Antwortmöglichkeiten gewählt werden, welche Nachteile erwartet werden.
Frage Nr. 7 gibt Auskunft darüber, ob die Studenten durch das Fach Gesundheitsökonomie einen Vorteil in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit Ihres ärztlichen Handelns erwarten.
Zwei weitere Fragen (Frage Nr. 8, Frage Nr. 9) zeigen, ob ein Student mit dem Wissen der Gesundheitsökonomie Behandlungsstrategien oder klinische Situationen besser nachvollziehen und beurteilen könne. Die Erfahrung im klinischen Alltag soll durch Frage Nr. 10 vertieft werden. Hier wird gefragt, ob den Studenten die Kenntnisse der Gesundheitsökonomie mehr Sicherheit bezüglich des Handelns im späteren Alltag und der Betreuung der Patienten geben können.
Frage Nr. 11 legt das Hauptaugenmerk auf den späteren ärztlichen Arbeitsalltag und fragt, inwieweit die Studenten das Fach für ihre zukünftige Arbeit als Arzt und Ärztin für relevant erachten.
Die Antworten auf Frage Nr. 12 sollen zeigen, ob die Studenten aus dem Fach Gesundheitsökonomie konkrete Handlung- und Behandlungsstrategien für Ihren künftigen Arbeitsalltag ableiten können. Alle diese Fragen geben Auskunft darüber, ob eine Verbindung zwischen den theoretischen Lehrinhalten und dem praktischen Arbeitsalltag besteht.

Ebenso wird in Frage Nr. 13 nach besonderen Aspekten der Gesundheitsökonomie gefragt, die von keinen anderen Fächern vermittelt werden. Der Anteil an besuchten Vorlesungen des Fachs Gesundheitsökonomie (Frage Nr. 14) gibt Auskunft über das Interesse an diesem Fach. Die Teilnahme an den an gebotenen Vorlesungen ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Durchführung der Ausbildung. Die Auswertung der Ergebnisse der Frage gibt deswegen zusätzliche Argumente bei der Bewertung der Qualität der Lehre. Durch die Antworten kann auch untersucht werden, auf welcher fachlichen Basis die Fragen beantwortet wurden.

Im letzten Fragenblock (Frage Nr. 15 - 19) bewerten die Studenten einzelne Unterrichtseinheiten des Lehrangebots Gesundheitsökonomie. Die Befragung dreht sich um vier Themengebiete, die die Studenten in vier Relevanzstufen einschätzen sollen. So kann gezeigt werden, wo das Interesse der Studenten liegt und was sie für ihre medizinische Ausbildung als relevant einschätzen.
Der erste Themenkomplex beschäftigt sich mit der Bewertung von Gesundheitsleistungen –Gesundheitsökonomie aus medizinischer Sicht. In Frage Nr. 15 wird nach der Relevanz dieses Themengebiets für die medizinische Ausbildung gefragt. In Frage Nr. 16 soll geschätzt werden, wie wichtig die Beschäftigung mit methodischen Grundlagen ist, um klinisch sinnvolle Entscheidungen treffen zu können.
Der zweite Themenkomplex dreht sich um die wirtschaftswissenschaftlichen Grundlagen der Gesundheitsökonomie. Die Frage Nr. 17 gibt Antwort darüber, wie relevant die Studenten die Inhalte dieses Themas für Ihre medizinische Ausbildung einschätzen.
In Frage Nr. 18 wird nach der Relevanz des Themengebietes der Krankenversicherungssystemen für die medizinische Ausbildung gefragt.
Die letzte Frage Nr. 19 befasst sich mit dem Thema Krankenhausmanagement. Hier sollen die befragten Studenten angeben, wie relevant sie das Themengebiet für ihre medizinische Ausbildung einschätzen.
In einer Tabelle zu persönlichen Daten der befragten Studenten wird nach Universität, Fachsemester, bevorzugter Fachrichtung, Alter und Geschlecht gefragt. Dies soll zeigen, ob diese Faktoren auf die Beantwortung der Fragen Einfluss haben.

Die Erhebung der Daten an den Ulmer Medizinstudenten wurden mit Unterstützung von Frau Vanessa Römer vor Ort durchgeführt.

2.2.2 Befragung der lehrverantwortlichen Institute

Der Fragebogen an die lehrverantwortlichen Institute des Querschnittfaches Q3 Gesundheitsökonomie enthält 9 Fragen. Es gibt drei offene Fragen bei deren Antworten ein Text frei formuliert werden muss. Zur Beantwortung von sechs weiteren Fragen soll nur eine Antwortmöglichkeit angekreuzt werden. Die Fragen sollen zeigen, wie die jeweilige Universität die Vorgaben der ärztlichen Approbationsordnung zum Querschnittsfach Q3 in die Lehre umsetzt.

Tabelle 3: Überblick der Themengebiete
- Fragebogen Universitäten (s. Anhang Nr. 3)

Themengebiete	**Teilaspekte**	**Fragenanzahl**
Organisatorische Aspekte	Semesterwochenstunden, Fachsemester, Leistungskontrolle	3 Fragen
Inhalt Fach Gesundheitsökonomie	Lerninhalte/ Themenschwerpunkte, Lehrbuch, Orientierung	3 Fragen
Persönliche Einschätzung zum Fach Gesundheitsökonomie	Vereinheitlichung, Stellenwert	3 Fragen

Der Fragebogen wurde nach Ermittlung der Kontaktadressen an den zuständigen Lehrverantwortlichen versandt. Es gibt 37 medizinische Fakultäten in Deutschland. Davon haben 26 Institute an der Befragung teilgenommen und den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt.

Die ersten Fragen beziehen sich auf organisatorische Aspekte der Lehre.
In Frage Nr. 1 (siehe Anhang Nr. 4: Fragebogen Universitäten) wird nach den Semesterwochenstunden für das Fach Gesundheitsökonomie gefragt.
Die Fragen Nr. 2 und Nr. 3 untersuchen, in welchem Fachsemester das Fach angeboten wird und welche Art der Leistungskontrolle existiert.
In einer offenen Frage (Frage Nr. 4) wird nach den vermittelten Lehrinhalten und Themenschwerpunkten gefragt. Die Universitäten sind bei der Wahl der Themen

im Querschnittsfach Q3 Gesundheitsökonomie an keine Vorgaben gebunden. Interessant ist hier der Grad der Streuung der gelehrten Inhalte.

Frage Nr. 5 gibt Auskunft darüber, ob die Lehrinhalte im Lehrfach Gesundheitsökonomie an öffentlich zugänglichen Mustern orientiert sind oder selbst ein Lernzielplan erstellt wurde. Hier wird deutlich, welche öffentlich zugänglichen Muster von den lehrenden Instituten bevorzugt werden.

In einer offenen Fragestellung (Frage Nr. 6) wird nach zusätzlicher Literatur zur Ergänzung oder Nachbereitung des Unterrichts gefragt. Auch hier soll gezeigt werden, ob bestimmte Literatur oder bestimmte Autoren öfter Verwendung finden.

Mit der nächsten Frage Nr. 7 kann jedes Institut seine Meinung zum Thema der Vereinheitlichung der Lerninhalte äußern. Untersucht wird, ob eine bundesweite Vereinheitlichung bevorzugt wird oder die individuellen Entwicklungsmöglichkeiten der Lehrziele beibehalten werden. Hier kann ein potentieller Bedarf an einer bundesweiten Vereinheitlichung und der Grad der Befürwortung abgelesen werden.

Mit Frage Nr. 8 soll der Stellenwert des Faches Gesundheitsökonomie ermittelt werden. Der Stellenwert wird mit größeren Fächern (Innere, Chirurgie), kleineren Fachgebieten (HNO, Augenheilkunde), theoretischen Fächern (Epidemiologie) oder den sozialen Fächern (Sozialmedizin, Ethik) verglichen. Die gleiche Frage wurde auch den Studenten gestellt und kann gut miteinander verglichen werden.

In der letzten Frage Nr. 9 geht es um Inhalte, die nur vom Fach Gesundheitsökonomie abgedeckt sind und in keinem anderen Fach vermittelt werden. In der offenen Frage sollen diese Inhalte genannt werden.

2.3 Statistische Analysen

Für die vorliegende Dissertation wurde die deskriptive Statistik verwendet, mit dem Ziel, die erhobenen Daten zu strukturieren und zu beschreiben. Mit der Anwendung dieser Methode wertet die Dissertation die Ergebnisse der Befragungen wissenschaftlich aus [16]. Es wurden keine statistischen Berechnungen gemacht, da die Basis der Daten einer zu kleinen Stichprobe entspricht und keine allgemein gültigen Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit ermöglicht.

Die Messwerte wurden in einem Tabellenkalkulationsprogramm (Programm Microsoft Excel 2007) angeordnet und aufbereitet. Die Dateneingabe erfolgte in Form einer Tabelle (Datenmatrix). Dabei wurden die Antworten codiert, um sie effizient zählen zu können. Die Struktur der Tabellen sammelt in den Zeilen die gestellten Fragen und deren Antwortmöglichkeiten. Die Daten der Untersuchungseinheiten der Studenten und Universitäten werden getrennt in Spalten geführt. Alle personenbezogenen Daten sind immer in anonymisierter Form dokumentiert.

Die Ergebnisse werden tabellarisch und graphisch dargestellt.

3 Ergebnisse

3.1 Umfrage der Medizinstudenten

3.1.1 Studentenzahl, Geschlechterverteilung, Alter

Im Rahmen dieser Dissertation wurden Studenten (n=74) der Ulmer Universität zur Lehre im Querschnittsbereich Q3 befragt. Das Verhältnis der Anzahl der weiblichen Personen zur Anzahl der männlichen Personen der Befragten war 61 Prozent zu 31 Prozent, 8 Prozent haben keine Angaben zum Geschlecht gemacht. Im gesamten klinischen Abschnitt des Medizinstudiums im Sommersemester 2012 betrug die Geschlechterverteilung ca. 40 Prozent männliche und ca. 60 Prozent weibliche Studenten. Dieses Verhältnis entspricht auch etwa der Verteilung dieser Dissertation. Die Befragten waren im Alter zwischen 23 und 32 Jahren, das Durchschnittsalter beträgt 25,6 Jahre.

Tabelle 4: Überblick Teilnehmerzahl und Geschlecht – Fragebogen Studenten (n=74)

Geschlecht	Anzahl	Anteil in [%]
Frauen	45	61
Männer	23	31
Keine Angaben	6	8

Die Mehrheit der Studenten befand sich im zehnten Fachsemester, acht Prozent gaben kein Semester an. Im Zeitraum der Befragung (Sommersemester 2012) befanden sich insgesamt 298 Medizinstudenten im zehnten Semester des klinischen Abschnitts an der Universität Ulm [38]. Daraus ergibt sich eine Teilnahmequote von ca. 25 Prozent. Im zehnten Semester wird das Querschnittsfach Gesundheitsökonomie an der Universität Ulm unterrichtet. In der Frage nach der später bevorzugten Fachrichtung zeigte sich eine breite Streuung von dreizehn Fachgebieten. Zu den vier Hauptgebieten zählte die Innere Medizin mit einundzwanzig Prozent, die Anästhesie mit vierzehn Prozent, die Gynäkologie mit neun Prozent und die Pädiatrie mit acht Prozent. Siebzehn Prozent der Befragten gaben keine Angaben zur bevorzugten Fachrichtung an.

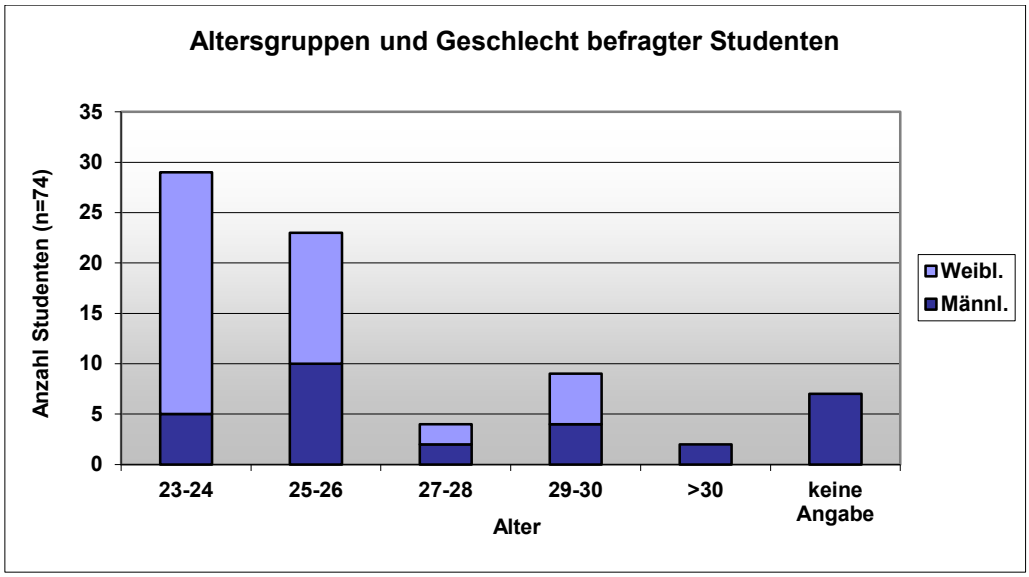


Abbildung 1: Teilnehmer nach Altersgruppen und Geschlecht unterteilt Fragebogen Studenten (s. Anhang Nr. 2)

3.1.2 Auswertung der studentischen Fragebögen

An der Befragung haben 74 Studenten teilgenommen. Der Fragebogen umfasst 19 Fragen zur Lehre im Querschnittsfach Q3 Gesundheitsökonomie.

Die erste Frage beschäftigt sich mit der Anzahl der gelehrten Stunden für das Lehrfach Gesundheitsökonomie und ob die Anzahl für angemessen erachtet wird. 74,3 Prozent der Studenten finden die Anzahl der Stunden an ihrer Universität für angemessen. Fast ein Fünftel der Befragten (18,9%) sind der Meinung, dass die Anzahl der Semesterwochenstunden reduziert werden sollte und ein kleiner Teil von 6,8 Prozent ist für eine höhere Stundenzahl.

Die Frage Nr. 2 beschäftigt sich damit, in welchem Fachsemester Gesundheitsökonomie am sinnvollsten zu unterrichten wäre. 56,8 Prozent stimmen für das zehnte Semester. Die zweitgrößte Gruppe von 17,6 Prozent hält das fünfte Semester für angemessen. Eine kleine Streuung verteilt sich auf die Semester sechs bis neun: 6,8 Prozent sind für das Semester sechs, 8,1 Prozent für das Semester sieben, 8,1 Prozent für das Semester acht und 2,7 Prozent für das Semester neun.

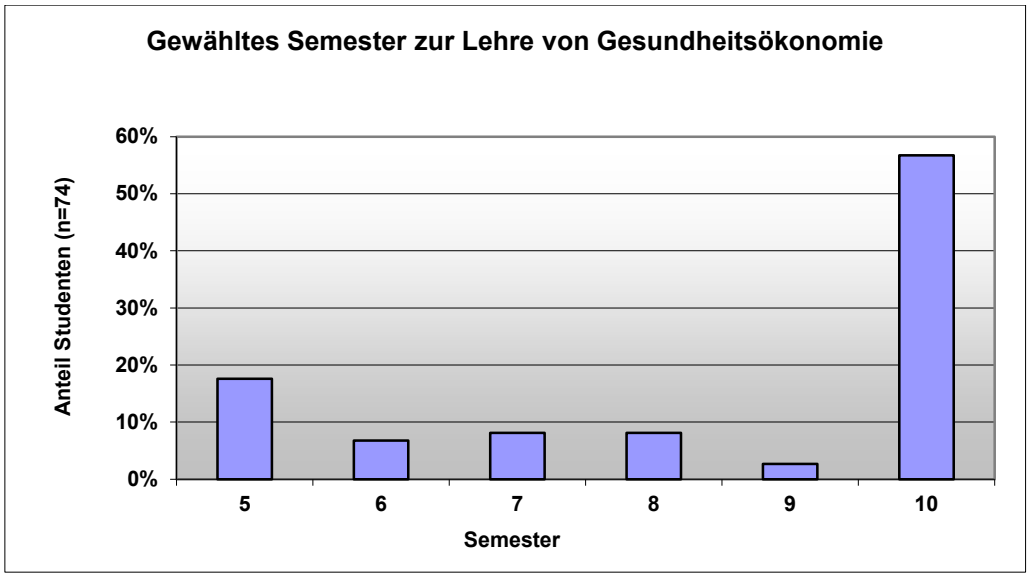


Abbildung 2: Auswertung Frage 2: In welchem Fachsemester des Studiums wäre es Ihrer Meinung nach am sinnvollsten das Fach Gesundheitsökonomie zu unterrichten? Fragebogen Studenten (s. Anhang Nr. 2)

Die Mehrheit von 54,1 Prozent ist der Meinung, dass das Fach Gesundheitsökonomie als Vorlesung angeboten werden sollte, um die Inhalte geeignet vermitteln zu können (Frage Nr. 3). Das Seminar wurde von 27 Prozent bevorzugt, eine Kombination von Vorlesung und Seminar wurde von 14,9 Prozent gewählt. Das Praktikum als alleinige Lehrform wurde von keinem Teilnehmer angekreuzt. Lediglich die Kombination von Praktikum mit Seminar oder Vorlesung wurde von einem geringen Teil (3,1%) durch Mehrfachantworten angegeben.

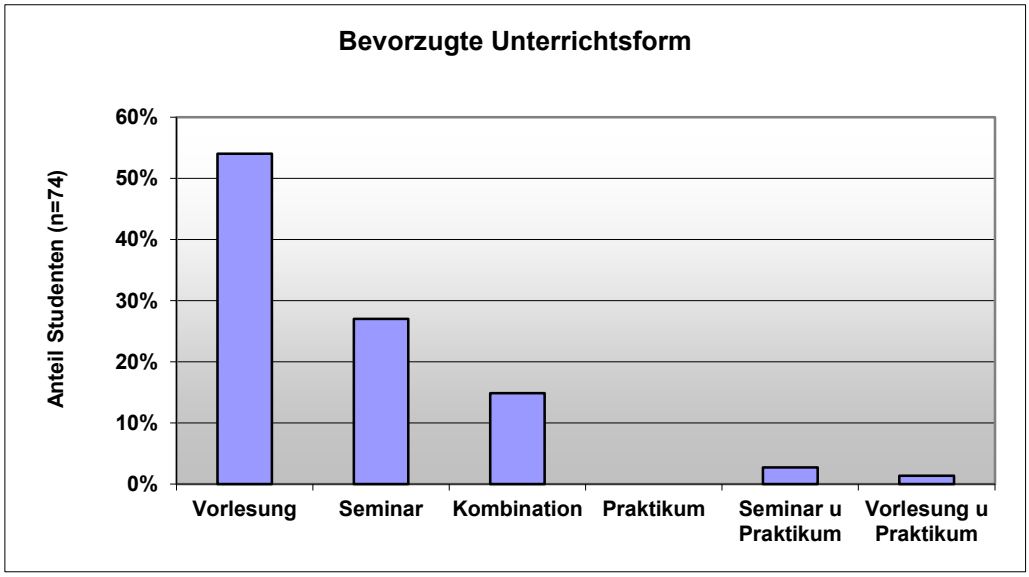


Abbildung 3: Auswertung Frage 3: In welcher Form einer Lehrveranstaltung sollte das Fach Gesundheitsökonomie unterrichtet werden, um die Inhalte geeignet vermitteln zu können? Fragebogen Studenten (s. Anhang Nr. 2)

In der Frage (Frage Nr. 4) nach der medizinischen Relevanz des Faches Gesundheitsökonomie ist die Meinung der Befragten zu nahezu gleichen Anteilen gespalten. 45,9 Prozent der Befragten schätzt das Fach Gesundheitsökonomie für ihre medizinische Ausbildung als weniger relevant ein. 40,5 Prozent schätzen das Fach als relevant ein. Jeweils 6,8 Prozent geben sehr relevant und nicht relevant an.

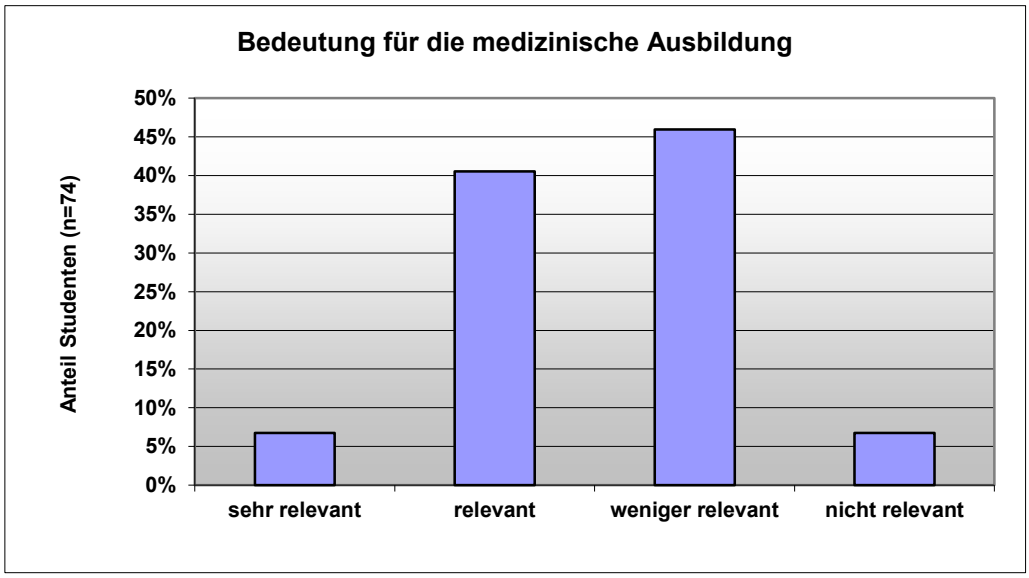


Abbildung 4: Auswertung Frage 4: Wie relevant schätzen Sie das Fach Gesundheitsökonomie für Ihre medizinische Ausbildung ein?
Fragebogen Studenten (s. Anhang Nr. 2)

Der Stellenwert des Faches Gesundheitsökonomie im Vergleich mit anderen Fächern (Frage Nr. 5) wird von 73 Prozent der Befragten mit theoretischen Fächern wie Epidemiologie oder Biometrie verglichen. 23 Prozent ordnen das Fach zu sozialen Fächern wie Sozialmedizin oder Ethik ein. 4,1 Prozent vergleichen den Stellenwert mit den kleineren Fachgebieten wie Hals-Nasen-Ohren- oder Augenheilkunde. Es gab keine Antwort für den Vergleich mit größeren Fächern wie Chirurgie oder Innere Medizin.

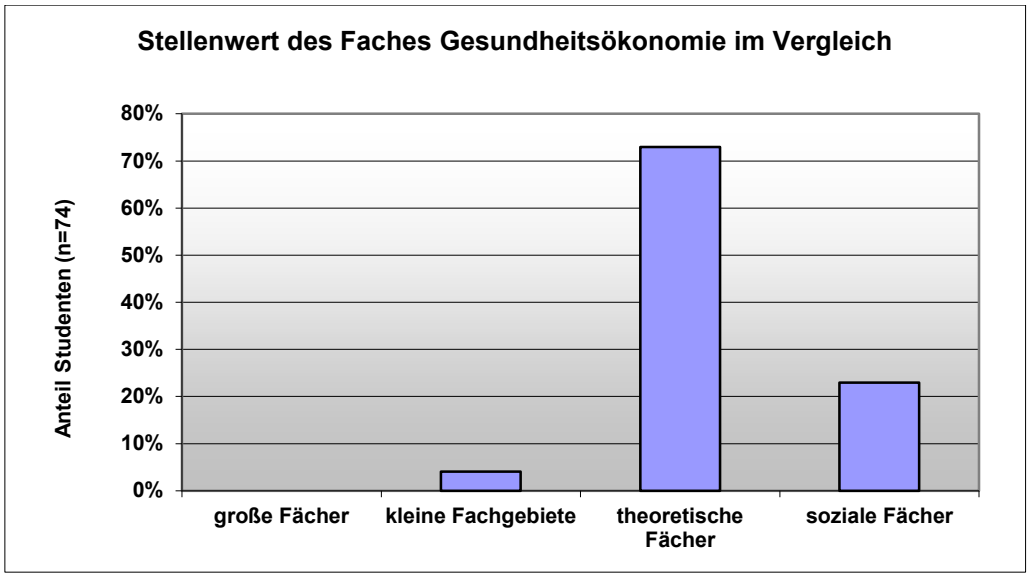


Abbildung 5: Auswertung Frage 5: Wie schätzen Sie den Stellenwert des Faches Gesundheitsökonomie im Vergleich mit anderen Fächern für Ihre Ausbildung ein? Fragebogen Studenten (s. Anhang Nr. 2)

Die Frage Nr. 6 ist eine Kombinationsfrage, die erfragt, ob Nachteile in der Behandlung eines Patienten zu erwarten sind, wenn Gesundheitsökonomie nicht gelehrt werden würde. Außerdem wird nach der Art der Nachteile gefragt. 83,8 Prozent sehen keinen Nachteil für den Patienten. Von denen, die die Frage mit „ja“ beantwortet haben, geben 41,7 Prozent an, dass für den Patienten eine schlechtere Lebensqualität nach der Behandlung zu erwarten wäre, eine längere Krankenhausverweildauer ohne Verschlechterung der Prognose für den Patienten (25%), funktionelle Einschränkungen nach der Behandlung (16,7%) oder potentiell lebensbedrohliche Nachteile (8,3%). Keine Angaben machten 8,3 Prozent.

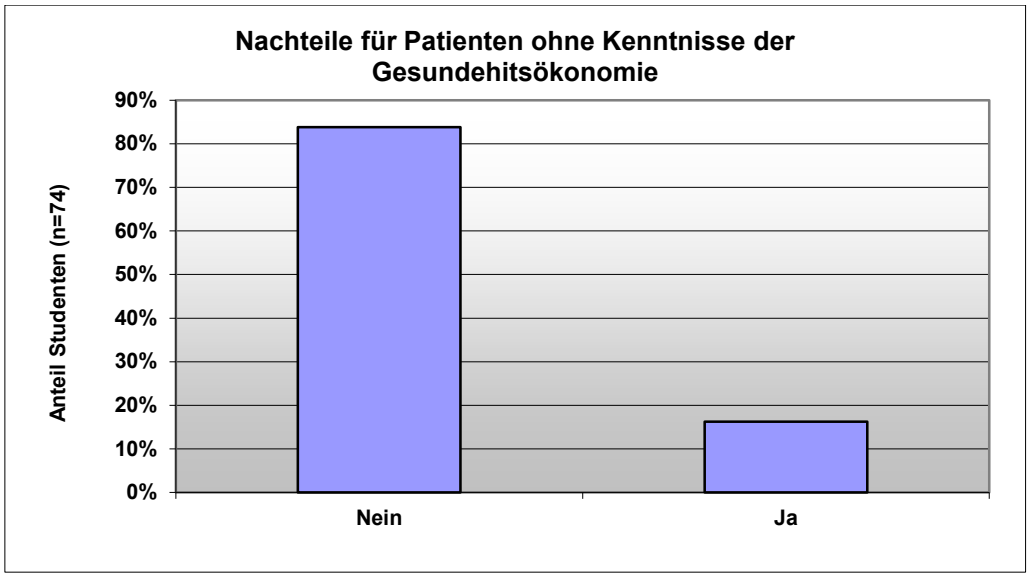


Abbildung 6: Auswertung Frage 6: Erwarten Sie Nachteile in der Behandlung eines Patienten, wenn Sie als Studentin/ Student das Fach Gesundheitsökonomie an der Universität nicht gelehrt bekommen? Fragebogen Studenten (s. Anhang Nr. 2)

Ein klarer Vorteil in Bezug auf Wirtschaftlichkeit im ärztlichen Handeln (Frage Nr. 7) nach der Lehre von Gesundheitsökonomie wird nur von einem kleinen Teil der Befragten gesehen (16,2%). Der überwiegende Teil ist unentschlossen und beantwortet die Frage mit „möglicherweise“ (58,1%). Ein Viertel (24,3%) der Studenten sieht eher keinen Vorteil und nur ein Student sieht gar keinen Vorteil für das wirtschaftliche Handeln.

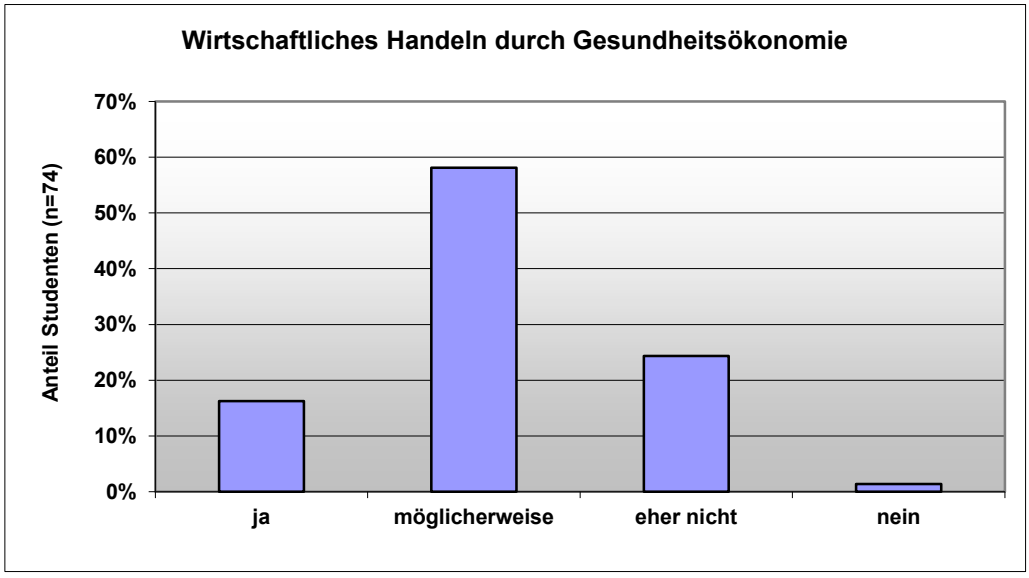


Abbildung 7: Auswertung Frage 7: Erwarten Sie Vorteile in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit Ihres ärztlichen Handelns, wenn Sie als Studentin/ Student das Fach Gesundheitsökonomie gelehrt werden? Fragebogen Studenten (s. Anhang Nr. 2)

Auch praktizierte Vorgehensweisen in erlebten Situationen (Frage Nr. 8) können von der Mehrheit durch das Wissen der Gesundheitsökonomie nicht anders eingeschätzt werden. 47,3 Prozent der Studenten gibt an noch nie Situationen erlebt zu haben, in denen sie die Behandlung und das Vorgehen erst im Nachhinein durch die Lehre von Gesundheitsökonomie nachvollziehen konnten. 44,6 Prozent haben es manchmal erlebt, 6,8 Prozent haben es oft erlebt und 1,4 Prozent sehr oft.

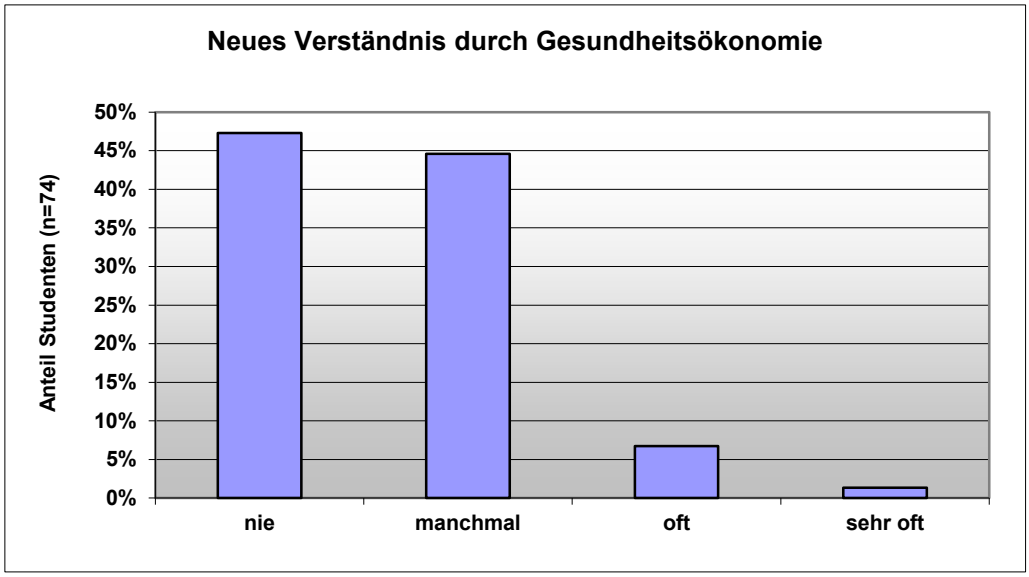


Abbildung 8: Auswertung Frage 8: Haben Sie im Rahmen von Famulaturen und dem Blocksemester schon Situationen erlebt, in denen Sie die Vorgehensweise/ Behandlungsstrategien erst im Nachhinein mit Ihrem jetzigen Wissen aus der Gesundheitsökonomie nachvollziehen konnten?
Fragebogen Studenten (s. Anhang Nr. 2)

Die Antworten auf Frage Nr. 9, ob das erworbene Wissen der Gesundheitsökonomie den Studenten eine zusätzliche Perspektive in klinischen Situationen bietet, zeigen keine eindeutige Tendenz. Eine knappe Mehrheit bildet die Gruppe, die von dem Wissen eher nicht (43%) oder gar nicht (10%) profitieren. Nahezu gleich ist die Gruppe denen das Wissen in klinischen Situationen hilft. „Eher ja“ haben 41,9 Prozent angegeben und „Ja“ wurde von 5,4 Prozent angekreuzt.

Eine eindeutige Tendenz zeigt sich in der Frage Nr. 10, ob die Kenntnisse der Gesundheitsökonomie den Studenten mehr Sicherheit für ihr Handeln im späteren ärztlichen Alltag geben. Eine klare Mehrheit von 59,5 Prozent antwortet mit „Eher nein“ und 13,5 Prozent geben „Nein“ an. 73 Prozent der Studenten sehen keinen

Vorteil für den späteren klinischen Alltag und der Behandlung der Patienten durch die Lehre von Gesundheitsökonomie. Lediglich 25,7 Prozent haben mit „Eher ja“ geantwortet und 1,4 Prozent mit „Ja“.

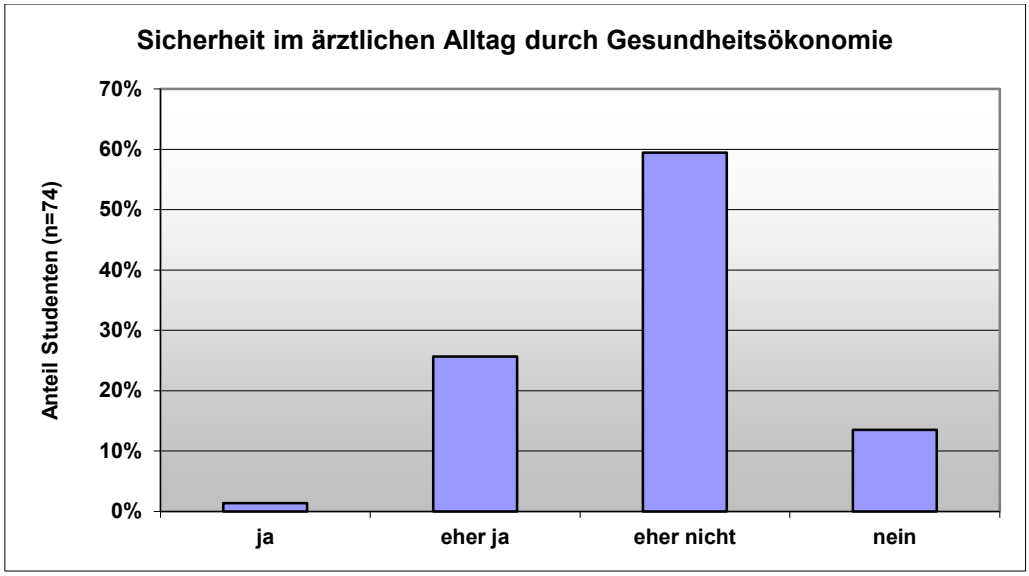


Abbildung 9: Auswertung Frage 10: Geben Ihnen als Student die Kenntnisse in den Grundlagen der Gesundheitsökonomie mehr Sicherheit in Bezug auf das Handeln im späteren ärztlichen Alltag und in der Betreuung der Patienten?
Fragebogen Studenten (s. Anhang Nr. 2)

Etwa die Hälfte der Befragten (Frage Nr. 11) ist der Meinung, dass relevante Aspekte von Gesundheitsökonomie für ihren zukünftigen Beruf vermittelt werden (55,4%). Dem stehen 44,6 Prozent entgegen, die nicht dieser Meinung sind.

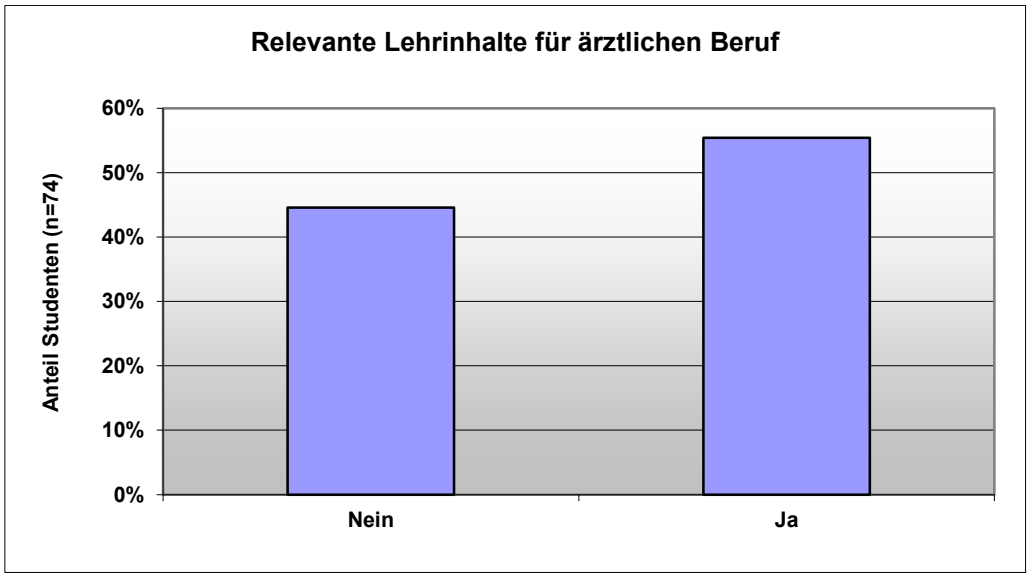


Abbildung 10: Auswertung Frage 11: Werden in diesem Lehrangebot die Ihrer Meinung nach für Sie als zukünftige/n Ärztin/ Arzt relevanten Aspekte der Gesundheitsökonomie vermittelt?
Fragebogen Studenten (s. Anhang Nr. 2)

Allerdings glauben 73 Prozent der Studenten, aus den vermittelten Lehrinhalten keine konkreten Handlung- und Behandlungsstrategien für ihren zukünftigen Arbeitsalltag ableiten zu können (Frage Nr. 12). Nur 25,7 Prozent meinen von den vermittelten Lehrinhalten zu profitieren und 1,4 Prozent gibt keine Angaben an.

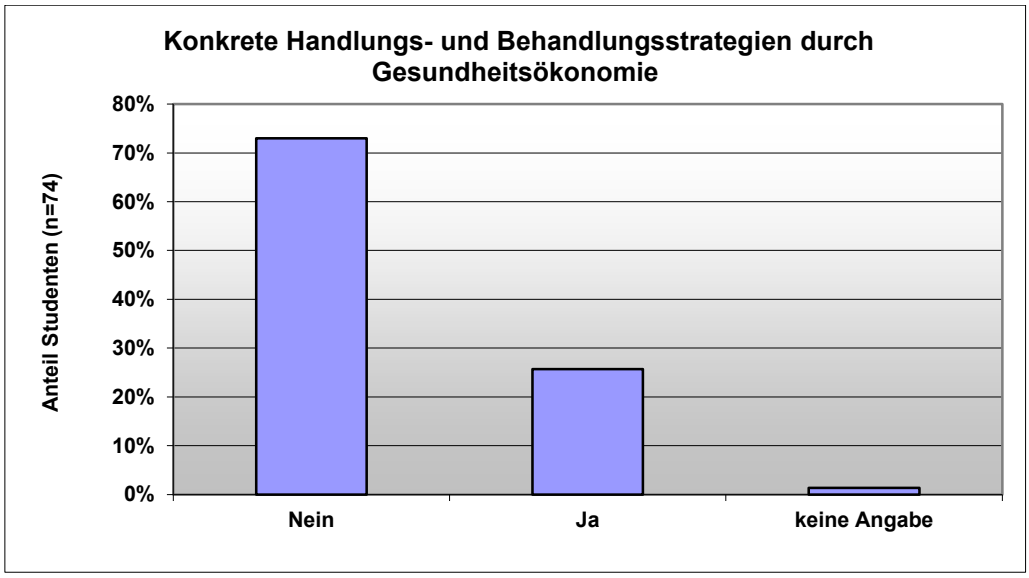


Abbildung 11: Auswertung Frage 12: Können Sie aus dem vermittelten Lehrinhalt Konkrete Handlungs- und Behandlungsstrategien für Ihren zukünftigen Arbeitsalltag ableiten? Fragebogen Studenten (s. Anhang Nr. 2)

Die Frage, ob den Studenten in Gesundheitsökonomie etwas angeboten wird, das kein anderes Fach während ihrer Ausbildung vermittelt, wird von 64,9 Prozent mit „Nein“ angegeben (Frage Nr. 13). Wird die Frage mit „Ja“ beantwortet, sollten auch Beispiele als Freitext genannt werden. Von den 27,9 Prozent die „Ja“ angekreuzt haben, wurde von etwa der Hälfte kein Bespiel genannt. Der andere Teil der Studenten nennt überwiegend wirtschaftliche Aspekte, die ihnen durch das Fach Gesundheitsökonomie angeboten werden. Genannt wird, wie Ökonomik im Krankenhaus funktioniert oder die wirtschaftlichen und rationalen Hintergründe medizinischen Handelns aussehen. Es gebe Einblicke in die Wirtschaft, die ökonomische Denkweise sowie in das Krankenhausmanagement und die Jahresbilanz des Uniklinikums. Eine Antwort gibt auch Kritik am Fach, da sehr theoretische Prinzipien der Ökonomie vermittelt werden, die mit Medizin wenig bis nichts zu tun hätten.

Zwei Aussagen geben einen Bezug von Gesundheitsökonomie zur Politik und liefern den Studenten medizin-politische Erklärungen. Als weiterer Bereich wird

der Kontakt mit Vertretern aus der Pharmaindustrie genannt, sowie die Vermittlung einer kritischen Betrachtung von medizinischen Studien.

Die nächste Frage Nr. 14 zeigt, dass fast 40 Prozent keine Vorlesungseinheit der Gesundheitsökonomie besucht hat. 17,6 Prozent waren bei 2 Vorlesungen anwesend, der Rest verteil sich auf 1-4 Vorlesungen, wobei nur eine Minderheit von 8,1 Prozent alle 5 Vorlesungseinheiten besucht hat.

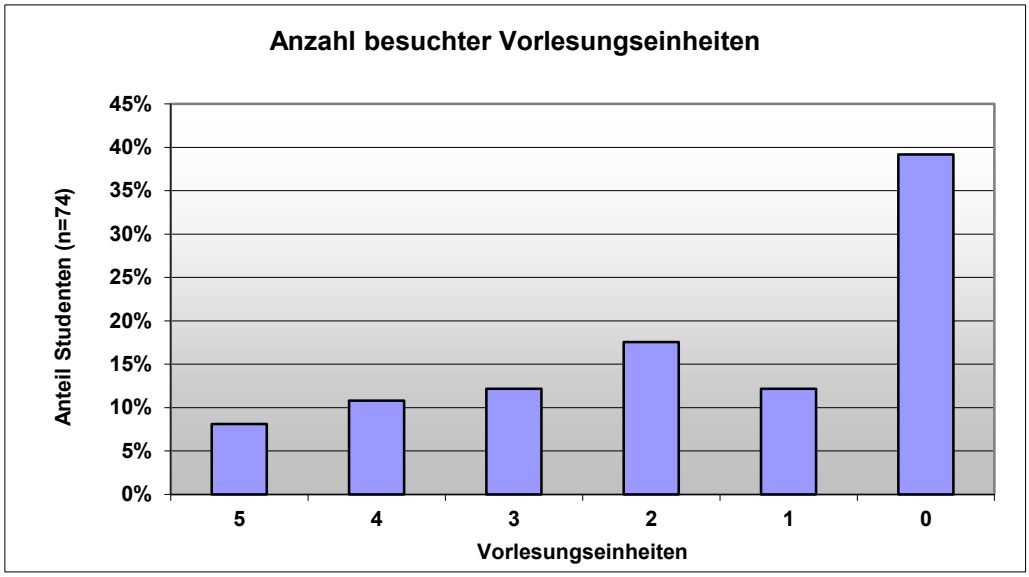


Abbildung 12: Auswertung Frage 14: Wie viele Vorlesungseinheiten haben Sie im Fach Gesundheitsökonomie besucht? Fragebogen Studenten (s. Anhang Nr. 2)

Die Relevanz der Inhalte von Gesundheitsleistungen und Gesundheitsökonomie (Frage Nr. 15) für die medizinische Ausbildung schätzen 45,9 Prozent der Studenten als relevant ein, 5,4 Prozent als sehr relevant. Weniger relevant haben 35,1 Prozent angekreuzt und 6,8 Prozent nicht relevant. Bei fünf Fragebögen wurden die letzten 5 Fragen (letzten 2 Seiten) nicht beantwortet, die fehlenden Antworten wurden als keine Angaben gewertet und in die Berechnung mit 6,8 Prozent einbezogen.

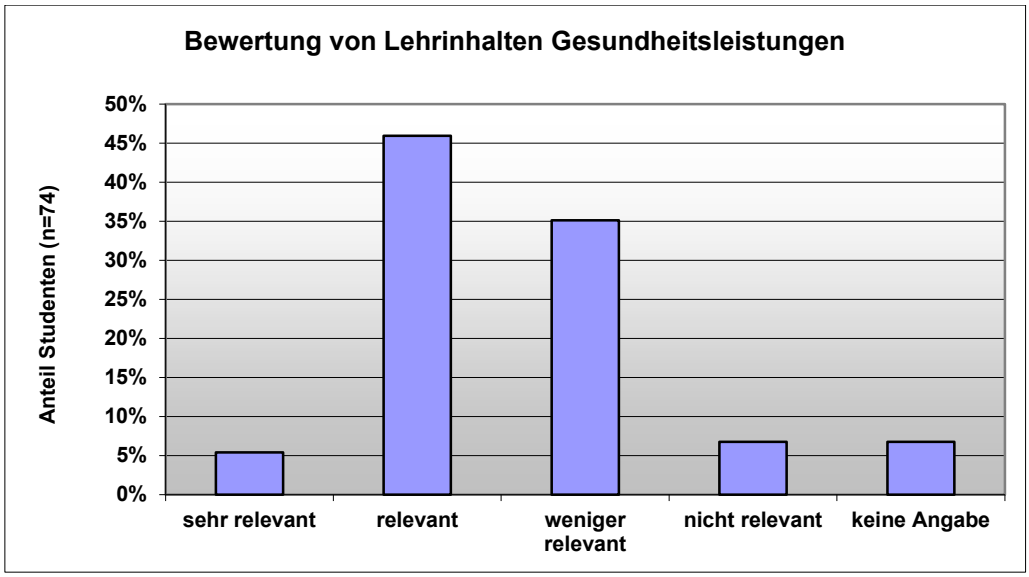


Abbildung 13: Auswertung Frage 15: Thema: Bewertung von Gesundheitsleistungen
Wie relevant schätzen sie die Inhalte dieses Themengebiets für Ihre medizinische Ausbildung ein? Fragebogen Studenten (s. Anhang Nr. 2)

Bei der Einschätzung, wie wichtig die Beschäftigung mit methodischen Grundlagen wie evidenzbasierter Medizin und Basic Requirements gesehen wird um klinisch sinnvolle Entscheidungen treffen zu können, schätzt der Großteil von 55,5 Prozent es als wichtig und sehr wichtig ein (Frage Nr. 16). 32,4 Prozent gaben weniger wichtig an und 5,4 Prozent nicht wichtig.

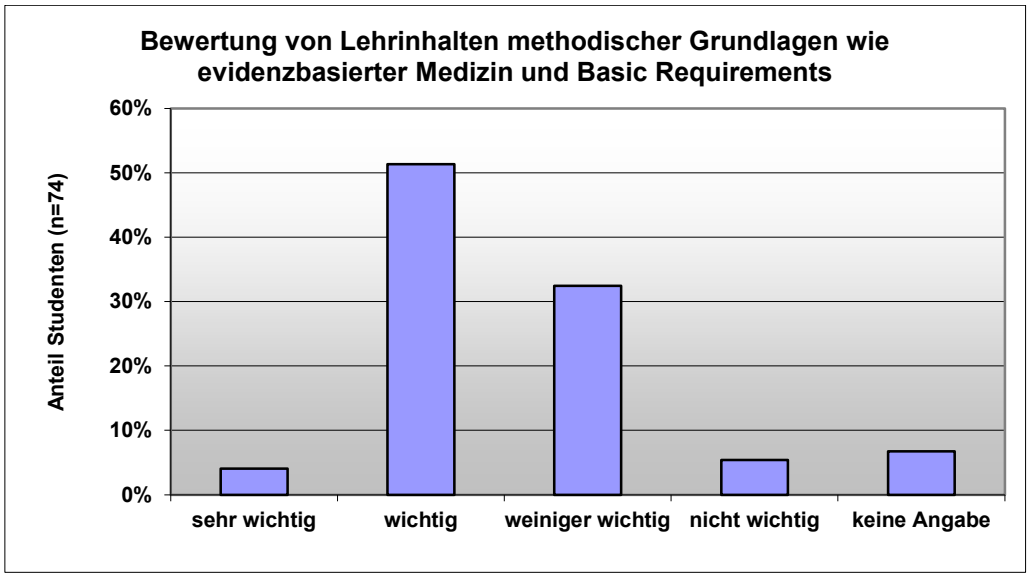


Abbildung 14: Auswertung Frage 16: Wie wichtig schätzen Sie die Beschäftigung mit methodischen Grundlagen wie evidenzbasierter Medizin und Basic Requirements ein, um klinisch sinnvolle Entscheidungen treffen zu können? Fragebogen Studenten (s. Anhang Nr. 2)

Das Thema wirtschaftswissenschaftliche Grundlagen der Gesundheitsökonomie (Frage Nr. 17) halten 48,6 Prozent der Studenten für ihre medizinische Ausbildung für weniger relevant, 5,4 Prozent gaben „Nicht relevant“ an. 32,4 Prozent halten die Inhalte dieses Themengebiets für relevant, 6,8 Prozent als sehr relevant.

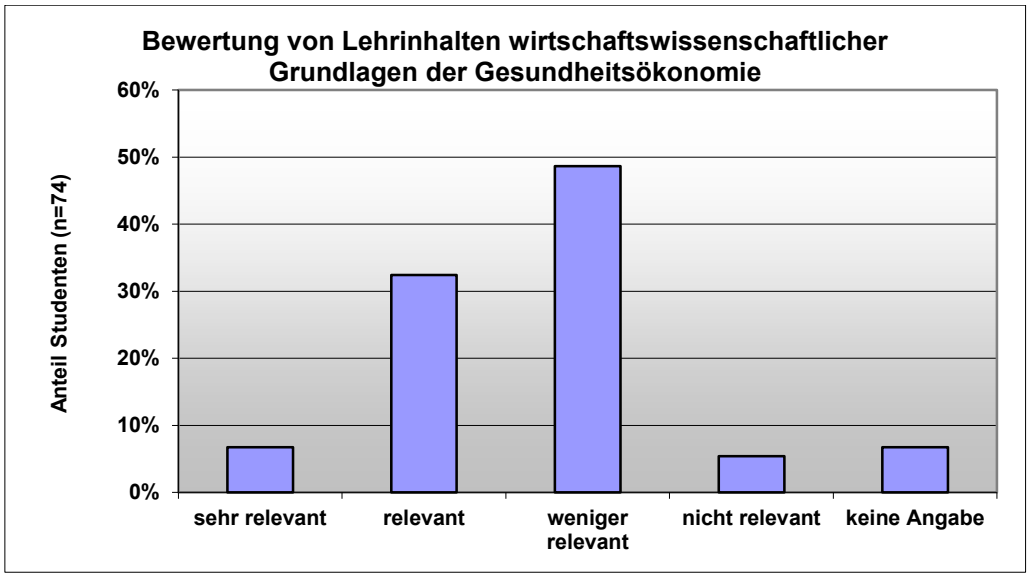


Abbildung 15: Auswertung Frage 17: Thema: Bewertung von Gesundheitsleistungen
Wie relevant schätzen sie die Inhalte dieses Themengebiets für Ihre medizinische Ausbildung ein?
Fragebogen Studenten (s. Anhang Nr. 2)

Im Bereich der Krankenversicherungssysteme (Frage Nr. 18) halten 73 Prozent der Studenten die Inhalte für relevant und sehr relevant. Dieser Bereich hat den größten Zuspruch bezüglich thematischer Zusammenhänge in der medizinischen Ausbildung. Nur 20,3 Prozent geben „Weiniger relevant“ oder „Nicht relevant“ an.

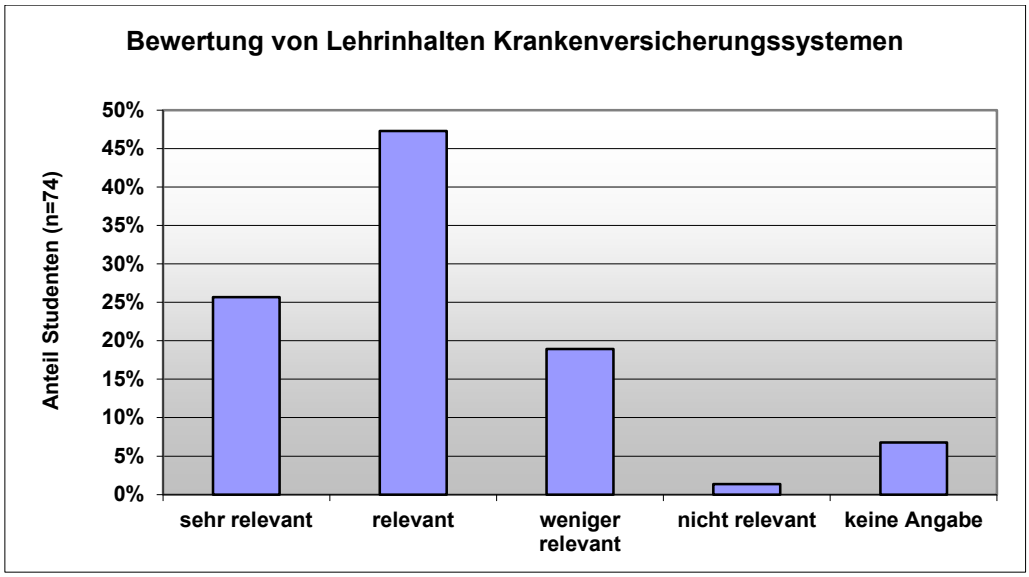


Abbildung 16: Auswertung Frage 18: Thema: Krankenversicherungssysteme
Wie relevant schätzen sie die Inhalte dieses Themengebiets für Ihre medizinische Ausbildung ein?
Fragebogen Studenten (s. Anhang Nr. 2)

Auch beim Thema Krankenhausmanagement (Frage Nr. 19) hielten ein überwiegender Teil der Studenten die Inhalte für relevant und sehr relevant (58,2%). Dem stehen 35,1 Prozent gegenüber, die das Thema als weiniger oder nicht relevant einschätzen.

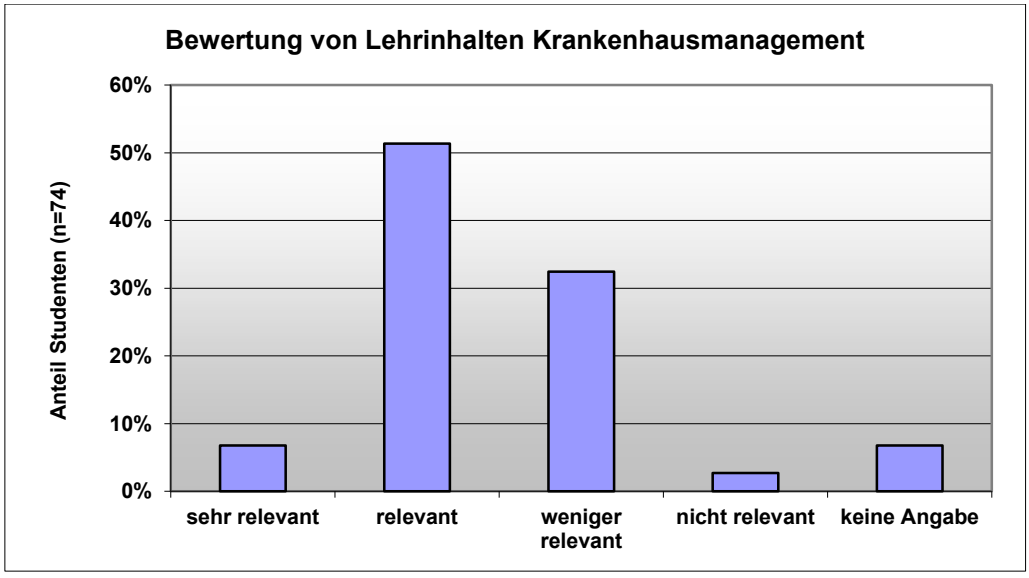


Abbildung 17: Auswertung Frage 19: Thema: Krankenhausmanagement
Wie relevant schätzen sie die Inhalte dieses Themengebiets für Ihre medizinische Ausbildung ein?
Fragebogen Studenten (s. Anhang Nr. 2)

3.2 Umfrage der lehrverantwortlichen Institute

3.2.1 Anzahl Universitäten, zuständige Institute

Es gibt in Deutschland 37 Universitäten, die das Studienfach der Humanmedizin anbieten. Im Rahmen der Dissertation haben 26 medizinische Fakultäten an der Befragung teilgenommen.

Der Fragebogen ist so konzipiert, dass er von einer lehrverantwortlichen Person beantwortet werden sollte, die sich mit den Lehrinhalten zum Querschnittsfach Q3 auskennt.

Zunächst wurde das zuständige Institut für dieses Fach auf den Internetseiten der medizinischen Fakultäten gesucht. Bei klarer Zuordnung der verantwortlichen Institute wurden die Lehrverantwortlichen persönlich mit einer Email und einem angefügten Fragebogen kontaktiert. Aus der Internetrecherche der medizinischen Universitäten war nicht immer eindeutig zu erkennen, welches Institut für das Querschnittsfach Gesundheitsökonomie zuständig war. Bei fehlenden Informationen wurden die Lehrverantwortlichen telefonisch bei den jeweiligen Universitäten ermittelt. Mehrfach war das Fach Q3 Gesundheitsökonomie bei telefonischer Anfrage selbst im Studierendensekretariat nicht bekannt. Es erforderte mehrere Anrufe bei verschiedenen Mitarbeitern der Universität bis das zuständige Institut und die Lehrbeauftragte Person ermittelt werden konnte. Nach ca. 4 Wochen haben alle angeschriebenen Institute eine erneute Erinnerungsmail erhalten.

Von den 26 medizinischen Fakultäten gab es 21 unterschiedliche Institute mit zuständigen Lehrverantwortlichen für das Fach Q3. Auch fachfremde Institute wurden mit der Lehre beauftragt, wie zum Beispiel die Bereiche Dermatologie, Apotheke oder Präventivmedizin (s. Tabelle Nr. 5). Lediglich bei vier Instituten ist Gesundheitsökonomie explizit als eigener Themenbereich erwähnt.

Tabelle 5: Aufzählung der lehrverantwortlichen Institute für Gesundheitsökonomie, die an der Befragung teilgenommen haben

Lehrverantwortliche Institute für Gesundheitsökonomie
- Medizinische Soziologie
- Institut für klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie
- Institut of Public Health
- Hygiene-Institut, Abteilung Tropenhygiene & öffentliches Gesundheitswesen
- Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege
- Institut für Arbeits/ Sozial/ Umweltmedizin
- Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie, Gesundheitsökonomie
- Institut für Hygiene und Umweltmedizin
- Institut für Arbeit und Technik
- Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie
- Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
- Institut für Hygiene und öffentliche Gesundheit
- DRG Research Group - Medizinisches Management
- Institut für Medizinische Statistik und Epidemiologie
- Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie
- Dermatologie
- Institut für Präventivmedizin
- Universitätsklinikapotheke
- Institut für Gesundheitssystemforschung
- Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
- Gastdozenten anderer Kliniken

3.2.2 Auswertung der Universitätsfragebögen

Der Fragebogen umfasst neun Fragen, davon sind sechs Fragen offen gestellt und drei Fragen geben eine Antwortmöglichkeit zum Ankreuzen an.

Die erste Frage beschäftigt sich mit der Anzahl der gelehrten Semesterwochenstunden. Eine Semesterwochenstunde (SWS) gibt den zeitlichen Umfang für eine Vorlesungsveranstaltung in einem Semester an. Dabei bedeutet eine SWS, dass die Lehrveranstaltung einmal wöchentlich 45 Minuten für die Dauer eines Semesters unterrichtet wird. Die Universitäten können aus einer Gesamtstundenanzahl für die Querschnittsfächer selber entscheiden, wie viele Stunden sie dem jeweiligen Fach zuordnen.

Die Antworten weichen durch unterschiedliche Lehrformen für Gesundheitsökonomie teilweise sehr voneinander ab. Neben den reinen Vorlesungen wird das Fach auch von drei Universitäten als Kombination zusätzlich mit einem Seminar gelehrt. Zwei Universitäten bieten Gesundheitsökonomie als Blockpraktikum an. Eine Universität kombiniert die Vorlesung mit einer SWS für Gruppenarbeit, was auch in die Berechnung der SWS einfließt. So wurde der gesamte Zeitaufwand in SWS auf ein Semester von 16 Wochen gerechnet.

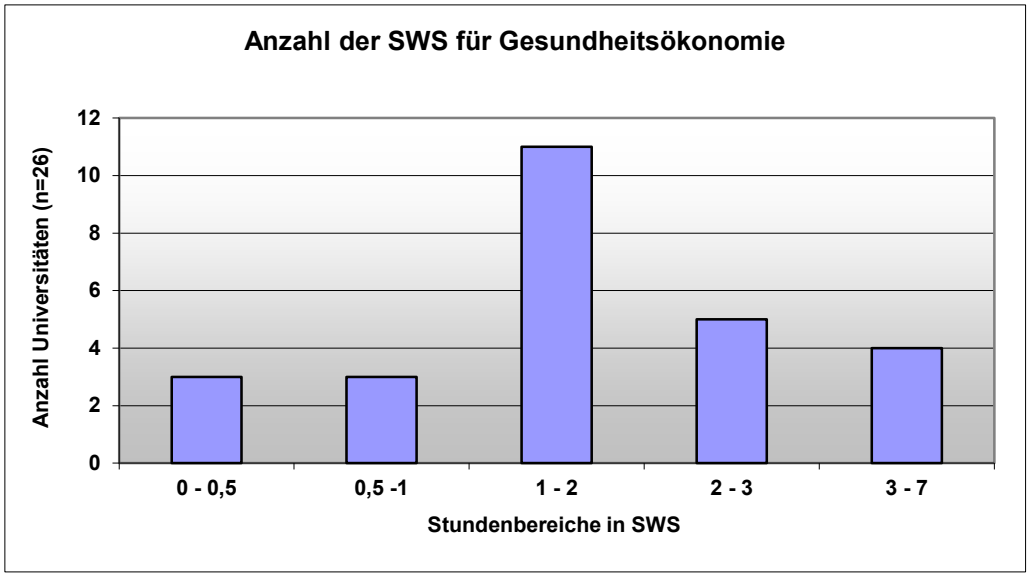


Abbildung 18: Auswertung Frage 1: Wie viele Semesterwochenstunden umfasst das Fach Gesundheitsökonomie an Ihrer Universität?
Fragebogen Universitäten (s. Anhang Nr. 3)

Das Fach Gesundheitsökonomie umfasst bei der überwiegenden Anzahl der Universitäten (n=11) eine SWS Zahl zwischen eins und zwei. Bei fünf Universitäten liegt der Stundenbereich der SWS zwischen zwei und drei und bei vier Universitäten liegt der Bereich darüber. Es gibt sechs Universitäten, die Gesundheitsökonomie mit weniger als 1 SWS unterrichten. Die maximale Stundenzahl beträgt gerundet 6,4 SWS. Die kleinste Anzahl der Stunden liegt bei 0,13 SWS, das ergibt sich bei einer Universität aus 2 Stunden Unterricht für das ganze Semester. Damit ergibt sich ein gemittelter Durchschnitt von 1,8 SWS.
Eine andere Universität mit einer geringen Anzahl an SWS bietet Gesundheitsökonomie zusätzlich in einem Blockpraktikum in Bereich Sozialmedizin an, so dass die exakte Anzahl nur für Gesundheitsökonomie nicht klar zu trennen ist.

Laut den Antworten auf Frage Nr. 2 wird das Fach Gesundheitsökonomie von den meisten Universitäten im klinischen Studienabschnitt des Medizinstudiums gelehrt. Von den 26 befragten Universitäten bietet nur eine das Fach als Longitudinalveranstaltung vom zweiten bis zum neunten Semester an. Der überwiegende Teil bietet das Fach im dritten Studienjahr an, im fünften oder sechsten Semester. Nur ein geringer Teil von 3 Universitäten lehrt das Fach Gesundheitsökonomie in der fortgeschritten klinischen Studienzeit innerhalb des fünften Studienjahres.

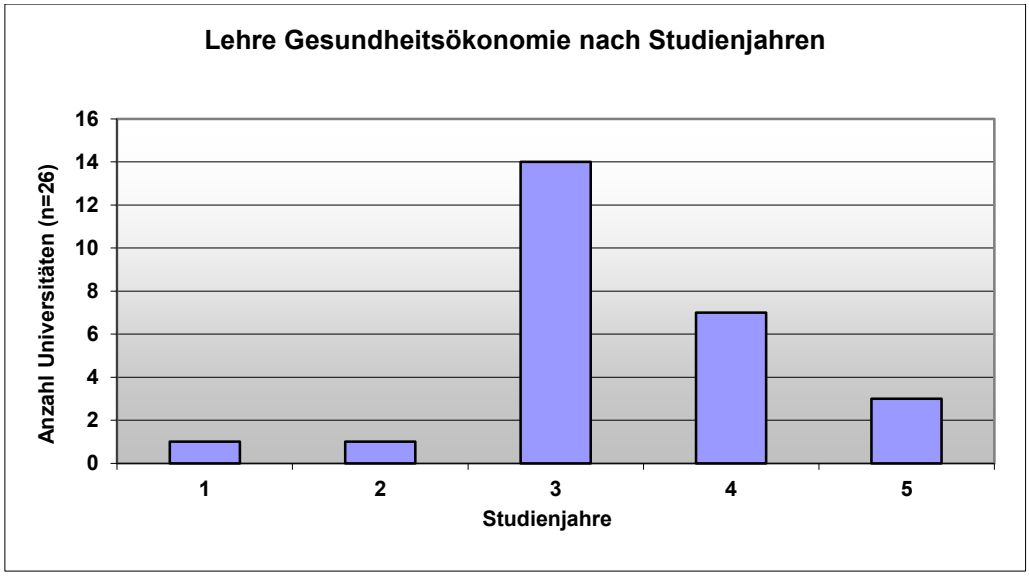


Abbildung 19: Auswertung Frage 2: In welchem Fachsemester wird das Lehrfach angeboten? Fragebogen Universitäten (s. Anhang Nr. 3)

25 der befragten Universitäten (Frage Nr. 3) prüfen Gesundheitsökonomie durch eine Klausur, 13 davon gaben an, die Klausur als Multiple Choice durchzuführen. In einem Fall wird das Fach nicht gesondert geprüft, der Themenbereich ist in einer Soziologieklausur eingegliedert worden. Drei Universitäten fordern als Leistungsnachweis zusätzlich zur Klausur eine Gruppenarbeit, ein Referat oder eine Praxisaufgabe.

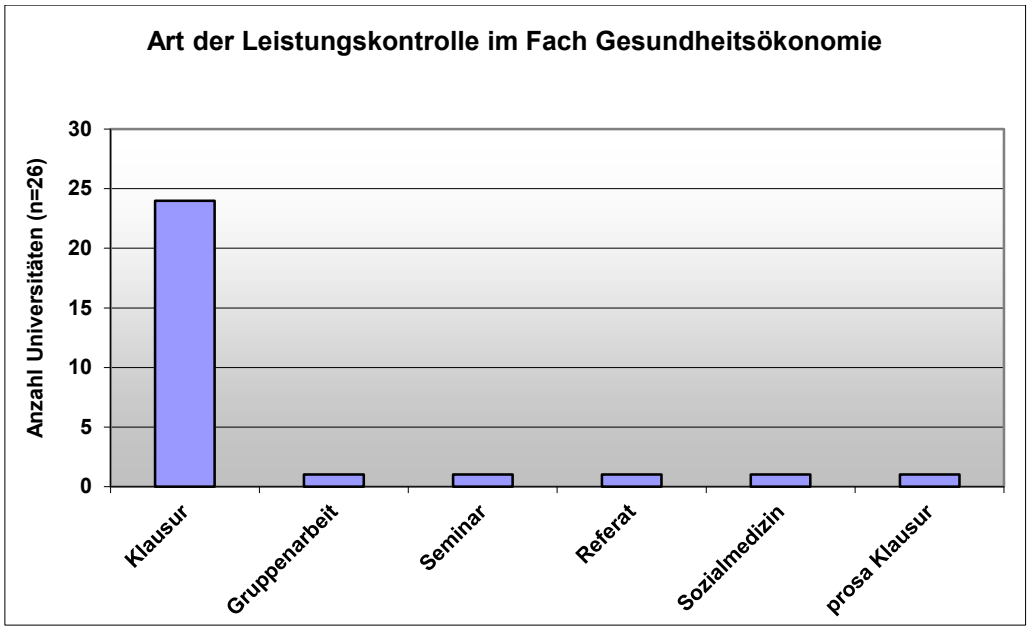


Abbildung 20: Auswertung Frage 3: Durch welche Art der Leistungskontrolle wird das Gelernte geprüft? Fragebogen Universitäten (s. Anhang Nr. 3)

Die Frage nach den Lehrinhalten oder Themenschwerpunkten im Fach Gesundheitsökonomie (Frage Nr. 4) war eine offen formulierte Frage und ergab eine Vielzahl an unterschiedlichen Antworten. Die Aussagen zu den Lehrinhalten wurden teilweise zu sachlogischen Themenblöcken zusammengefasst und aufgelistet. Dadurch ergibt sich eine große Streubreite von 59 Themenbereichen. Die Lehre befasst sich neben klassischen Inhalten der Gesundheitsökonomie auch mit der Demographie, der Geschichte des Gesundheitssystems, Effizienz und Effektivität und den rechtlichen Gegebenheiten für die ärztliche Tätigkeit. Gesundheitsökonomie wird auch in Zusammenhang mit anderen Bereichen wie Politik, Arzneimittelmarkt, Prävention oder Ethik gelehrt. Die komplette Auflistung aller genannten Lehrinhalte der Frage Nr. 4 befindet sich im Anhang Nr. 1. In der folgenden Tabelle Nr. 6 werden die zehn häufigsten Themen genannt.

Tabelle 6: Auswertung Frage 4: Auflistung der zehn häufigsten Themenbereiche im Lehrfach Gesundheitsökonomie
Fragebogen Universitäten (s. Anhang Nr. 3)

Die 10 häufigsten Themenbereiche im Lehrfach Gesundheitsökonomie	**Anzahl**
Grundtypen von Gesundheitssystemen (marktbasiert, Sozialversicherung, staatlich), "Marktmodell"	19
Grundprinzipien der Finanzierung von GKV und PKV	14
Grundprinzipien der Vergütung ambulant und stationär in Deutschland, ambulante ärztl. Versorgung, "Krankenhausfinanzierung"	13
Gesundheitsökonomische Evaluation/ Aspekte/ klinisches Anwendungsbeispiel	13
Gesundheitssystemvergleich: international, UK und USA	13
Qualitätsmanagement	12
Öffentliche Gesundheitspflege und Öffentlicher Gesundheitsdienst	12
Finanzierung und Steuerung des Gesundheitswesens	11
Krankenhausmanagement - Controlling, Struktur & Aufgaben der Krankenhäuser, DRG - Abrechnungssystem, AMNOG	11
Grundbegriffe und Zusammenhänge Gesundheitsökonomie, Einführung	6

Von den 26 befragten Universitäten (Frage Nr. 5) haben 14 ihren Lernzielplan ohne Orientierung an ein öffentliches Muster erstellt und 12 haben sich dabei an einem öfftl. Muster orientiert.

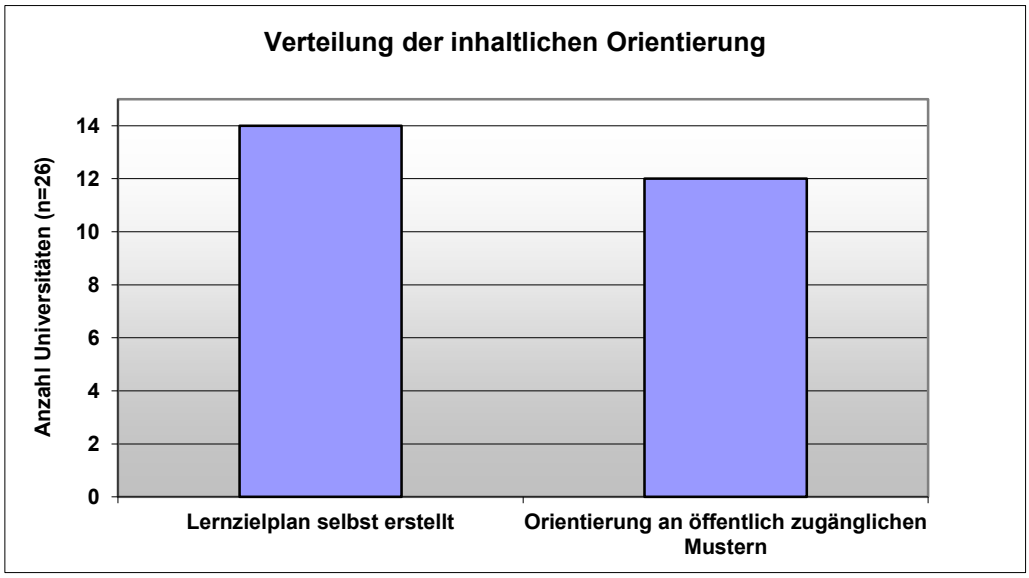


Abbildung 21: Auswertung Frage 5: Haben Sie sich bei den Vorgaben Ihres Lernzielkataloges für die Inhalte im Lehrfach Gesundheitsökonomie an öffentlich zugänglichen Mustern orientiert oder selbst einen Lernzielplan erstellt? Fragebogen Universitäten (s. Anhang Nr. 3)

Die überwiegende Zahl der Universitäten (n=7), die sich an einem öffentlichen Muster orientiert haben, nutzen das Muster Brennecke R, et al. (Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) - Sozialmedizinischer Stoffkatalog für die ärztliche ApprO vom 27.6.2002. Gesundheitswesen 2006; 68: 48-64). Ein weiteres genutztes Muster zweier Universitäten stammt von Dr. U. Stößel von der Universität Freiburg. Eine Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V. (dggö) wurde in einem Antwortbogen erwähnt, allerdings ohne genauer Zitatangabe.

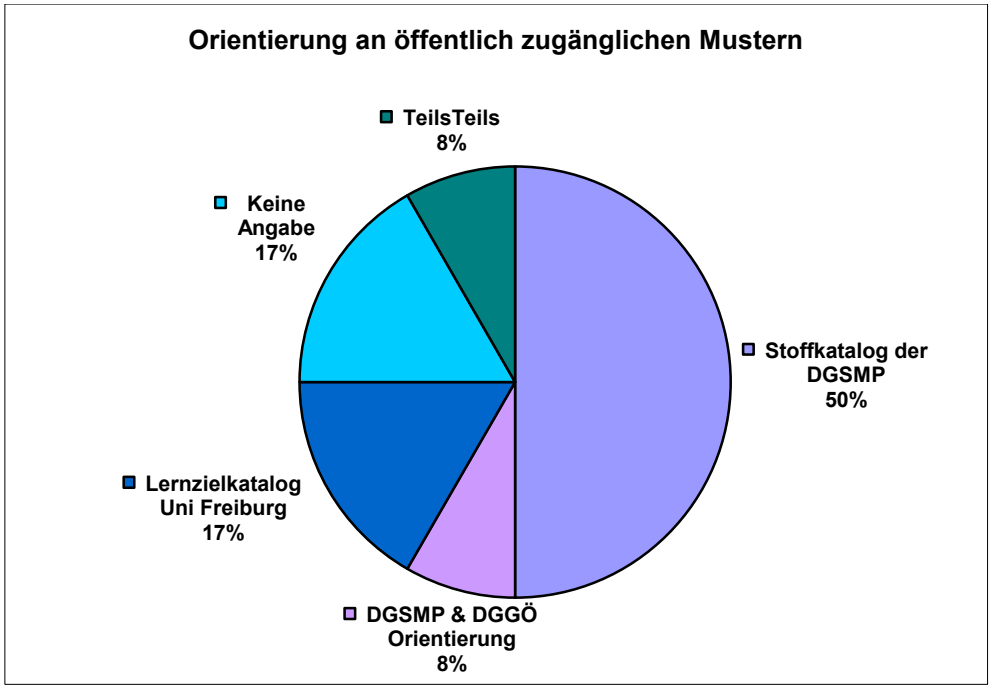


Abbildung 22: Auswertung Frage 5: Angaben zu verwendeten öffentlichen Mustern Fragebogen Universitäten (s. Anhang Nr. 3)

Zur Ergänzung des Lehrfaches Gesundheitsökonomie empfehlen (Frage Nr. 6) 20 Universitäten zusätzlich ein Lehrbuch. Es wurden insgesamt acht verschiedene Bücher genannt. Darunter sind zwei Werke, die von je 7 Universitäten empfohlen werden. Diese zwei Werke sind die Bücher von J. v. Troschke, U. Stößel (Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, öffentliche Gesundheitspflege. 2. Auflage; Huber, 2012) und von Lauterbach KW, Stock S, Brunner B (Gesundheitsökonomie. Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe). Von fünf Universitäten wird das Werk von Roeder N, Hensen P (Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege. Ein praxisorientiertes Kurzlehrbuch. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2009) empfohlen.

Bei der Frage, ob die Gestaltung der Lernziele im Fach Gesundheitsökonomie weiterhin den einzelnen Universitäten überlassen werden sollte oder eine bundesweite Vereinheitlichung der Lerninhalte des Faches bevorzugt wird (Frage Nr. 7), stimmt die Mehrheit von 16 Universitäten für die Beibehaltung der individuellen Gestaltung. Nur 10 Universitäten bevorzugen eine Vereinheitlichung.

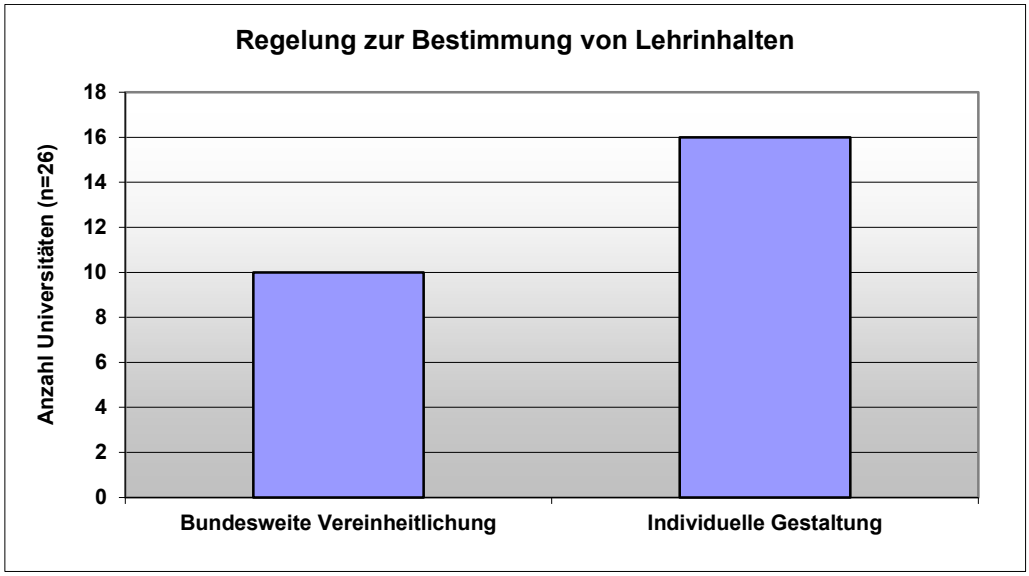


Abbildung 23: Auswertung Frage 7: Würden Sie eine bundesweite Vereinheitlichung der Lerninhalte des Faches bevorzugen oder sollte die Gestaltung der Lernziele im Fach Gesundheitsökonomie weiterhin den einzelnen Universitäten überlassen werden?
Fragebogen Universitäten (s. Anhang Nr. 3)

Bei der Einschätzung des Stellenwertes von Gesundheitsökonomie im Vergleich mit anderen Fächern innerhalb der medizinischen Ausbildung zeigt sich eine breitere Fächerung der Antworten als bei den Ergebnissen der Studentenbefragung (Frage Nr. 8). Hier hat die Mehrheit (n=11) den Stellenwert der Gesundheitsökonomie am ehesten mit den sozialen Fächern wie Sozialmedizin oder Ethik in der Medizin verglichen. Dicht gefolgt von 9 Universitäten, die Vergleiche mit den theoretischen Fächern wie Epidemiologie oder Biometrie ziehen. 5 Universitäten haben beide Fachgebiete bestehend aus sozialen Fächern und theoretischen Bereichen angegeben. Eine Universität vergleicht Gesundheitsökonomie mit dem Stellenwert von kleineren Fachgebieten wie Hals-Nasen-Ohren- oder Augenheilkunde. Zu großen Fachgebieten wie Innere Medizin oder Chirurgie ordnete keine Universität das Fach Gesundheitsökonomie zu.

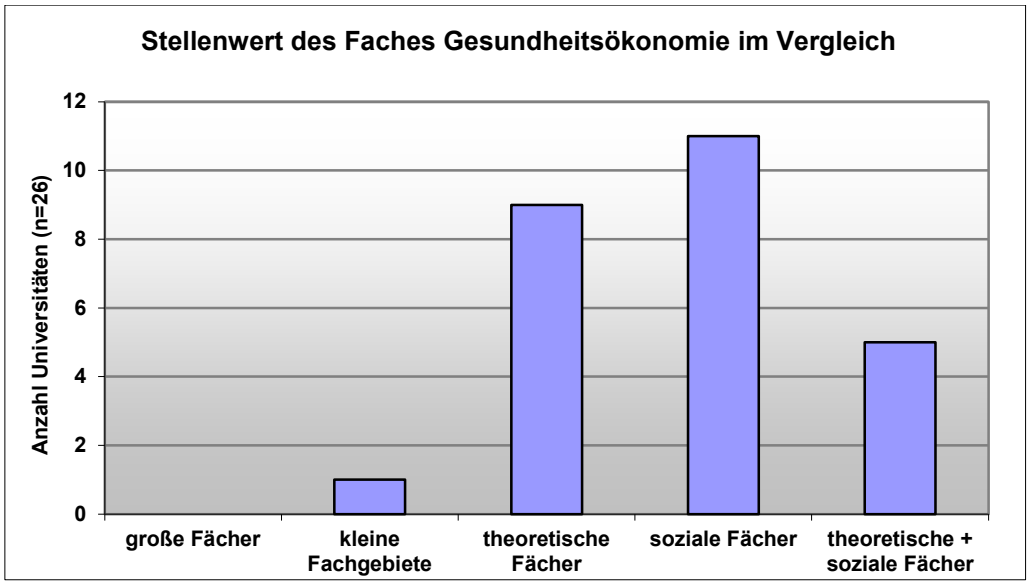


Abbildung 24: Auswertung Frage 8: Wie schätzen Sie den Stellenwert des Faches Gesundheitsökonomie im Vergleich mit anderen Fächern innerhalb der medizinischen Ausbildung ein? Fragebogen Universitäten (s. Anhang Nr. 3)

Die letzte Frage (Frage Nr. 9) wurde unterschiedlich beantwortet. Fast die Hälfte der Befragten (n=11) haben auf die bereits gestellte Frage 4 verwiesen und keine weiteren Inhalte genannt. Bei 2 Fragebögen wurde das Fach Sozialmedizin als Beispiel genannt, das Inhalte von Gesundheitsökonomie enthalte. Der andere Teil der befragten Universitäten (n=11) gab eine Vielzahl an unterschiedlichen Themengebieten an, die ihrer Meinung nach nur vom Fach Gesundheitsökonomie vermittelt wird. Diese unterteilen sich in 26 verschieden Themenbereiche, wobei die drei am häufigsten genannten Themenbereiche in Tabelle 3 zusammengefasst sind. Die Lehrinhalte dieser Themen wurden nicht weiter ausdetailliert.

Tabelle 7: Auswertung Frage 9: Häufigste genannte Themengebiete Fragebogen Universitäten (s. Anhang Nr. 3)

Themen, die nur im Fach Gesundheitsökonomie vermittelt werden	**Anzahl**
Grundfragen der Gesundheitsökonomie	4
Ökonomische Grundbegriffe	3
Vorlesung Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege	3

3.3 Öffentliche Muster zur Lehre der Gesundheitsökonomie

3.3.1 Auswertung Stoffkatalog DGSMP Brennecke et al. (2006)

Die deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) hat für die Querschnittsfächer mit sozialmedizinischen Inhalten, eine fächerübergreifende Stoffsammlung bzw. ein Curriculum zusammengestellt [3].

Zu den Fächern mit sozialmedizinischen Inhalten zählen:
- Epidemiologie, medizinische Biometrie, medizinische Informatik (Q1)
- Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, öffentliche Gesundheitspflege (Q3)
- Prävention, Gesundheitsförderung (Q10)
- Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren (Q12)
- Arbeitsmedizin, Sozialmedizin

Der Aufbau des Stoffkatalogs gliedert sich nach Modulen. Diese sind nochmals unterteilt in Kernmodule und ergänzende Module.
Kernmodule beinhalten einen Stoffumfang, der nach Meinung der Autoren des Curriculums für die Ausbildung unverzichtbar ist. Es wird davon ausgegangen, dass die umfangreichen Inhalte nicht vollständig umgesetzt und gelehrt werden können. Es bleibt den verantwortlichen Fakultäten überlassen, die für sie relevanten Teile auszuwählen. Die ausgewählten Inhalte sollten sich aber an den zentralen Themenblöcken orientieren. Die ergänzenden Module sollen den Stoffkatalog abrunden.

Es wird empfohlen die Lehre des Q3 Faches im 5. klinischen Semester einzuordnen, da fundierte medizinische Vorkenntnisse bereits vorausgesetzt werden. Als Lehrform wird der Unterricht in kleinen Gruppen empfohlen. Eine konkrete Unterrichtsform wird den Lehrenden in Abstimmung mit ihren Fakultäten überlassen.

Im Querschnittsfach Q3 Gesundheitsökonomie werden 5 Kernmodule mit folgenden Inhalten aufgelistet, die innerhalb ihrer Themengebiete detaillierte Inhalte und zusätzlichen Beispiele enthalten:

- Grundbegriffe und Zusammenhänge (6 Themengebiete)
- Finanzierung des Gesundheitssystems (14 Themengebiete)
- Gesundheitsökonomische Studientypen (5 Themengebiete)
- Wirtschaftlichkeit (7 Themengebiete)
- Internationaler Vergleich von Gesundheitssystemen (5 Themengebiete)

Zusätzlich existieren sogenannte Ergänzende Module mit den Inhalten:

- Steuerungsprobleme und - ansätze
- Evidenzbasierung
- Qualitätssicherung/ Qualitätsmanagement der Gesundheitsversorgung

Jedes Thema setzt bestimmtes Grundwissen der Studenten in drei Stufen voraus:

Stufe I	Kenntnisse – theoretisches Wissen zur Thematik
Stufe II	Fähigkeiten – theoretisches Wissen verarbeiten und transferieren können
Stufe III	Fertigkeiten – kritisch bewerten können und Lösungsansätze finden

Die ausführliche Zusammenstellung der Inhalte soll von den Lehrenden der Querschnittsfächer der ÄApprO als Themensammlung für die Gestaltung der Lehrveranstaltung genutzt werden. Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass es als Argumentationshilfe gegenüber Beschneidungen sozialmedizinischer Fächer im Studium der Humanmedizin genutzt werden kann.

3.3.2 Auswertung Lernzielkatalog Universität Freiburg

Der Lernzielkatalog für das Fach Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege (Querschnittsfach 3) wurde von der medizinischen Fakultät der Universität Freiburg 2006 entwickelt [36]. Für den Inhalt sind Prof. Dr. J. v. Troschke und Dr. U. Stößel verantwortlich. Professor Dr. v. Troschke war bis zum Jahre 2007 Leiter der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg. Oberrat Dr. Stößel ist wissenschaftlicher Mitarbeiter in den Abteilungen für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Freiburg.
Bezogen auf Gesundheitsökonomie soll nach dem Leitbild der medizinischen Fakultät der Arzt „gesundheitsökonomische Auswirkungen der ärztlichen Tätigkeit erkennen, d.h. in seinem Handeln in angemessener Weise berücksichtigen“ [36].

Der Querschnittsbereich 3 wird in drei Module gegliedert:
Modul: Gesundheitsökonomie
Modul: Gesundheitssystem
Modul: Öffentliche Gesundheitspflege

Jedes Modul ist in erforderliche theoretische Kenntnisse und praktische Fertigkeiten gegliedert. Die Lehrinhalte der theoretischen Kenntnisse werden in zwei Kompetenzstufen gewichtet. Die Kompetenzstufe 1 hat das Lernziel, ein Thema im Kontext von Literatur oder Vorträgen zu erlernen und einordnen zu können. Die Kompetenzstufe 2 verlangt das theoretische Wissen in die Praxis umsetzten zu können. Auch die Anforderungen an praktische Fertigkeiten werden in 4 Fertigkeitskompetenzen gegliedert. Die erste Kompetenzstufe beinhaltet theoretische Kenntnisse einer Anwendung, die zweite Stufe bietet Anwendungsdemonstrationen, die dritte Stufe übt praktische Fertigkeiten ein und die letzte Stufe fordert praktische Routine.

Das Modul Gesundheitsökonomie soll nach dem Lernzielkatalog in Form von Vorlesung (Großgruppenveranstaltung im Hörsaal) und Seminar (Interaktive Kleingruppenarbeit, max. 20 Studierende) unterrichtet werden. Die Lernziele für das fachbezogene theoretische Wissen sind der Kompetenzstufe 1 zugeordnet. Das bedeutet, dass nur Kenntnisse über theoretische Grundlagen verlangt werden ohne die Anforderung das Wissen in die Praxis umzusetzen, wie es der Kompetenzstufe 2 entsprechen würde. Die praktischen Fertigkeiten erfordern die Fertigkeitskompetenzstufe 1 und 2, in der die Theorie verlangt wird und Anwendungsbeispiele gezeigt werden.

Die Lernziele der Gesundheitsökonomie beinhalten neun fachbezogene Themenbereiche, die der Student theoretisch beherrschen soll:

- die grundlegenden gesundheitsökonomischen Begriffe
- die Kosten der Gesundheitsversorgung in Deutschland und er kann Determinanten und Trends der Kostenentwicklung in den verschiedenen Bereichen benennen
- das Prinzip der Wohlfahrtsstaatlichkeit im Vergleich zu anderen Prinzipien zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen
- die Regelungen zur Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen in der Gesundheitsversorgung
- die Prozesse der ökonomischen Entscheidungsfindung
- das vom Gesetzgeber festgelegte Wirtschaftlichkeitsgebot ärztl. Handelns
- die grundlegenden Ansätze zur ökonomischen Evaluation der Gesundheitsversorgung (Kosten-Nutzen-Analyse etc.)
- die Modelle der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen
- Konzepte der Kostenbegrenzung in den versch. Sektoren

Die Anforderungen hinsichtlich praktischer Fertigkeiten sind, dass der Student:

- Auswirkungen von Kostensteigerungen bei bestimmten medizinischen Dienstleistungen und Waren beschreiben kann
- Entwicklungen des Gesundheitsmarktes beschreiben und erklären kann
- die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung im Rahmen eines Qualitätssicherung- Zyklus beschreiben kann

- die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung im ambulanten, stationären und rehabilitativen Bereich bezogen auf die Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erklären kann
- Konzepte und Instrumente der betrieblichen und überbetrieblichen Qualitätssicherung auf konkrete Fragestellungen anwenden kann

Das Modul 1 der Gesundheitsökonomie hat den größten Anteil an Lerninhalten im Querschnittsbereich 3. Es gibt keine Vorgaben für den zeitlichen Umfang der Lehre sowie die Form der Lernzielüberprüfung.

4 Diskussion

Die vorliegende Arbeit zeigt einen aktuellen Überblick über die Lehre im Fach Gesundheitsökonomie an deutschen Universitäten der Humanmedizin.
Nach den Ergebnissen der Befragung der Studenten in Ulm und der lehrenden Institute in Deutschland können wir die Wahrnehmung der Studenten und die Meinungen der Dozenten darstellen und so hinterfragen, ob das Fach in der aktuellen Form eine gute Lehrbasis bietet oder ob Bedarf an Verbesserungsmöglichkeiten besteht.
Zu dieser Untersuchung gibt es keine vergleichbare Literatur, so dass diese Arbeit erste Erkenntnisse und Ergebnisse zum Thema der Lehre im Fach Gesundheitsökonomie liefert.
Durch die zunehmende Bedeutung wirtschaftlicher Aspekte im Gesundheitswesen steht der Arzt im Arbeitsalltag immer mehr unter Kostendruck und Zeitdruck. Seine Arbeit wird am Maßstab der Effizienz und Produktivität bemessen. Die Gesundheitsökonomie hat das Ziel, die optimale Lösung eines Gesundheitsproblems - eines jeden individuellen Patienten - mit dem geringstmöglichen Aufwand zu erreichen [23]. Hier entsteht ein scheinbarer Konflikt in der Annahme, zwischen ethischen und ökonomischen Aspekten wählen zu müssen. Ein Beispiel aus dem klinischen Alltag verdeutlicht das Problem.
Ein Patient soll aus der stationären Behandlung entlassen werden, weil bei längerer Verweildauer Abrechnungsverluste für die Klinik entstehen würden. Der Arzt ist aber der Meinung, dass der Patient von zwei weiteren stationären Behandlungstagen profitieren würde. Der Arzt muss keinen Spagat zwischen ethischen und ökonomischen Aspekten machen, wenn er eine weitere Überlegung miteinbezieht. Er könnte abwägen, ob die möglichen Mittel (längere Verweildauer) dem Patienten einen höheren gesundheitlichen Nutzen einbringen. Dafür ist eine Einsparung an anderer Stelle, zum Beispiel bei der Medikation oder bei Nutzung von Behandlungsmethoden mit fraglicher Wirkung, nötig. Dies wäre eine echte ökonomische Überlegung auf einer weiteren Ebene, ob die entstehenden Mehrkosten einem höheren Nutzen entgegenstehen [29]. Auch kostenintensive nützliche Gesundheitstechnologien müssen von unnützen Leistungen abgegrenzt werden um die Bereitschaft, den zusätzlichen finanziellen Aufwand für einen höheren Nutzen zu übernehmen, zu verstärken [11]. In der Praxis und unter Zeitdruck kann der Arzt allerdings nur mit Hilfe vorhandener

gesundheitsökonomischer Kenntnisse Überlegungen zu ausführlichen ökonomischen Analysen durchführen. Zusätzlich bilden klinische Daten eine wichtige Entscheidungsgrundlage für den Mediziner [31]. Im Gegensatz dazu kann ein Ökonom seine Entscheidungen an erwarteten und beobachteten wirtschaftlichen Ergebnissen ausrichten. Hier entsteht ein Konflikt durch die Diskrepanz der unterschiedlichen Entscheidungsgrundlagen. In diesem Zusammenhang scheint es umso offensichtlicher, dass durch die fortschreitende Ökonomisierung der Medizin im Alltag des Arztes ein sicherer Umgang auf dem Feld der Gesundheitsökonomie von Nutzen ist [30]. Es müssen klare Aufgabenbereiche für die ärztliche Rolle im ökonomischen System und seiner praktischen Tätigkeit am Patienten geschaffen werden.

Als Material für die Analyse des Querschnittsbereiches Gesundheitsökonomie liegen uns Antworten von 74 Studenten der Universität Ulm und von 26 medizinischen Instituten vor. Die Stichprobe der Ulmer Studenten ist im Vergleich aller bundesweiten Medizinstudenten eher klein. Daher ist die Umfrage statistisch gesehen nicht repräsentativ. Sie ist aber als eine gültige Stichprobe anzusehen und gibt einen dedizierten Richtwert zu den Ergebnissen der Lehre in Ulm.
Der Umfang der Stichprobe der lehrenden Institute ist größer. Wir haben 26 Antworten von insgesamt 37 medizinischen Hochschulen in Deutschland erhalten. So können zutreffende Rückschlüsse auf die Gesamtheit gemacht werden.

Die Ergebnisse der Studentenbefragung in Ulm zeigen anhand mehrerer Antworten, dass dem Themengebiet der Gesundheitsökonomie in der Medizin keine große Bedeutung zugeschrieben wird. Es besteht die Annahme, dass die gelehrten Inhalte in der Praxis nicht in einem sinnvollen Maße angewendet werden können. Die Antworten der lehrenden Institute liefern keine klaren und einheitlichen Inhalte zum Thema Gesundheitsökonomie.

Das klassische Bild von Gesundheitsökonomie, welches bei vielen Studenten und Ärzten meist vorherrscht, ist eine rein monetäre Sichtweise. Der Begriff wird mit Kosten und Gewinn im Krankenhaus gleichgesetzt, wobei der Stellenwert vom Patientenwohl zweitrangig ist. Diese fokussierte Sicht auf den rein ökonomischen Teil der Gesundheitsökonomie zeigen die Antworten auf Frage Nr. 7. Über 60

Prozent der Studenten erwarten mögliche Vorteile in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit ihres ärztlichen Handelns durch Kenntnisse der Gesundheitsökonomie.

Die Relevanz des Faches wird von den Studenten in Ulm weniger wahrgenommen und das Interesse scheint begrenzt zu sein, wie man es an den Antworten zu Frage Nr. 4 sieht. 53 Prozent schätzen das Fach als weniger oder nicht relevant für ihre medizinische Ausbildung ein. Es wird von 83 Prozent der Befragten kein Nachteil in der Behandlung der Patienten gesehen, wenn man Gesundheitsökonomie nicht gelehrt bekommt (Frage Nr. 6). Durch diese Annahme hat der Student möglicherweise weniger Motivation dieses Fach intensiv zu erlernen.

Das fehlende Interesse der Studenten wird durch eine sehr geringe Teilnahme an den Vorlesungseinheiten zusätzlich unterstrichen (Frage Nr. 14). Auch die geringe Semesterwochenstundenzahl (1 SWS) wird von der Mehrheit als angemessen gesehen. 19 Prozent geben sogar an, dass diese Anzahl reduziert werden sollte.

Anhand der Antworten scheint es, als ob das Fach nicht perfekt auf die Bedürfnisse der Studenten angepasst ist. Offenbar erkennen die Studierenden keinen Zusammenhang zu der praktischen Ausübung ihres Berufes im zukünftigen ärztlichen Alltag. Aus den Antworten der Frage Nr. 10 wird ersichtlich, dass 73 Prozent der Studenten keine Sicherheit durch Kenntnisse der Gesundheitsökonomie auf das Handeln im späteren ärztlichen Alltag haben. Auch in klinisch erlebten Situationen sind die Ergebnisse zweigeteilt, was den erwarteten Nutzen von Gesundheitsökonomie in der Praxis betrifft (Fragen Nr. 8, 9,12). Der Bedarf einer besonders praxisorientierten Sichtweise und Anwendung im klinischen Alltag von Gesundheitsökonomie wird in den Fragen Nr. 8 und Nr. 9 deutlich. Die Studenten ordnen das Fach den theoretischen Fächern zu, weil ihnen der Bezug zum Praxisalltag fehlt (Frage Nr. 5).

Es zeigt sich, dass wir bei den Antworten eine höhere Zustimmung der Studenten erhalten, wenn die Fragen ein Kerngebiet der praktischen Medizin betreffen. Das sind zum Beispiel die Themenbereiche der evidenzbasierten Medizin, der Krankenversicherungssysteme und auch des Krankenhausmanagements (Fragen Nr. 16,18,19). Diese Bereiche haben für den Studenten mehr Bezug zum klinischen Alltag und werden als relevanter und wichtiger eingestuft.

Auf welcher Grundlage die Fragen beantwortet wurden, zeigen die folgenden Umfragewerte. Die Teilnahme an den Vorlesungseinheiten im Fach Gesundheitsökonomie ist sehr gering. Etwa 40 Prozent der Befragten haben keine Vorlesung besucht, 12 Prozent waren in einer von insgesamt 5 Vorlesungseinheiten. Nach diesen Werten bleibt offen, inwieweit die Studenten sich fundierte und detaillierte Kenntnisse zu diesem Fach haben aneignen können. Ohne eine regelmäßige Teilnahme an den Vorlesungseinheiten und dem dadurch fehlenden Fachwissen gibt es möglicherweise vorgefertigte Meinungen zu diesem Fach, die sich in den Antworten wiederspiegeln. Aus der Analyse der Antworten kann abgeleitet werden, dass ein beträchtlicher Anteil der Studenten scheinbar keinen Zugang zum Fach Gesundheitsökonomie erlangen konnte. Fast 45 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass keine Aspekte der Gesundheitsökonomie gelehrt werden, die für die ärztliche Tätigkeit relevant wären (Frage Nr. 11).

Bei den organisatorischen Aspekten der Lehre, wie z.B. Semesterwochenstunden oder Art der Lehrform, zeichnen sich klarere Tendenzen ab. Mehr als 70 Prozent erachten die Anzahl der gelehrten Stunden für angemessen und mehr als 50 Prozent geben an, dass Gesundheitsökonomie im zehnten Semester angeboten werden sollte. Bei der Stichprobe der Befragten handelt es sich um Studenten der Universität Ulm. Hier findet die Lehre auch im zehnten Semester statt und hat einen Umfang von einer Semesterwochenstunde. Die Mehrheit der Studenten ist der Meinung, dass das Fach im fortgeschrittenen Ausbildungsstand besser zu lehren sei. Es ist denkbar, dass die Einsicht besteht, dass medizinische Vorkenntnisse von Vorteil sind, um gesundheitsökonomische Aspekte im klinischen Alltag besser einordnen zu können. Für eine solche differenzierte Aussage müsste Fachwissen vorhanden sein, das durch die geringe Anzahl der besuchten Vorlesungen aber fragwürdig ist.

Es besteht eventuell das Vorurteil, dass innerhalb der Gesundheitsökonomie Entscheidungen auf rein ökonomischer und wirtschaftlicher Basis getroffen werden. Es geht hier aber nicht ausschließlich darum, dem Medizinstudenten die wirtschaftsökonomischen Aspekte des Arbeitsalltags eines Arztes näher zu bringen. Der Arzt ist ebenso ethisch und gesetzlich verpflichtet, im Rahmen seiner

Möglichkeiten zu helfen und zu heilen. Dies soll unter Berücksichtigung von Kosten der Behandlung geschehen. Dies wird im Folgenden weiter erläutert.
Die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Versorgungsstrategie eines Patienten kann nicht nur von einer Profession entschieden werden. Es sollte vielmehr als Kooperation zwischen dem ärztlichen und dem finanziellen Bereich möglich sein [27].
Für die optimale Lösung eines bestimmten Gesundheitsproblems eines Patienten, benötigt man medizinisches Fachwissen und Erfahrung. Ein Arzt führt eine ökonomische Analyse durch, indem er abwägt, bei welcher von mehreren Handlungsmöglichkeiten, das Verhältnis zwischen Aufwand und Ertrag (Kosten und Konsequenzen) für den Patienten am besten geeignet ist [29]. Dabei sind nicht die monetären Kosten gemeint, sondern Kosten, die für den Patienten entstehen, wie z.B. die Verweildauer im Krankenhaus. Auch die Konsequenzen werden aus Sicht des Patienten (medizinische und soziale Folgen) definiert [26]. Das Fach Gesundheitsökonomie will aus Medizinern keine reinen Betriebswirte machen, es bietet keine Therapieentscheidungen zu Gunsten oder zu Lasten eines Patienten.
Eine ökonomische Betrachtung soll sicherstellen, dass mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen ein möglichst hoher Gesundheitsstatus der Bevölkerung erreicht wird und eine individuell auf den Patienten zugeschnittene Therapie gefunden wird [12].

Die ökonomische Analyse kann durch ein Waagschalenmodell verdeutlicht werden, mit dem alternative Behandlungsmöglichkeiten aus ärztlicher und kaufmännischer Sicht abgewogen werden können [25, 27]. Für eine ökonomische Analyse muss zunächst ein Arzt aus medizinischer Sicht beurteilen, inwieweit, mit einer bestimmten Technologie oder Behandlungsmaßnahme, der Gesundheitszustand des Patienten verbessert werden kann. Dazu muss der Arzt alternative Handlungsmöglichkeiten, die für den Patienten in Frage kommen, kennen und gegeneinander abwägen. Hierfür werden die Kosten und der Nutzen für den Patienten abgewogen. Das bedeutet: was muss der Patient in Kauf nehmen (Kosten) um den bestmöglichen Nutzen für seine Gesundheit zu erlangen (Konsequenzen). Kosten für den Patienten können sein zum Beispiel Liegedauer im Krankenhaus, Schmerzen, körperliche Beeinträchtigung, OP Dauer.

Konsequenzen für den Patienten sind zum Beispiel Funktionalität vom Bewegungsapparat, Arbeitsfähigkeit, Lebensqualität. Nachdem der Arzt für seinen Patienten eine bestimmte Handlungsmöglichkeit als beste Option favorisiert, erfolgt die ökonomische Analyse aus Sicht des Kaufmanns [35]. Hier werden erneut der medizinische Mehrwert und die damit verbundenen monetären Kosten (als Geldeinheit) abgewogen. Es wird analysiert, welche Kosten mit der Gesundheitsleistung verbunden sind und ob die Bereitschaft vorliegt, die Kosten für die Gesundheitsverbesserung zu tragen [18].

Die Entscheidung für eine Gesundheitsleistung sollte im ärztlichen und kaufmännischen Einvernehmen getroffen werden. Die ethischen Grundsätze ärztlichen Handelns müssen berücksichtigt werden und lassen sich nicht immer mit ökonomischen Mitteln lösen [23]. Es ist problematisch wenn ein Arzt auf eine favorisierte Behandlungsmethode aus Kostengründen verzichten soll.
Es wird hier wiederum deutlich, dass eine ökonomische Analyse einer Gesundheitsleistung medizinisches Fachwissen unbedingt voraussetzt. Es müssen die Risiken bekannt sein, die von Patienten in Kauf genommen werden, als auch die Chancen, die durch eine Leistung möglich werden. Deshalb sollte bei der klinisch-ökonomischen Entscheidung ein medizinischer Vertreter des betreffenden Fachgebietes mit eingebunden sein, um das Verhältnis zwischen Aufwand und Ertrag in der Gesundheitsversorgung zu optimieren [26, 28].
Dem Studenten sollten diese Aspekte der ökonomischen Analyse im Fach Gesundheitsökonomie vermittelt werden und, dass dadurch sowohl der reine Unternehmensgewinn als auch die Qualität der Patientenversorgung gleichzeitig gesteigert werden können. Der Student sollte hier auf die besondere Rolle des Arztes vorbereitet werden, Entscheidungen zu treffen unter Berücksichtigung von Perspektiven der unterschiedlichen Akteure (Arzt, Patient, Krankenhaus, Krankenversicherung).
Ein interessanter Aspekt ist, dass auch von den lehrenden medizinischen Fachschaften keine Einigkeit darüber besteht, was das Fach Gesundheitsökonomie beinhalten sollte. Die Frage nach den vermittelten Lehrinhalten oder Themenschwerpunkten im Fach Gesundheitsökonomie ergab eine Vielzahl an Antworten (Frage Nr. 4). Es gibt Universitäten, die nur vier Themenbereiche angegeben haben. Andere Universitäten geben wiederum an, 17

Themengebiete zu unterrichten. Daraus resultieren in der Ausbildung der Studenten unterschiedliche Schwerpunkte in diesem Fachbereich.
Zusätzlich gibt es eine breite Streuung der gelehrten Themengebiete. Das kann dadurch erklärt werden, dass eine knappe Mehrzahl der Institute für Gesundheitsökonomie (54%) ihren Lernzielkatalog für dieses Fach selbst erstellt, ohne sich an öffentlichen Mustern zu orientieren (Frage Nr. 5). Weiter werden von vielen Instituten entweder keine oder unterschiedliche Bücher der Fachliteratur empfohlen (Frage Nr. 6).
Die freie Auslegung der Themenschwerpunkte wird von den zuständigen Instituten favorisiert. Nur 38 Prozent der Befragten Institute würden eine bundesweite Vereinheitlichung der Lerninhalte des Faches bevorzugen, der Rest möchte die individuelle Gestaltung beibehalten (Frage Nr. 7). Auch diejenigen medizinischen Fakultäten, die sich an einem öffentlichen Muster für ihren Lernzielkatalog orientieren (12 Universitäten), möchten trotzdem eine individuelle Gestaltung beibehalten. Die individuelle Lehre steht hier einer Vereinheitlichung entgegen. Eine Art standardisierter Lehrplan, der so bundesweit gleiche Inhalte ausgibt und die Studenten einheitlich auf einen Wissenstand bringt, ist somit unmöglich. Dies hemmt möglicherweise einen regen Wissensaustausch unter den Studenten und den Universitäten und Professoren.
Die Auswertung der am häufigsten verwendeten öffentlichen Mustern (Stoffkatalog DGSMP Brennecke et al. und Lernzielkatalog der Universität Freiburg) zeigt, dass der Handlungsspielraum für die zu vermittelten Lehrinhalte weiterhin groß ist. Die DGSMP hat einen sehr ausführlichen Katalog erstellt, wo von vornherein davon ausgegangen wird, dass die umfangreichen Inhalte nicht vollständig umgesetzt und gelehrt werden können. Es bleibt weiterhin den verantwortlichen Fakultäten überlassen, die für sie relevanten Teile auszuwählen. Auch hier fehlt eine einheitliche und verbindliche Rahmenvorgabe.
Das Fach Gesundheitsökonomie wird überwiegend im dritten Studienlehrjahr am Anfang des klinischen Studiums gelehrt, wo noch wenig Bezug zur ärztlichen Praxis besteht. Die meisten lehrenden Institute sehen anscheinend keinen Bedarf an medizinischen Vorkenntnissen für dieses Fach. Nur 3 der 26 Institute bieten das Fach im fortgeschrittenen 9 oder 10 Semester des Studiums an (Frage Nr. 2).

Das Querschnittsfach Q3 ist durch die Neufassung der ÄApprO im Jahr 2002 geschaffen worden. Gesundheitsökonomie wird seit mehr als 20 Jahren gelehrt und stellt damit kein junges Fach mehr dar. Es sollte inhaltlich klar definiert sein. Die lehrenden Institute sollten einheitliche Ziele für das Fach festlegen und Maßnahmen zur Zielerreichung ergreifen.
Die Uneinigkeit über die Lehre zeigt sich auch in der Zuordnung des Faches Gesundheitsökonomie innerhalb der Universitäten. Von den 26 Universitäten, die an der Umfrage teilgenommen haben gibt es 21 unterschiedliche Institute, die das Fach Gesundheitsökonomie lehren (s. Tabelle Nr. 5). Auch fachfremde Institute wurden mit der Lehre beauftragt, wie z.B. die Abteilung der Dermatologie oder der Apotheke. Die Institute selbst ordnen Gesundheitsökonomie überwiegend zu den sozialen Fächern ein (42%) und ein großer Teil zu den theoretischen Fächern (35%) (Frage Nr. 8). Diese Vorgehensweise zeigt den fehlenden Stand des Fachbereiches und macht die Forderung nach einer bundesweiten Vereinheitlichung deutlich um sich im Rahmen der medizinischen Ausbildung klar positionieren zu können.

Es stellt sich die Frage, ob die Universitäten sich der inhaltlichen und damit qualitativen Unterschiede in der Lehre von Gesundheitsökonomie bewusst sind. Die Konsequenzen dieser Vorgehensweise mit dem Fach Gesundheitsökonomie trägt der Student. Im ärztlichen Alltag wird er durch den zunehmenden ökonomischen Druck auf Krankenhäuser mit der Thematik schnell konfrontiert. Dann zeigen sich die Qualität der Ausbildung in diesem Bereich und die Vorteile eines praktisch und effizient agierenden Arztes im Gesundheitssystem.

Mit dem Konzept der ärztlichen und kaufmännischen ökonomischen Analyse alternativer Behandlungsmöglichkeiten kann man das Lehrfach Gesundheitsökonomie näher an den medizinischen Alltag bringen. Der praktische Bezug zur medizinischen Behandlung und zur Rolle des Arztes im ökonomischen System wird offensichtlich und kann das Interesse der Studenten am Fach wecken.
Genau an diesem Schnittpunkt – theoretische Lehre und ärztlicher Alltag im Krankenhaus – setzt unsere Befragung an. Durch die Zusammenarbeit der Fakultäten soll eine Verbindung zwischen Medizin und Wirtschaft geschaffen

werden. Entsprechen die Ergebnisse der Lehre den Anforderungen an einen Arzt aus Sicht der Medizinökonomen und ist die Lehre zielführend?
Deutlich wird, dass die bisherige Lehrform nicht beibehalten werden sollte und der Bedarf an Umgestaltung der Lehre besteht. Das kann zum Beispiel im Rahmen einer Konferenz mit ausgewählten Personen aus dem ärztlichen und wirtschaftlichen Bereich stattfinden. Zunächst müssen konkrete Ziele für die Lehre von Gesundheitsökonomie definiert werden. Daraus können Lehrinhalte abgeleitet werden, die einheitlich in der Lehre umgesetzt werden und eventuell bundesweit standardisiert werden. In einer weiteren Untersuchung wäre es möglich, die Effekte der strukturierten Lehre zu erfassen und zu bewerten.

5 Zusammenfassung

Die Ergebnisse dieser Dissertation geben Einblicke in das Lehrfach Gesundheitsökonomie aus Sicht der Studenten sowie der lehrenden Institute in Deutschland. Hierzu wurden Medizinstudenten (n=74) der Ulmer Universität sowie Lehrverantwortliche (n=26) des Faches an medizinischen Fakultäten mittels eines Fragebogens befragt.

Vor dem Hintergrund, dass wirtschaftliche Aspekte im Gesundheitswesen eine zunehmende Gewichtung einnehmen, stellt sich die Frage wie das Fach in der Lehre umgesetzt wird. Daraus soll abgeleitet werden ob die Notwendigkeit besteht das Fach Gesundheitsökonomie für die medizinische Ausbildung zu reformieren oder es in seiner aktuellen Form beizubehalten. Zusätzlich soll gezeigt werden wie das Fach von Studenten beurteilt wird und ob es eine gute Grundlage für die Anwendung in der Praxis bildet.

Es ist wichtig, dass ein Arzt mit zunehmenden Anforderungen und Fragestellungen aus der Gesundheitsökonomie gut umgehen kann und in diesem Bereich sicher agiert. Hier zeigt sich die hohe Relevanz des Querschnittsfaches Q3 Gesundheitsökonomie im Medizinstudium. Das Fach soll durch eine zielgerichtete und praxisorientierte Lehre den Studenten eine gute Basis für den zukünftigen ärztlichen Alltag bieten.

Gesundheitsökonomie gibt es als eigenständiges Pflichtfach seit der neuen Approbationsordnung von 2002. Dennoch zeigen die Ergebnisse der Befragung der Institute, dass Gesundheitsökonomie noch nicht den Stellenwert eingenommen hat, der im heutigen ärztlichen Umfeld nötig wäre. Bei den 26 medizinischen Fakultäten gab es 21 unterschiedliche Institute, die für die Lehre des Querschnittsbereichs verantwortlich sind. Zusätzlich sieht man anhand der Ergebnisse, dass die Lehre der Gesundheitsökonomie an deutschen Universitäten sehr unterschiedlich ausgeprägt ist, mit einer breiten Streuung der vermittelten Lehrinhalte. Ebenso ist die eingeplante Semesterwochenstundenzahl unterschiedlich. Der Lernzielkatalog wird teilweise mit Orientierung an ein öffentliches Muster erstellt, eine bundesweite Vereinheitlichung der Lernziele wird aber von der Mehrheit abgelehnt.

Die Ergebnisse der Befragung der Institute erwecken den Eindruck, dass Gesundheitsökonomie als ein theoretisches Fach angesehen und auch so gelehrt wird. Die Lehre findet überwiegend am Anfang der klinischen Ausbildung statt, wo noch wenig medizinisches Fachwissen und Praxisbezug vorhanden ist.
Die befragten Ulmer Medizinstudenten konnten nur einen geringen Bezug zum klinischen Alltag erkennen. Ein Großteil der Befragten scheint aus den vermittelten Lehrinhalten keine konkrete Handlungs- und Behandlungsstrategien für Ihren zukünftigen Arbeitsalltag ableiten zu können. Besonders deutlich wird dies in der Aussage vieler Studenten, dass Kenntnisse in den Grundlagen der Gesundheitsökonomie nicht als vorteilhaft angesehen werden. Sie sind der Meinung, keine relevanten Aspekte der Gesundheitsökonomie für den späteren ärztlichen Alltag vermittelt zu bekommen. Daraus resultieren möglicherweise die geringen Teilnahmequoten an den Vorlesungseinheiten zum Fach Gesundheitsökonomie.

Die Ergebnisse der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten empirischen Untersuchung bestätigen, dass die Relevanz des Faches Gesundheitsökonomie von Medizinstudenten nicht erkannt wird. Mögliche Ursachen sind eine unzutreffende Auswahl von Themen, eine ungeeignete Darstellung dieser Themen, noch unzureichende klinische Kenntnisse der Studenten, sodass die erforderliche Abwägung zwischen medizinisch Notwendigem und finanziell Leistbaren nicht wahrgenommen werden kann.

Die Struktur der Lehre bedarf einer Optimierung, mit neuen und praxisnahen Ansätzen kann das wichtige Fach für Studenten wieder interessant und anwendbar werden. Ein stärkerer praktischer Bezug zu den vielen theoretischen Inhalten ist einfacher vermittelbar. Im heutigen Gesundheitssystem ist das Wissen der ökonomischen Aspekte von großem Vorteil. Auch die lehrenden Institute sollten sich auf eine klare Definition von Gesundheitsökonomie einigen und einheitlich die Lernziele definieren. Ziel sollte sein, medizinische und ökonomische Denkansätze produktiv miteinander zu verzahnen.

6 Literaturverzeichnis

[1] Beek, K van der, Beek, G van der: Vorwort; Gesundheitsökonomie: Der Versuch einer Definition. In: Beek, K van der, Beek, G van der (Hrsg.): Gesundheitsökonomik. Einführung. Oldenbourg: 1; 20-22 (2011)

[2] Berger H, Stock C: Grundlagen der Gesundheitsökonomie Ges Gesundheitspolitik. In: Schmidt-Rettig B, Berger H, Stock C, Eichhorn S (Hrsg.): Krankenhaus-Managementlehre. Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts. Kohlhammer: 16-19 (2008)

[3] Brennecke R, Boschek H-J, Geraedts M, Scheidig C, Swart E, Walter U: Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP); Catalogue of Subjects in the Socio-medical Sciences for the German Medical Licensing Regulations. Das Gesundheitswesen 68: 48-64 (2006)

[4] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (1. ÄApprOÄndV). www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html (02.04.2013)

[5] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz - KVKG). http://www.gesetze-im-internet.de/kvkg/BJNR010699977.html (07.09.2014)

[6] Claus S: Ökonomisierung der Krankenversorgung. Schon für Studierende prägend. Deutsches Ärzteblatt 110: 178 (2013)

[7] Daniels K: Medical Process Management. Wie professionell ist Medizin heute? Deutsches Ärzteblatt 110: 961 (2013)

[8] Flintrop J: Ökonomie im Krankenhaus. Die Dosis macht das Gift. Deutsches Ärzteblatt 110: 1289 (2013)

[9] Flintrop J: Krankenhäuser zwischen Medizin und Ökonomie. Die Suche nach dem richtigen Maß. Deutsches Ärzteblatt 111: 1929-1931 (2014)

[10] Flintrop J, Rieser S: Krankenhäuser. Die Mittelknappheit schadet den Patienten. Deutsches Ärzteblatt 111: 1491-1492 (2014)

[11] Gruner C: Hedonic pricing: Ein sinnvoller Ansatz zur Bewertung von Gesundheitstechnologien? http://digibib.hs-nb.de/file/dbhsnb_derivate_0000000816/Bachelorarbeit-Gruner-2010.pdf (03.05.2015)

[12] Hajen L, Paetow H, Schumacher H: Probleme und Methoden der Gesundheitsökonomie. In: Hajen L, Paetow H, Schumacher H (Hrsg.): Gesundheitsökonomie. Strukturen - Methoden - Praxis. Kohlhammer: 15-19 (2010)

[13] Hope J-D: Die Patient-Arzt-Beziehung im 21. Jahrhundert. In: Katzenmeier C, Bergdolt K (Hrsg.): Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert. Springer: 1-8 (2009)

[14] Hümpfner A: Saarländischer Fachärztetag des Facharztforums am 15.03.2014 „Die Entmündigung des Arztberufs“. www.facharztforum-saar.de/wp-content/uploads/2013/12/Zusammenfassung-8.-Fach%C3%A4rztetag-15.03.14-Langfassung-fv.pdf (2014) (10.09.2014)

[15] Institute of Clinical Economics e.V.: http://www.ice-ev.de (20.11.2014)

[16] Kromrey H: Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung. Lucius & Lucius: 211-218; 299-300 (2006)

[17] Kühn H, Simon M: Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung. http://forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/kh-projekt_abschlussbericht_dlr_2.pdf (02.04.2014)

[18] Leidl R: Der Effizienz auf der Spur: eine Einführung in die ökonomische Evaluation. In: Leidl R, Schwartz F W, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Dierks M, Busse R, Schneider N (Hrsg.): Public Health : Gesundheit und Gesundheitswesen. Elsevier, Urban & Fischer: 493-499 (2012)

[19] Leidner O: Wettbewerb im Gesundheitswesen. Was sich nicht rechnet, findet nicht statt. Deutsches Ärzteblatt 106: 1456-1460 (2009)

[20] Ludwig W-D: Professionalisierungsschub gegen Ökonomisierung und Technokratisierung. Fachzeitschrift Monitor-Versorgungsforschung 2: 6-9 (2009)

[21] Manzeschke, A: Dem Einzelnen und der Gesellschaft gerecht werden. Ethische Überlegungen zu den DRG und der Ökonomisierung im Krankenhaus. In: Wild V, Pfister E, Biller-Andorno N (Hrsg.): DRG und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen. EMH Schweizerischer Ärzteverlag: 63-75 (2011)

[22] Möllmann M: Zukunftsorientierte Gestaltung des ambulanten Operierens. Organisationsaspekte und medizinische Möglichkeiten. Der Anaesthesist 60: 986-994 (2011)

[23] Porzsolt F: Grundlagen der klinischen Ökonomik. Schriftenreihe PVS Verband Band 11: 17-23; 77-82; 128 (2011)

[24] Porzsolt F: Ökonomisierung oder Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung. Public Health Forum 21: 33-35 (2013)

[25] Porzsolt F: Statistik für Onkologen. Onko Update 2014 – Handbuch Onkologie 2014: 17-18 (2014)

[26] Porzsolt F, Bauer K, Henne-Bruns D: Klinische Ökonomik: Ein Konzept zur Optimierung der Gesundheitsversorgung. Der Chirurg 83: 268-273 (2012)

[27] Porzsolt F, Geier J: Aufgaben der Versorgungsforschung aus Sicht der Klinischen Ökonomik. Fachzeitschrift Monitor-Versorgungsforschung 6: 32-37 (2013)

[28] Porzsolt F, Pressel H, Maute-Stephan C, Kindervater R, Geldmacher J, Meierkord S, Sigle J M, Eisemann M: Appraisal of health care: from patient value to societal benefit. Journal of Public Health 18: 297-302 (2010)

[29] Porzsolt F: Klinische Ökonomik: Die Bewertung von Gesundheitsleistungen aus Sicht des Patienten. In: Porzsolt F, Williams A R, Kaplan R M (Hrsg.): Klinische Ökonomik. Effektivität & Effizienz von Gesundheitsleistungen. ecomed: 17-39 (2003)

[30] Porzsolt F: Die Symbiose von Ökonomie und Medizin aus ärztlicher Sicht. In: Porzsolt, Franz, Tilgner S (Hrsg.): Managed Care. Perspektive für das deutsche Gesundheitswesen? PVS: 22-63 (2010)

[31] Porzsolt F, Kaplan R: “CLINECS”: Strategy and Tactics to Provide Evidence of the Usefulness of Health Care Services from the Patient’s Perspective (Value for Patients). In: Porzsolt F, Kaplan R M (Hrsg.): Optimizing health. Improving the value of healthcare delivery. Springer: 1-8 (2006)

[32] Reifferscheid A, Pomorin N, Wasem J: Umgang mit Mittelknappheit im Krankenhaus. Rationierung und Überversorgung medizinischer Leistungen im Krankenhaus. http://work.euroforum.de/data/pdf/Executive_Summary_Studie_Dr_Juergen_Meyer_Stiftung.pdf (2014) (11.02.2015)

[33] Sattler J-D: Bettenmanagement in der Intensivstation - Prospektive Untersuchung organisatorischer Einflüsse auf Verlegungsplanungsprozesse. Anästhesiologie & Intensivmedizin 54: 225-231 (2013)

[34] Schnell, Rainer, Hill, Paul Bernhard, Esser, Elke: Der Forschungsprozess. In: Schnell R, Hill P B, Esser E (Hrsg.): Methoden der empirischen Sozialforschung. Oldenbourg: 7-14 (2005)

[35] Schöffski O, Schöffski O, Greiner W: Einführung, Ökonomie im Gesundheitswesen; Das QALY-Konzept als prominentester Vertreter der Kosten-Nutzwert-Analyse. In: Schöffski O, Graf von der Schulenburg, M (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. Springer: 3-11; 71-80 (2012)

[36] Stößel U, Troschke J. v: Medizinische Fakultät Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Lernzielkatalog für das Fach Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege (Querschnittsbereich 3). www.medizinstudium.uni-freiburg.de/lehrende/Lernzielkataloge/qb_geundhoekon.pdf (2006) (01.09.2014)

[37] Stüwe H: Gesundheitswesen. Wunschzettel für die Politik. Deutsches Ärzteblatt 110: 916 (2013)

[38] Universität Ulm: Studierendenstatistik. Studienorganisation. http://www.uni-ulm.de/fileadmin/website_uni_ulm/studium/Studierendenstatistik/SS2012/Statistik5_SS2012.pdf (18.02.2015)

[39] Wasem J: Überblick über die Gesundheitsreform. In: Orlowski U, Wasem J (Hrsg.): Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG). Änderungen und Auswirkungen auf einen Blick. C.F. Müller: 1-9 (2007)

Anhang

1. Auflistung aller genannten Lehrinhalte der Frage Nr. 4

Grundtypen von Gesundheitssystemen (marktbasiert, Sozialversicherung, staatlich), "Marktmodell"
Grundprinzipien der Finanzierung von GKV und PKV
Einrichtungen und Zuständigkeiten im Gesundheitssystem
Kassenärztliche Vereinigung und Finanzierung der Praxen
Grundprinzipien der Vergütung ambulant und stationär in Deutschland, ambulante ärztl. Versorgung, "Krankenhausfinanzierung"
Grundbegriffe und Zusammenhänge Gesundheitsökonomie, Einführung
Finanzierung und Steuerung des Gesundheitswesens
Krankheitskosten und Kosteneffektivität von Gesundheitsleistungen
Performanz des Gesundheitssystems
Gesundheitsökonomische Aspekte der Prävention
Grundbegriffe des ökonomischen Denkens
Was ist Effizienz und Effektivität?
Kosten-Nutzen-Bewertung
Besonderheiten von Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen
Verschiedene Perspektiven der Kostenbetrachtung
Krankenhausmanagement- controlling, Struktur & Aufgaben der Krankenhäuser, DRG-Abrechnungssystem, AMNOG
Maßnahmen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Ethik und Ökonomie: Bleibt Gesundheit in der Zukunft bezahlbar?
SGB V und Wirtschaftlichkeitsgebot
Ökonomische Bewertungsmethoden
Gesundheitsökonomische Evaluation/ Aspekte/ klinisches Anwendungsbeispiel
Gesundheitsökonomische Evaluation von Arzneimitteln in Deutschland: Methodische Ansätze und Umsetzung
Marktversagen und ethische Rechtfertigung eines ökonomischen Eingriffs
Grundlagen der gesundheitsökonomischen Evaluation; (Begriff der sog. „vierten Hürde“, Formen der gesundheitsökonomischen Evaluationen, kritisch mit dem Konzept ökonomischer Evaluationen)
Kosten- und Effektmessung in der ökonomischen Evaluation, Lebensqualität
Neue Versorgungsformen und Qualitätssicherung; (Grundzüge des Qualitätsmanagement , Verfahrensweise bei Disease-Management-Programmen, Verfahrensweise der externen Qualitätssicherung)
Gesundheitssystemvergleich: UK und USA, international
Kostenaspekte bei der Arzneimittelentwicklung und Arzneimitteltherapie, Arzneimittelmarkt
Health Technology Assessment, Einrichtungen zur Bewertung von neuen Technologien im Gesundheitswesen in Deutschland und international
Evidenzbasierte Patienteninformation

Gesundheit und Krankheit im System der sozialen Versicherung und Versorgung
Lerneinheit Pflegeversicherung
Gesundheitssystem/ - Versorgungsforschung und Public Health
Lerneinheit Begutachtung (sozialmedizinische Kenntnisse, Leistungseintritt zw. GKV/GRV versus GUV)
Der medizinische Dienst der Krankenkassen, Arzneimittelversorgung, Heilmittel, Hilfsmittel
Praxisfeld: Spezielle sozialmedizinische Aufgaben: Gewalt in der Familie
Aufgaben und Pflichten von Krankenkassen, Ärztekammern, KV
Qualitätsmanagement
Öffentlicher Gesundheitspflege und Öffentlichem Gesundheitsdienst
Ziele und Instrumente der Gesundheitspolitik, Gesundheitsprogramme der einzelnen politischen Parteien
Die Rolle des G-BA und des IQWIG im Gesundheitssystem
Bedeutung des Gesundheitswesens als Wirtschaftsfaktor
Ärztliche Berufsausübung im Gesundheitssystem (Rolle ärztlicher Körperschaften und Berufsverbände)
Stellung der Patienten und ihrer Vertretungen, Patientenperspektive
Gesundheitsökonomische Studientypen
Evidenzbasierte Medizin; Evolution u Schwierigkeiten bei Umsetzung
Steuerungsprobleme und –ansätze
Aktuelle Entwicklungen im Gesundheitssystem, die Gesundheitsreformen
Wie kommt eine neue Methode in den GKV-Leistungskatalog?
Datenquellen
OP Management
Klinische Pfade /Medizin-Controlling
Demographie
Rechtliche Grundlagen ärztlichen Handelns, Arzthaftungsrecht und Aufklärungspflicht
Informationstechnologie im Krankenhaus
Die Organisation des Rehabilitationssystems
Die Arztlaufbahn – Was erwartet uns?
Geschichte des Gesundheitssystems
Entscheidungs- Unsicherheitsanalyse und Entscheidungsunterstützung in der Gesundheitsökonomie

2. Fragebogen Studenten

UNIVERSITÄT DUISBURG ESSEN

Offen im Denken

Fragebogen zur Lehre im Querschnittfach Q 3 Gesundheitsökonomie

Bei mehreren Antwortmöglichkeiten bitte immer nur eine Antwort auswählen!

1) Wie angemessen schätzen Sie die Anzahl der gelehrten Stunden des Lehrfaches Gesundheitsökonomie ein?

- ○ Angemessen
- ○ Es sollten mehr Semesterwochenstunden für dieses Lehrfach veranschlagt werden.
- ○ Die Anzahl der Semesterwochenstunden für dieses Lehrfach sollte in Zukunft reduziert werden.

2) In welchem Fachsemester des Studiums wäre es Ihrer Meinung nach am sinnvollsten das Fach Gesundheitsökonomie zu unterrichten?

○ 5. ○ 6. ○ 7. ○ 8. ○ 9. ○ 10.

3) In welcher Form einer Lehrveranstaltung sollte das Fach Gesundheits-ökonomie unterrichtet werden, um die Inhalte geeignet vermitteln zu können?

- ○ Vorlesung
- ○ Seminar
- ○ Kombination aus Vorlesung und Seminar
- ○ Praktikum

4) Wie relevant schätzen Sie das Fach Gesundheitsökonomie für Ihre medizinische Ausbildung ein?

○ Sehr relevant ○ Relevant ○ Weniger relevant ○ Nicht relevant

5) Wie schätzen Sie den Stellenwert des Faches Gesundheitsökonomie im Vergleich mit anderen Fächern für Ihre Ausbildung ein?
Der Stellenwert der Gesundheitsökonomie ist am ehesten vergleichbar mit:

- ○ dem größerer Fächer wie Innere Medizin oder Chirurgie
- ○ dem kleinerer Fachgebiete wie Hals-Nasen-Ohren- oder Augenheilkunde
- ○ dem theoretischer Fächer wie Epidemiologie oder Biometrie
- ○ dem sozialer Fächer wie Sozialmedizin oder Ethik in der Medizin

6) Erwarten Sie Nachteile in der Behandlung eines Patienten, wenn Sie als Studentin/ Student das Fach Gesundheitsökonomie an der Universität nicht gelehrt bekommen?

○ Nein (Weiter mit Frage 7) ○ Ja (Weiter mit Frage 6.1)

6.1) Welche möglichen Nachteile würden Sie für den Patienten erwarten?

○ Potentiell lebensbedrohlich
○ Funktionelle Einschränkungen nach Behandlung
○ Längerer Krankheitsverlauf ohne Verschlechterung der Prognose
○ Schlechtere Lebensqualität nach Behandlung

7) Erwarten Sie Vorteile in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit Ihres ärztlichen Handelns, wenn Sie als Studentin/ Student das Fach Gesundheitsökonomie gelehrt werden?

○ Ja, auf jeden Fall
○ Möglicherweise
○ Eher nicht
○ Nein, auf keinen Fall

8) Haben Sie im Rahmen von Famulaturen und dem Blocksemester schon Situationen erlebt, in denen Sie die Vorgehensweise/ Behandlungsstrategien erst im Nachhinein mit Ihrem jetzigen Wissen aus der Gesundheitsökonomie nachvollziehen konnten?

○ Nie
○ Manchmal
○ Oft
○ Sehr oft

9) Hilft Ihnen das erworbene Wissen aus der Gesundheitsökonomie klinische Situationen/ Behandlungsstrategien auf ihre Sinnhaftigkeit aus einer zusätzlichen Perspektive zu beurteilen?

○ Ja
○ Eher ja
○ Eher nein
○ Nein

10) Geben Ihnen als Student die Kenntnisse in den Grundlagen der Gesundheitsökonomie mehr Sicherheit in Bezug auf das Handeln im späteren ärztlichen Alltag und in der Betreuung der Patienten?

- ○ Ja
- ○ Eher ja
- ○ Eher nein
- ○ Nein

11) Werden in diesem Lehrangebot die Ihrer Meinung nach für Sie als zukünftige/n Ärztin/ Arzt relevanten Aspekte der Gesundheitsökonomie vermittelt?

○ Nein ○ Ja

12) Können Sie aus dem vermittelten Lehrinhalt konkrete Handlungs- und Behandlungsstrategien für Ihren zukünftigen Arbeitsalltag ableiten?

○ Nein ○ Ja

13) Wird Ihnen als Medizinstudentin/-Student im Fach Gesundheitsökonomie etwas angeboten, das Ihnen während Ihrer Ausbildung in keinem anderen Fach vermittelt wird?

- ○ Nein
- ○ Ja

  Bitte nennen Sie Beispiele: _____

14) Wie viele Vorlesungseinheiten haben Sie im Fach Gesundheitsökonomie besucht?

○ 5 ○ 4 ○ 3 ○ 2 ○ 1 ○ 0

<u>Bewertung der einzelnen Unterrichtseinheiten des Lehrangebots</u>

A) <u>Thema: Bewertung von Gesundheitsleistungen – Gesundheits-ökonomie aus medizinischer Sicht</u>

15) Wie relevant schätzen sie die Inhalte dieses Themengebiets für Ihre medizinische Ausbildung ein?

○ Sehr relevant ○ Relevant ○ Weniger relevant ○ Nicht relevant

16) Wie wichtig schätzen Sie die Beschäftigung mit methodischen Grundlagen wie evidenzbasierter Medizin und Basic Requirements ein, um klinisch sinnvolle Entscheidungen treffen zu können?

○ Sehr relevant ○ Relevant ○ Weniger relevant ○ Nicht relevant

B) Thema: Wirtschaftswissenschaftliche Grundlagen der Gesundheitsökonomie

17) Wie relevant schätzen sie die Inhalte dieses Themengebiets für Ihre medizinische Ausbildung ein?

○ Sehr relevant ○ Relevant ○ Weniger relevant ○ Nicht relevant

C) Thema: Krankenversicherungssysteme

18) Wie relevant schätzen sie die Inhalte dieses Themengebiets für Ihre medizinische Ausbildung ein?

○ Sehr relevant ○ Relevant ○ Weniger relevant ○ Nicht relevant

D) Thema: Krankenhausmanagement

19) Wie relevant schätzen sie die Inhalte dieses Themengebiets für Ihre medizinische Ausbildung ein?

○ Sehr relevant ○ Relevant ○ Weniger relevant ○ Nicht relevant

Persönliche Daten

Universität:

Fachsemester:

Bevorzugte Fachrichtung:

Alter:

Geschlecht:

Abdruck des Fragebogens mit freundlicher Genehmigung von Professor Porzsolt.

3. Fragebogen Universitäten

UNIVERSITÄT DUISBURG ESSEN

Offen im Denken

UNIVERSITÄT ULM · SCIENDO · DOCENDO · CURANDO

Fragebogen zur Lehre im Querschnittfach Q 3 Gesundheitsökonomie

Dieser Fragebogen wird an die Lehrverantwortlichen des Faches Gesundheitsökonomie an allen deutschen Universitäten gesendet und wir bitten Sie diese Erhebungen zu unterstützen.
Bei jeder Frage bitte immer nur eine Antwortmöglichkeit auswählen!

1) Wie viele Semesterwochenstunden umfasst das Fach Gesundheitsökonomie an Ihrer Universität?

2) In welchem Fachsemester wird das Lehrfach angeboten?

3) Durch welche Art der Leistungskontrolle wird das Gelernte geprüft?

4) Was sind die Lerninhalte/ Themenschwerpunkte, die vermittelt werden?
(Bitte tragen Sie die Themen hier ein oder hängen Sie ein Dokument an, indem diese Themen beschrieben sind!

5) Haben Sie sich bei den Vorgaben Ihres Lernzielkataloges für die Inhalte im Lehrfach Gesundheitsökonomie an öffentlich zugänglichen Mustern orientiert oder selbst einen Lernzielplan erstellt?

- ○ Ohne Orientierung an einem öffentlich zugänglichen Muster
- ○ Mit Orientierung an einem öffentlich zugänglichen Muster

(Sofern ein öffentlich zugängliches Muster verwendet wurde, bitte dieses dem Dokument anhängen!)

6) Empfehlen Sie ein Lehrbuch zum Thema Gesundheitsökonomie zur Ergänzung und Nachbereitung des Unterrichtsfaches? Wenn ja, welches?

7) Würden Sie eine bundesweite Vereinheitlichung der Lerninhalte des Faches bevorzugen oder sollte die Gestaltung der Lernziele im Fach Gesundheitsökonomie weiterhin den einzelnen Universitäten überlassen werden?

   - ○ Die Vereinheitlichung wird bevorzugt.
   - ○ Die individuelle Entwicklungsmöglichkeit der Lernziele sollte erhalten bleiben.

8) Wie schätzen Sie den Stellenwert des Faches Gesundheitsökonomie im Vergleich mit anderen Fächern innerhalb der medizinischen Ausbildung ein? Der Stellenwert der Gesundheitsökonomie ist am ehesten vergleichbar mit:

   - ○ dem größerer Fächer wie Innere Medizin oder Chirurgie
   - ○ dem kleinerer Fachgebiete wie Hals-Nasen-Ohren- oder Augenheilkunde
   - ○ dem theoretischer Fächer wie Epidemiologie oder Biometrie
   - ○ dem sozialer Fächer wie Sozialmedizin oder Ethik in der Medizin

9) Welche Inhalte werden dem Medizinstudenten im Fach Gesundheitsökonomie angeboten, die in seiner Ausbildung von keinem anderen Fach vermittelt werden?

Abdruck des Fragebogens mit freundlicher Genehmigung von Professor Porzsolt.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen Personen herzlich bedanken, die zum Gelingen dieser Promotionsarbeit beigetragen haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Professor Porzsolt für seine fachliche Betreuung und hilfreiche Unterstützung. Er stand mir jederzeit mit wertvollen Ratschlägen und Anregungen zur Seite.

Professor Wasem möchte ich danken für die angenehme und produktive Zusammenarbeit.

Ganz großer Dank gilt meinem Ehemann für seine unermüdliche Unterstützung und Motivation, ohne die diese Arbeit so nicht möglich gewesen wäre.

Ich danke auch meinen Eltern Ilona und Miroslaw Banaszek, die mich auf meinem Weg durch das Studium begleitet haben und mir auch während der Anfertigung der Doktorarbeit immerzu unterstützend und liebevoll zur Seite standen.

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.