

Journal für

# Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

– Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology –

Andrologie • Embryologie & Biologie • Endokrinologie • Ethik & Recht • Genetik  
Gynäkologie • Kontrazeption • Psychosomatik • Reproduktionsmedizin • Urologie



## Nachwuchssituation in Gynäkologischer Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Bals-Pratsch M, Gagsteiger F, van der Ven H

*J. Reproduktionsmed. Endokrinol* 2004; 1 (2), 120-126

[www.kup.at/repromedizin](http://www.kup.at/repromedizin)

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Offizielles Organ: AGRBM, BRZ, DVR, DGA, DGGEF, DGRM, D-I-R, EFA, OEGRM, SRBM/DGE

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft, A-3003 Gablitz

# NACHWUCHSSITUATION IN GYNÄKOLOGISCHER ENDOKRINOLOGIE UND REPRODUKTIONSMEDIZIN

## ZUSAMMENFASSUNG

Die gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin (GE/RM) ist seit Jahren mit zunehmender Tendenz an deutschen Universitätsfrauenkliniken unterrepräsentiert. Die Onkologie dominiert inzwischen auf allen Ebenen der Frauenkliniken. Es gibt immer weniger Professuren und Abteilungen mit eigenem Budget, die für habilitierte Frauenärzte eine berufliche Perspektive und Zukunft an der Universität in Klinik, Forschung und Lehre in der GE/RM bieten können. Diese Entwicklung ist durch den geringen Anteil der IVF-Zyklen an den Universitäten und die geringe Publikationsfrequenz im internationalen Vergleich dokumentiert. Datengrundlage waren eine Befragung der reproduktionsmedizinischen Zentren einschließlich Kliniken, Sonderauswertung des Deutschen IVF-Registers sowie eine Anfrage an die Bayerische Landesärztekammer. Entsprechend der Datenlage ist die universitäre Weiterbildung in GE/RM gefährdet. Es besteht Handlungsbedarf. Frauen repräsentieren fast 50 % der Frauenärzte in Deutschland. Sie haben aber im Vergleich zu den männlichen Kollegen bei der weiteren Qualifizierung, z. B. für Fakultative Weiterbildung GE/RM, Nachholbedarf. Die fakultative Weiterbildung haben insgesamt nur ca. 2 % der Frauenärztinnen und -ärzte. Da viele hochqualifizierte Hormon- und Fertilitätsspezialisten wegen der fehlenden beruflichen Perspektive von der Universität in die Praxis abgewandert sind, könnte durch Einbeziehung dieser Frauenärztinnen und -ärzte das universitäre Weiterbildungsvakuum einschließlich der Lehre gefüllt werden. Jedoch müssten die Strukturen geschaffen werden, wie z. B. Etablierung von Akademischen Lehrpraxen und Schaffung von Honorarprofessuren. Dieses Modell wäre kostengünstig und schnell realisierbar.

## AKTUELLE SITUATION: GYNÄKOLOGISCHE ENDOKRINOLOGIE UND REPRODUKTIONSMEDIZIN

Die gute Nachricht zuerst: Der 106. Deutsche Ärztetag hat im Mai 2003 in Köln den Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin (GE/RM) mit 3jähriger Weiterbildungszeit beschlossen [1]. Damit wird es auch auf diesem Gebiet eine führbare Berufsbezeichnung geben. Diese Aufwertung der speziellen GE/RM sollte ein Anreiz für den Nachwuchs in unserer Disziplin sein. Doch wo wird dieser Nachwuchs an deutschen Universitäten noch ausreichend ausgebildet?

Der Stellenwert der GE/RM an den Hochschulen ist seit mindestens zwei Jahrzehnten zunehmend zurückgegangen. Das betrifft, wie noch gezeigt wird, Forschung, Lehre, Krankenversorgung und Weiterbildung gleichermaßen. Und das, obwohl der Problemkreis „Hormone“ in der täglichen frauenärztlichen Praxis einen hohen Stellenwert hat. Trotzdem sind nicht die Hormon-, Menopausen- und Sterilitätssprechstunden die bedeutenden Aushängeschilder der deutschen Universitätsfrauenklinik. Heute ist die Brustsprechstunde die wichtigste für den poliklinischen Bereich. Der alles dominierende Schwerpunkt der universitären gynäkologischen Einrichtungen ist die Onkologie. Das zeigt sich schon an der Leitung: Die Lehrstühle für Gynäkologie und Geburtshilfe in Deutschland sind überwiegend mit Onkologen und operativ tätigen Ordinarien und Ordinaria besetzt. Endokrinologen und Reproduktionsmediziner spielen ein Schattendasein. Diese für Reproduktionsmediziner und Endokrinologen und für das gesamte Fach unbefriedigende berufs- und hochschulpolitische Entwicklung ist im internationalen Vergleich einmalig. So gibt es in den USA selbstverständlich an jedem „Department of

Obstetrics and Gynecology“ einer „Medical School“ eine „Section of Endocrinology and Infertility“. Die Weiterbildung zum Gynäkologischen Endokrinologen und Reproduktionsmediziner erfolgt ausschließlich in diesen universitären Einrichtungen. Die hohe Qualität der 3jährigen Spezialisierung mit obligater wissenschaftlicher Tätigkeit für 1 Jahr wird durch Auswahlverfahren für die begrenzten Weiterbildungsstellen mit zentraler schriftlicher und mündlicher Prüfung gesichert.

Und wie ist es hierzulande? Professuren für GE/RM sind in den letzten Jahren immer seltener ausgeschrieben worden, und wenn, dann wurden die Stellen häufig nicht besetzt. Die entsprechenden Abteilungen sind abgebaut worden oder haben ihre eigenen Budgets verloren. Weiterbildungsstellen und Liquidationsrecht wurden gestrichen. Wegen der sehr beschränkten Möglichkeiten an den Universitäten für die Erlangung einer selbständigen leitenden Funktion auf C3- oder C4-Ebene und den ungleich besseren Möglichkeiten, in ambulanten Zentren die eigenen Vorstellungen umzusetzen, sind die früher an Hochschulen tätigen hochqualifizierten Hormon- und Fertilitätsspezialisten in großem Umfang in die Niederlassung abgewandert. Dieser bedauernde Umstand ist ein weiterer Grund dafür, daß ein Vakuum für Forschung, Lehre und Weiterbildung an den Universitäten entstehen konnte. Dieser Veränderungsprozess an den Universitätskliniken wurde in der Vergangenheit durch wirtschaftlichen Druck beschleunigt: Oft fehlte die Möglichkeit, die kosten- und personalintensiven endokrinologischen Behandlungen und die künstliche Befruchtung mit der gesetzlichen Krankenkasse abzurechnen.

Zur Sicherstellung von ausreichenden Ausbildungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie von Lehre und Forschung in der GE/RM an den deutschen Universitätskliniken, müssten neue Abteilungen für GE/RM geschaffen werden. In Zeiten leerer

Kassen scheint diese Forderung jedoch illusorisch. Eine Alternative wäre die Einbeziehung der vorhandenen niedergelassenen Zentren für Reproduktionsmedizin und Gynäkologische Endokrinologie mit der in ihnen vorhandenen Expertise in die universitären Strukturen. Die fachliche Kompetenz der niedergelassenen Zentren drückt sich unter anderem darin aus, daß fast 20 % der meist in Gemeinschaftspraxis geführten Zentren durch mindestens einen habilitierten Praxisinhaber geleitet werden.

Der Vorschlag „Akademische Lehrpraxen“ zu installieren, wurde bereits in einem Maßnahmenkatalog auf der Basis der „Strukturpolitischen Tagung der Jüngeren Generation der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin“ (AGGEF) in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGE) in Freiburg im Jahre 1995 [2] gemacht. In diesem Zusammenhang ist es interessant festzustellen, daß eine ganze Reihe der damals vorgeschlagenen Maßnahmen mittlerweile in die Tat umgesetzt worden sind. Bezüglich der hier vorliegenden Fragestellungen – Nachwuchs, universitäres System, Frauenförderung – konnten allerdings trotz vielfältiger Anstrengungen von seiten der Vertreter der GE/RM bisher nur wenige Fortschritte erzielt werden.

## DATENGRUNDLAGE

Da die GE/RM derzeit keine „führbare“ Weiterbildung ist, sind offizielle Angaben zu Frauenärztinnen und -ärzten mit fakultativer Weiterbildung in den Statistiken der Bundesärztekammer (BÄK) nicht zu finden.

### Anfrage Bayerische Landesärztekammer

Aus diesem Grund wurde 11/2002 eine Anfrage an die Bayerische Landesärztekammer gerichtet, wie viele Frauen-

ärztinnen und -ärzte in Bayern die fakultative Weiterbildung GE/RM erworben haben. Es wurden 52 Frauenärztinnen und -ärzte in Bayern genannt [3]. Die Hochrechnung der bayerischen Zahlen für die BRD unter Verwendung der Statistik der Bundesärztekammer 2002 ergibt, daß nur 335 der 15.228 Gynäkologen/-innen in Deutschland (2,2 %) die fakultative Weiterbildung GE/RM erworben haben [4].

### Sonderauswertung Deutsches IVF-Register

Es wurde zusätzlich eine Sonderauswertung vom Deutschen IVF-Register [5] durchgeführt, um einen Überblick über die Verteilung der Leistungen der künstlichen Befruchtung zwischen niedergelassenem, klinischem und universitärem Bereich zu erhalten. Im Jahre 2001 wurden nur noch 12,3 % aller 75.086 IVF- und ICSI-Zyklen an Universitätskliniken durchgeführt, gegenüber 73,9 % im niedergelassenen Bereich. An niedergelassenen Zentren werden jährlich im Schnitt 739 Punktionszyklen durchgeführt, im klinischen Zentrum sind es 324 und in den universitären Zentren im Schnitt 288 (Tab. 1).

### Fragebogenauswertung Mitglieder DGGEF, BRZ, DIR

Um Angaben über die derzeitige Weiterbildungssituation für GE/RM machen zu können, wurden im Oktober 2002 Fragebögen von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF) gemeinsam mit dem Bundesverband

Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands (BRZ) versandt (Abb. 1). Es wurden 186 Kliniken und niedergelassene Zentren angeschrieben, die Mitglieder der DGGEF, des BRZ oder des Deutschen IVF-Registers (DIR) sind. Die Rücklaufquote betrug 50 % (93 Zentren, davon 36 Universitätskliniken [38,7 %], 17 Kliniken [18,3 %], 30 Gemeinschaftspraxen [32,3 %] und 10 Einzelpraxen [10,8 %]). Die Auswertung der Fragebögen stellte die Datenbasis für die Vorträge der Autoren zur Nachwuchs- und Frauenförderung auf dem „3. Symposium für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin / XVI. Jahrestreffen der Deutschen IVF-Zentren“ im November 2002 in Freiburg dar.

### Universitäre Reproduktionsmedizin

30 der 36 befragten Universitätsfrauenkliniken haben die Genehmigung des Ministeriums nach § 121a zur künstlichen Befruchtung. An diesen Institutionen sind im Bereich Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin insgesamt nur 12 C3- bzw. C4-Professuren an Ärztinnen und Ärzte vergeben (Übersicht Tab. 2). Die letzten Berufungen erfolgten in Ulm (1998), Frankfurt (2001) und Kiel (2002). Zum Zeitpunkt der Umfrage waren an den Universitäten Kiel, Erlangen, Ulm und Frankfurt C3-Stellen ohne eigenes Budget, an den Universitäten Leipzig, Hannover, Bonn und Heidelberg C3-Stellen für Abteilungsleiter und in Hamburg eine C4-Stelle für einen Abteilungsleiter besetzt. Darüber hinaus sind an den Universitäten Halle, Magdeburg und Aachen die C3-Positionen jeweils Klinikdirektorenstellen. An weiteren 10 Universitätskliniken wurden die C4-Klinikdirektoren der Gesamtklinik als Leiter der Reproduktionsmedizin benannt (Universitäten Dresden, Düsseldorf, Giessen, Göttingen, Greifswald,

Tabelle 1: Verteilung Gesamtzahl IVF- und ICSI-Zyklen zwischen Praxen, Kliniken und Universitäten

	Zyklen absolut	Zyklen/Zentrum	Anteil an Zyklen (%)
75 Praxen	55.456	739	74
32 Kliniken	10.393	324	14
32 Universitäten	9.237	288	12

Abbildung 1: Fragebogen von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF) gemeinsam mit dem Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands (BRZ)

**Faxen an: 0941 5920623 - Deadline 15. Oktober 2002!**

Stempel

**Umfrage Nachwuchssituation / Nachwuchsförderung in der Reproduktionsmedizin in Deutschland 2002**  
 Monika Bals-Pratsch (Regensburg) / Friedrich Gagsteiger (Ulm) / Hans van der Ven (Bonn)

Stichtag für Beantwortung der Fragen: 15. Oktober 2002

**Weiterbildungseinrichtung:**

Einzelpraxis  Gemeinschaftspraxis  Klinik  Universitätsklinik   
 Weiterbildungsbezug fakult. GynEndo 2 Jahre  eingeschränkt (< 2 Jahre)   
 Anzahl weiterbildungsbefugter Ärzte GynEndo    
 Anzahl weiterbildungsbefugter Ärztinnen GynEndo    
 Anzahl Weiterbildungsstellen GynEndo

Genehmigung künstl. Befruchtung § 121 a vorhanden  ja  nein   
 Leiter der IVF-Arbeitsgruppe nach § 121 a  männlich  weiblich   
 Qualifikation des IVF-AG-Leiters nach § 121 a  Promotion  Habilitation

**Ärztliche Mitarbeiter Weiterbildungseinrichtung Arbeitsgemeinschaft (AG) GynEndo**  
 Anzahl aller ärztl. Mitarbeiter einschließlich Leiter der AG Anz.  männl.  weibl.   
 davon

Anzahl ärztlicher Mitarbeiter mit ausschließlicher Tätigkeit in AG   
 Anzahl ärztlicher Mitarbeiter mit überwiegender Tätigkeit in AG (> 50%)   
 Anzahl ärztlicher Mitarbeiter mit teilweiser Tätigkeit in AG (≤ 50%)

Anzahl ärztlicher Mitarbeiter mit Teilzeittätigkeit Anz.  männl.  weibl.   
 davon

Anzahl ärztl. Mitarbeiter mit Facharzt Anz.  männl.  weibl.   
 Davon

Anzahl ärztl. Mitarbeiter mit fakult. Weiterbildung GynEndo Anz.   
 davon männl.  weibl.  mit Habilitation   
 davon männl.  weibl.  mit Habilitation

Funktion ärztl. Mitarbeiter mit fakult. Weiterbildung GynEndo

Anz. Oberarzt	100 % in AG	<input type="checkbox"/>	> 50 % in AG	<input type="checkbox"/>	≤ 50 % in AG	<input type="checkbox"/>
Anz. Funktions-OA	100 % in AG	<input type="checkbox"/>	> 50 % in AG	<input type="checkbox"/>	≤ 50 % in AG	<input type="checkbox"/>
Bereichsleiter C3	100 % in AG	<input type="checkbox"/>	> 50 % in AG	<input type="checkbox"/>	≤ 50 % in AG	<input type="checkbox"/>
Abteilungsleiter C3	100 % in AG	<input type="checkbox"/>	> 50 % in AG	<input type="checkbox"/>	≤ 50 % in AG	<input type="checkbox"/>
Abteilungsleiter C4	100 % in AG	<input type="checkbox"/>	> 50 % in AG	<input type="checkbox"/>	≤ 50 % in AG	<input type="checkbox"/>
Klinikdirektor C3	100 % in AG	<input type="checkbox"/>	> 50 % in AG	<input type="checkbox"/>	≤ 50 % in AG	<input type="checkbox"/>
Klinikdirektor C4	100 % in AG	<input type="checkbox"/>	> 50 % in AG	<input type="checkbox"/>	≤ 50 % in AG	<input type="checkbox"/>
Praxispartner	100 % in AG	<input type="checkbox"/>	> 50 % in AG	<input type="checkbox"/>	≤ 50 % in AG	<input type="checkbox"/>
Angest. Ärzte Praxis	100 % in AG	<input type="checkbox"/>	> 50 % in AG	<input type="checkbox"/>	≤ 50 % in AG	<input type="checkbox"/>

**Faxen an: 0941 5920623 - Deadline 15. Oktober 2002!**

**Behandlungsspektrum Ihrer Praxis/Klinik**

ausschließlich Sterilitätsbehandlung  
 Sterilitätsbehandlung und Gyn. Endokrinologie

Anteil Sterilitätsbehandlung  > 75 %  > 50-75 %  > 25-50 %  ≤ 25 %  
 Anteil Gynäkologische Endokrinologie  > 75 %  > 50-75 %  > 25-50 %  ≤ 25 %  
 Anteil "anti aging"  > 75 %  > 50-75 %  > 25-50 %  ≤ 25 %  
 Fertilitätschirurgie  Hysteroskopie  LSK  Laparotomie (z.B. Myomentation)  Mikrochirurgie

Spektrum Patientinnen mit gynäkologisch-endokrinologischen Krankheitsbildern:  
 Wachstums- und Entwicklungsstörungen, Androgenresistenz, Genitalfehlbildungen  
 Zyklusstörungen  
 Endokrine Erkrankungen der Brust  
 Störungen des Androgen-, Prolaktin- und Schilddrüsenhaushalts  
 Klimakterium und Postmenopause  
 endokrine Aspekte psychischer Störungen  
 Familienplanung und Kontrazeption  
 Umwelt und Naturheilkunde  
 Transsexualität  
 Endometriose  
 Uterus myomatosus  
 Habituelle Aborte

**Lehrfähigkeit in Gynäkologischer Endokrinologie und Reproduktionsmedizin**  
 als Mitarbeiter der Universität  als auswärtiger Lehrkörper   
 davon mit Habilitation männl.  weibl.   
 Anzahl ärztl. Mitarbeiter an Vorlesungstätigkeit   
 Anzahl ärztl. Mitarbeiter an Seminare, Tutorien   
 Anzahl ärztl. Mitarbeiter an Praktika   
 Bei auswärtigem Lehrkörper: Angliederung an Universität erwünscht ja  nein   
 (z. B. wie Institut für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin im Lehrstuhl für Gynäkologie und Geburtshilfe als wissenschaftliche Institution der Universität Witten/Herdecke)

**Wissenschaftliche Tätigkeit im Bereich der Gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin**  
 Anzahl der Publikationen durch ärztliche Mitarbeiter seit 1/2000   
 Anzahl der englischsprachigen Publikationen durch ärztl. Mitarbeiter seit 1/2000

Datum \_\_\_\_\_ Stempel Praxis/Klinik \_\_\_\_\_ Unterschrift AG-Leiter bzw. Stellvertreter \_\_\_\_\_

Jena, Lübeck, Marburg, Münster und Homburg).

Publikationen auf dem Gebiet der Gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Die eingeschränkte Forschung auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin in Deutschland spiegelt sich in der Anzahl der Publikationen wider. Die Übersicht von Kremer et al. [6] zeigt, daß Deutschland weltweit nicht mehr zu den „Top Ten“-Ländern bei reproduktionsmedizinischen Publikationen, z. B. in „Fertility and Sterility“, gehört, und von anderen europäischen Ländern wie Großbritannien, Italien, Frankreich, den Niederlanden oder Belgien in den Schatten gestellt wird. Die Auswertung der Fragebögen ergab eine Publikationsfrequenz der 370 ärztlichen Mitarbeiter aller Zentren von insgesamt 695 Publikationen im Zeitraum 1/2000–11/2002, die zu 29,9 % in englischer Sprache erschienen und zu 68,5 % aus den Universitäten stammten.

Weiterbildung Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Insgesamt wurden 93 Weiterbildungsstellen für die fakultative Weiterbildung Gynäkologische Endokrinologie in den Fragebögen gemeldet.

46,2 % der Weiterbildungsstellen wurden dabei von Universitäten angegeben. Allerdings bieten auch nur 25 der 36 Universitätskliniken Weiterbildungsstellen an (69 %). Die Weiterbildungsbefugnis ist bei 35 der 40 niedergelassenen, 10 der 17 klinischen und 32 der 36 universitären Zentren vorhanden. Die volle 2jährige Weiterbildungsbefugnis ist im niedergelassenen Bereich nur in 37,1 % (n = 13), im klinischen Bereich in 50 % (n = 5) und im universitären Bereich in 93,8 % (n = 30) vorhanden. Das bedeutet, daß auch bei Ausnutzung der vollen Kapazität bei 2jähriger Weiterbildungszeit pro Jahr nur 24 Ärztinnen und Ärzte ihre fakultative Weiterbildung abschließen können.

Daß in dieser Situation die Weiterbildungsbefugnis im niedergelassenen Bereich überwiegend auf nur 6 Monate beschränkt ist, ist sachlich nicht zu begründen: An der klinischen und wissenschaftlichen Qualifikation der Weiterbildungsbefugten kann die Beschränkung nicht liegen. Der verlangte Nachweis stationärer Betten für eine volle Weiterbildungsbefugnis ist nicht mehr zeitgemäß, denn der Schwer-

punktarzt für GE/RM braucht nicht mehr die Klinik als notwendige Infrastruktur für die Durchführung seiner operativen Leistungen. Selbst Fertilitätsoperationen, wie hysteroskopische Septumresektionen oder laparoskopische Eingriffe an Uterus, Tuben und Ovarien, sind bis auf wenige komplizierte Fälle heutzutage ambulant durchzuführen.

Ärztliche Tätigkeit in Gynäkologischer Endokrinologie und Reproduktionsmedizin und

Die Aufteilung der ärztlichen Tätigkeit wurde in den Fragebögen für 340 der 370 Ärztinnen und Ärzte differenziert angegeben. Die Ärztinnen und Ärzte arbeiten im niedergelassenen Bereich überwiegend (63,1 %), im klinischen Bereich kaum (6,5 %) und im universitären

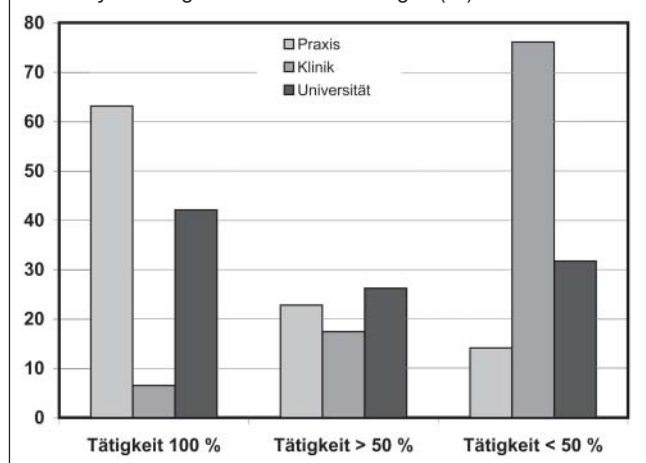
Tabelle 3: Ärztliche Mitarbeiter und Anteil an ärztlicher Tätigkeit in gynäkologischer Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

	Tätigkeit 100 %	Tätigkeit > 50 %	Tätigkeit < 50 %
Praxis	94	34	21
Klinik	3	8	35
Universität	61	38	46

Tabelle 2: Professuren für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

	C3 Bereich	C3 Abteilung	C4 Abteilung	C3 Direktor
Leipzig		×		
Halle				×
Hamburg			×	
Kiel	×			
Hannover		×		
Magdeburg				×
Aachen				×
Bonn		×		
Heidelberg		×		
Frankfurt	×			
Ulm	×			
Erlangen	×			

Abbildung 2: Ärztliche Tätigkeit in Reproduktionsmedizin und Gynäkologischer Endokrinologie (%)



Bereich weniger als die Hälfte ihrer Arbeitszeit (42,1 %) in der Arbeitsgruppe GE/RM (Abb. 2, Tab. 3). Die Anzahl der pro Arbeitsgruppe Tätigen liegt im niedergelassenen Bereich bei 3,7, im klinischen und universitären Bereich bei 4,4 und 4,3 Ärztinnen und Ärzten. Das zeigt, daß die Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken und Universitäten neben der Reproduktionsmedizin und Endokrinologie überwiegend oder teilweise andere Funktionen haben. Diese Bewertung wird durch die Daten der DIR-Sonderauswertung unterstützt: Demnach erbringen die universitären und klinischen Zentren nur 12–14 % der Leistungen der Reproduktionsmedizin (das entspricht auch ihrem Anteil an endokrinologischen Spezialprechstunden). Ein Arzt in der Praxis betreut durchschnittlich 200 IVF- und ICSI-Zyklen, während es ein Arzt an der Universitätsklinik auf 67 Zyklen bringt. Somit ist die Zahl der ärztlichen Mitarbeiter in den Arbeitsgruppen an den Kliniken und Universitäten relativ hoch, eine intensive Beschäftigung des einzelnen Arztes mit dem Bereich Endokrinologie und Reproduktionsmedizin ist wegen der geringen Fallzahlen jedoch nicht möglich. Eine deutliche Abstufung ist bei der fachärztlichen Versorgung festzustellen: In den niedergelassenen Zentren ist sie mit gut 75 % am höchsten, gefolgt von den Universitäten mit 65 % und den Kliniken mit 49 %. Dabei ist jedoch zu beachten, daß in den Kliniken und Universitäten insbesondere die leitenden Ärztinnen und Ärzte, wie Oberärzte, Bereichs- und Abteilungsleiter sowie Klinikdirektoren, ihre klinische Tätigkeit in der Endokrinologie und Reproduktionsmedizin einschränken. Während 67,2 % der 58 niedergelassenen Praxispartner voll in der Reproduktionsmedizin und Endokrinologie arbeiten, sind es nur 37,7 % der 75 Oberärzte, Bereichs- und Abteilungsleiter sowie Klinikdirektoren im universitären Bereich.

Zehn Klinikdirektoren (C4) gaben ihre Mitarbeit in der Arbeitsgruppe GE/

RM an ihrer Klinik an, von denen 9 ihre Mitarbeit in der Arbeitsgruppe auf < 50 % ihrer ärztlichen Tätigkeit und ein Ordinarius auf > 50 % einstuften. Ordinarien, die 100%ig in der Reproduktionsmedizin und Endokrinologie tätig sind, gibt es entsprechend der Umfrage in Deutschland nicht. Erstaunlicherweise arbeiten nur 6 der insgesamt 12 C3-Bereichs- und C4-Abteilungsleiter sowie C3-Klinikdirektoren für GE/RM auch voll in diesem Bereich, während 3 noch > 50 % und 3 < 50 % in ihrer Berufungsdisziplin ärztlich tätig sind. Diese Daten lassen den Schluß zu, daß Endokrinologie und Reproduktionsmedizin keine Priorität an den Universitätskliniken hat und selbst die Professoren für GE/RM andere klinische Aufgaben nebenbei oder hauptsächlich wahrnehmen.

#### Schwerpunkte ärztlicher Leistungen in Gynäkologischer Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Sowohl an Universitäten und Kliniken als auch in der Niederlassung haben die Arbeitsgruppen ihren Tätigkeitsschwerpunkt zu mehr als 50 % in der Kinderwunschbehandlung. Die Gynäkologische Endokrinologie macht hingegen unabhängig von der Institution nur ca. 25 % aus. Das angegebene Spektrum der endokrinologischen Versorgung umfaßt Wachstumsstörungen, Fehlbildungen, Zyklusstörungen, Hyperprolaktinämie, Schilddrüsenfunktionsstörungen und Hyperandrogenämie im Zusammenhang mit Ovarfunktionsstörungen, Kontrazeption und Hormonersatztherapie, Transsexualität, Anti-Aging-Medizin, Natur- und Umweltmedizin, die endokrinen Aspekte bei Endometriose, Myomen, Brustkrankungen, habituelle Aborte sowie die psychosomatischen Aspekte der Reproduktionsmedizin und Endokrinologie. Die operative Sterilitätsdiagnostik einschließlich Hysteroskopie und Laparoskopie sowie die operative Therapie einschließlich Laparotomie und Mikrochirurgie wurden von niedergelassenen wie auch den klinischen und universitä-

ren Arbeitsgruppen als Behandlungsmethoden mit gleicher Häufigkeit angegeben.

---

## FRAUEN

---

In Deutschland gibt es derzeit ca. 150.000 Ärztinnen, von denen jedoch jede vierte nicht berufstätig ist. Jede zehnte Fachärztin hat die Weiterbildung zur Frauenärztin gewählt [4]. In den Jahren 1998–2000 lag der Anteil der Frauen bei den neu erteilten Anerkennungen auf dem Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe bei 67 %, im Jahr 2002 bereits bei 76 %. Lag der Frauenanteil bei den berufstätigen Frauenärzten in der Statistik der Bundesärztekammer vom 31. 12. 2000 bei 41 %, so ist dieser Anteil in der jüngsten Statistik vom 31. 12. 2002 bereits auf 44,2 % angestiegen. In absehbarer Zeit werden demnach mehr Frauenärztinnen als Frauenärzte tätig sein.

Die Weiterbildung GE/RM erfolgt in den erfaßten Zentren durch 126 befugte Ärztinnen und Ärzte. Der Anteil der befugten Ärztinnen beträgt 22,2 % (davon 67,9 % Praxis). 72 Zentren (80 %) haben die Genehmigung für die Durchführung der künstlichen Befruchtung nach § 121a (72 % der klinischen und 89,7 % der niedergelassenen Zentren). Diese Genehmigung haben 62 Männer und 10 Frauen. Das bedeutet, daß 13,8 % der Zentren für künstliche Befruchtungen („IVF-Zentren“) offiziell von Frauen geleitet werden (19,4 % der klinischen und 12,9 % der niedergelassenen Zentren). 38 Leiter klinischer und niedergelassener IVF-Zentren sind habilitiert, davon 2 Leiterinnen universitärer Zentren (5,3 %). In den IVF-Zentren sind weibliche und männliche Ärzte in etwa gleichem Verhältnis tätig (178 vs. 192). Ärztinnen haben im klinischen Bereich 20,7 % und im niedergelassenen Bereich 32,8 % Teilzeitarbeitsplätze. 52,2 % der Ärztinnen

gegenüber 77,6 % der Ärzte haben Facharztstatus, 29,2 % gegenüber 56,3 % die fakultative Weiterbildung GE/RM und 3,4 % gegenüber 26,6 % sind habilitiert (Abb. 3). Zwei der sechs habilitierten Frauen leiten als C3-Professorinnen eine Sektion für GE/RM (8,6 % der Professoren GE/RM). Dieser Anteil ist nicht höher als der derzeitige Bundesdurchschnitt für Professorinnen in der klinischen Humanmedizin mit einem Anteil von 5,3 % der C4-Stellen und 9,8 % der C3-Stellen [7].

Die Ursachen der geringen Präsenz von qualifizierten Ärztinnen mit fakultativer Weiterbildung GE/RM in Führungspositionen sind vielschichtig und auch im Zusammenhang mit dem „Frauenweg“ (Beruf plus Familie) zu sehen. Die Nachwuchsförderung wird durch die bisher noch überwiegend männlichen Weiterbildungsbefugten gesteuert. Der Ruf auf eine Hochschulprofessur hängt wesentlich vom funktionierenden Netzwerk ab, das bei den Ärztinnen erst noch im Entstehen ist. Die Arbeitsgemeinschaft „Ärztinnen in der Reproduktionsmedizin und Endokrinologie“ der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin wurde erst 2001 gegründet. Jedoch sind allein durch den wachsenden Anteil von Frauenärztinnen die Weichen günstig gestellt, daß in absehbarer Zeit auch die Führungspositionen in allen Teilgebieten der Frauenheilkunde und Geburtshilfe von Frauen besetzt werden können.

## SCHLUSSFOLGERUNGEN

Auf kaum einem anderen Gebiet der Medizin sind in den letzten Jahrzehnten so viele bahnbrechende Entwicklungen erzielt worden, wie in der Reproduktionsmedizin und den angrenzenden Fach-

gebieten. Beispielhaft seien nur die *In-vitro*-Fertilisation und intrazytoplasmatische Spermieninjektion einschließlich der neuen Methoden in der Reproduktionsgenetik genannt. Gerade diese Dynamik in Forschung und Klinik sollte den medizinischen und wissenschaftlichen Nachwuchs für unser Gebiet begeistern. Es ist zu hoffen, daß die Universitäten als traditionelle Keimzelle für Fortschritt und Wissenschaft die Reproduktionsmedizin neu entdecken. Die Renaissance der einst weltweit bekannten deutschen universitären Abteilungen für GE/RM kann aufgrund der aufgezeigten strukturellen Fehlentwicklungen jedoch aktuell nicht erwartet werden. Eine Kooperation mit bestehenden Schwerpunktpraxen für GE/RM i.S. von „Ambulanten Akademischen Lehrzentren“ ist daher notwendig. Von immenser Bedeutung wäre die Transformierung der von der Bundesärztekammer vorgeschlagenen und vom Deutschen Ärztetag 2003 festgesetzten Weiterbildungsordnung bei allen Landesärztekammern in Deutschland, nämlich die Festlegung der GE/RM als Schwerpunkt [1]. Damit wäre die GE/RM führungsfähig, ein weiterer Schritt,

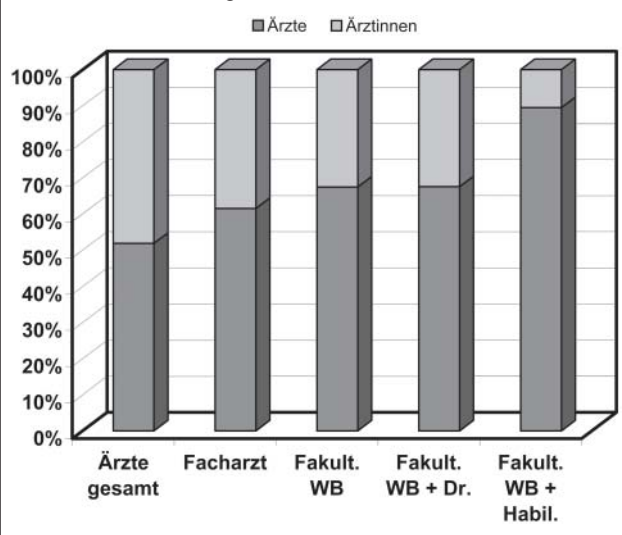
um die Bedeutung der GE/RM nach innen wie außen hervorzuheben. Mit großer Wahrscheinlichkeit wird die bayerische Landesärztekammer als erste die Transformierung durchsetzen.

Darüber hinaus erscheint eine Optimierung und Ausweitung der derzeit begrenzten Weiterbildungsmöglichkeiten für GE/RM notwendig. Die Weiterbildungsbefugten, insbesondere an Kliniken und Universitäten, sollten daher überwiegend in GE/RM tätig werden, um die Weiterzubildenden auf einem hohen Niveau in Klinik und Forschung zu qualifizieren. Letztere sollten ebenfalls schwerpunktmäßig in der GE/RM eingesetzt werden. Die Weiterbildung in den USA könnte beispielhaft für Deutschland sein.

Wie bereits durch die Drei-Säulen-Struktur des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) vorgegeben ist und von den deutschen Ordinarien vertreten wird [8], muß die GE/RM neben der Geburtshilfe und der Onkologie wieder zur dritten gleichberechtigten Säule in der Frauenheilkunde werden.

Hierbei geht es vor allem um die konsequente Durchsetzung der dreisäuligen Departmentstruktur zumindest an allen größeren Universitätsfrauenkliniken. Bereits 1996 wurde in einem Maßnahmenkatalog [1] schon ausführliche Stellung genommen und – wie der Rückblick zeigt – mit Recht darauf hingewiesen, daß hier der zentrale Schlüssel für eine adäquate und zukunftsgerichtete Aus- und Weiterbildung als auch für die essentiell wichtige Forschung liegt. Diese letzte Forderung geht sogar weit über den medizinischen Bereich hin-

Abbildung 3: Qualifikationsvergleich von Ärztinnen und Ärzten in der Reproduktionsmedizin und Gynäkologischen Endokrinologie



aus. Gerade die wissenschaftliche Interaktion zwischen Universität und Industrie in einem so innovativen Gebiet, wie es die GE/RM ist, ist von enormer Wichtigkeit für den „wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Standort Deutschland“. Auch der interdisziplinäre Ansatz der GE/RM muß erhalten bleiben und darf nicht von Sozialgerichten im Honorarstreit eingeschränkt werden. Wenn wir hier weiter Kompetenzen aufgeben, leidet das gesamte Fach. Sollte die GE/RM nicht die dringend notwendige Stärkung in Klinik, Lehre und Forschung im eigenen Fach der Gynäkologie und Geburtshilfe bald erfahren, wäre die Konsequenz der Verlust der GE/RM für unser Fachgebiet und die Schaffung einer neuen Weiterbildung zum Arzt für Reproduktionsmedizin mit zusätzlichen andrologischen und endokrinologisch-internistischen Inhalten vorprogrammiert. Auch so könnte die Attraktivität der Reproduktionsmedizin in Zukunft gesteigert und die Weiterbildung des reproduktionsmedizinischen Nachwuchses in neu zu etablierenden, auch universitären Weiterbildungseinrichtungen gesichert werden.

Die medizinischen Fakultäten, Kultusministerien und Fachgesellschaften wie der Dachverband Reproduktionsbiologie und -medizin (DVR) als

Sprachrohr für die Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (DGRM), BRZ, DGGEF und die Sektion Reproduktionsbiologie und -medizin der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (SRBM/DGE) und die DGGG müßten zur Optimierung der universitären Weiterbildung und Stärkung der GE/RM rasch handeln. Die umgehende Etablierung von Akademischen Lehrpraxen wäre eine praktikable und kostengünstige Lösung mit schneller Verbesserung der derzeit kritischen Weiterbildungssituation insbesondere an den Universitäten. Bei fachlicher Qualifikation der Praxisinhaber wie der Habilitation ist die Schaffung z. B. von Honorarprofessorstellen denkbar und die Einbeziehung in die universitäre Forschung und Lehre anzustreben. Insbesondere Letzteres ist wichtig, denn die Lehrenden sind die Multiplikatoren für unser Fachgebiet, die GE/RM. Eine begeisternde Lehre ist die beste Vorsorge gegen Nachwuchssorgen.

#### Literatur

1. Bundesärztekammer, (Muster-)Weiterbildungsordnung gemäß Beschluß 106. Deutscher Ärztetag, Köln, 2003.
2. Geisthövel F, Leidenberger F, Runnebaum B. Maßnahmenkatalog (Diskussionspapier) auf der Basis der Strukturpolitischen Tagung der Jüngeren Generation der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (AGGEF) in der

- Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Freiburg i. Br. 15.–18. 11. 1995. *Der Frauenarzt* 1996; 5: 3–8.
3. Bayerische Landesärztekammer, Anfrage, Antwortschreiben vom 22. 1. 2003.
4. Ärztestatistik der Bundesärztekammer. <http://www.baek.de/30/Aerztstatistik/100Archiv/index.html>.
5. Deutsches IVF-Register. Erhebung des Deutschen IVF-Registers im Auftrag von PD Dr. med. Monika Bals-Pratsch aus dem Datenbestand des Deutschen IVF-Registers (Stand November 2002). Januar 2003.
6. Kremer JAM, Braat DDM, Evers JH. Geographical distribution of publications in Human Reproduction and Fertility and Sterility in the 1990s. *Hum Reprod* 2000; 15: 1653–6.
7. Umfrage Deutscher Ärztinnenbund: <http://www.aerztinnenbund.de>: Presstext vom 9. 4. 2002, Link: DÄB-Professorinnen-Rangliste: Ärztinnen in der Humanmedizin.
8. Diedrich K, Dudenhausen J, Friese K, Jonat W, Kaufmann M, Kiesel L, Rath W, Schneider A. Vorstellungen der deutschen Ordinarien zur Weiterentwicklung und Struktur des Faches Gynäkologie und Geburtshilfe an deutschen Hochschulen. *Frauenarzt* 2003; 44: 1103–5.

#### Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. Monika Bals-Pratsch  
Zentrum für Gynäkologische Endokrinologie, Reproduktionsmedizin und Humangenetik  
D-93047 Regensburg, Hemauerstraße 1  
E-Mail:  
[info@kinderwunsch-regensburg.de](mailto:info@kinderwunsch-regensburg.de)



# Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

## [Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat  
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno  
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:  
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3  
Labotect GmbH



InControl 1050  
Labotect GmbH

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

## [Bestellung e-Journal-Abo](#)

### Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)