



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit einer  
Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung vom 17.11.2020  
– Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen (ÄApprO) –

Berlin, 14.01.2021

Korrespondenzadresse:  
Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

## Inhaltsverzeichnis

1.	Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs .....	3
2.	Stellungnahme im Einzelnen .....	4
	Aufgaben des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP).....	4
	Einbezug von Lehrpraxen unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen .....	5
	Qualifikation der ausbildenden Personen in Lehrpraxen .....	7
	Unterrichtsveranstaltungen in digitaler Form .....	8
	Verdichtung des Studiums durch zusätzliche Anforderungen.....	8
	Leistungsnachweis über eine Wissenschaftliche Arbeit.....	9
	Pflegedienst: Dauer und anzurechnende Ausbildungen.....	10
	Praktisches Jahr: Wahlquartale.....	11
	Praktisches Jahr: Aufwandsentschädigung.....	11
	Ausbau des Dritten Abschnitts der ärztlichen Prüfung.....	12
	Prüfung am Patienten oder an der Patientin: Patientenbericht.....	13
	Innovationsklausel.....	13
	Bezeichnung klinischer Fächer analog der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 .....	15
	Übergeordneter, kompetenzbezogener Prüfungsstoff.....	16
3.	Ergänzende Anmerkungen.....	17

## 1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Die Bundesärztekammer befürwortet zahlreiche Aspekte im vorliegenden Entwurf zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) und bittet um Verständnis, dass sie zugunsten einer konstruktiven Stellungnahme darauf verzichtet, auf diese Punkte dezidiert einzugehen.

Positiv hervorzuheben ist dennoch, dass viele der diskutierten Themen des Arbeitsentwurfs im vorgelegten Referentenentwurf konstruktiv umgesetzt und abgeändert wurden.

Die Bundesärztekammer unterstützt ausdrücklich, dass die **Beschreibung des Ausbildungsziels** deutlich stärker ausdifferenziert wird und viele für das ärztliche Handeln relevante Gesichtspunkte wie palliativmedizinische Versorgung, Nachsorge, Gewährleistung der Patientensicherheit und Fragen des Kinderschutzes Eingang in die ÄApprO finden sollen. Gleiches gilt für die umfassende Berücksichtigung und Stärkung der Allgemeinmedizin und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, auch vor dem Hintergrund der aktuellen Pandemie. Ebenfalls sind die Möglichkeit digitaler Lehrformate und das longitudinale Aufgreifen des Themas Datennutzung und digitale Anwendung als Ausbildungsinhalt, vor allem durch die verbindliche Verankerung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) als Kerncurriculum des Medizinstudiums, positiv zu betonen.

Ebenso unterstützt wird die **Verknüpfung von grundlagenwissenschaftlichen und klinischen Inhalten** während der gesamten Ausbildung im Rahmen eines Z-Curriculums, mit der die Maßnahme 14 des Masterplans Medizinstudium 2020 umgesetzt wird. Eine Verzahnung von theoretischen und klinischen Studieninhalten während der gesamten Ausbildung ist auch insofern positiv zu bewerten, als Teilstudienplätze damit der Vergangenheit angehören würden.

Zudem ist positiv anzumerken, dass im vorliegenden Referentenentwurf die **Wissenschaftlichkeit im Studium** u. a. durch die Anfertigung einer wissenschaftlichen Arbeit gestärkt werden soll.

Allerdings nimmt die Bundesärztekammer mit Sorge die **Ausbildungsverdichtung im Studium** zur Kenntnis. So wurden die Mindeststunden des patientennahen Unterrichts umfänglich erhöht und neue Veranstaltungen wie der Unterricht an Simulationspatienten und Simulationspatientinnen obligat implementiert. Die angedachten Neuerungen im Prüfungsprozedere, insbesondere die Parcoursprüfungen, lassen einen enormen organisatorischen, personellen und finanziellen Aufwand erkennen. Es scheint fraglich, ob hier Aufwand und Nutzen im Verhältnis stehen. Insgesamt muss darauf geachtet werden, dass die Ausbildung inhaltlich nicht überfrachtet wird; ggf. müssen Inhalte herausgenommen oder gekürzt werden.

Die Bundesärztekammer merkt ebenfalls die **detaillierten inhaltlichen Vorgaben** im Referentenentwurf kritisch an. Diese sind insbesondere im Hinblick auf die dynamische Entwicklung des medizinischen Wissensstandes zu weitreichend formuliert. Hier wird auf die fortlaufende Weiterentwicklung des NKLM verwiesen, der als verbindlich verankertes Kerncurriculum flexibler auf neu erworbene Erkenntnisse der Medizin reagieren kann.

Anzumerken ist zudem, dass einige wichtige Aspekte im Referentenentwurf keine Berücksichtigung finden, wie zum Beispiel die **Aufwandsentschädigung** für die von den Studierenden geleistete Arbeit im **Praktischen Jahr (PJ)**. Hier sieht die Bundesärztekammer dringenden Änderungs- bzw. Ergänzungsbedarf.

Wir nehmen den Referentenentwurf zur Neuregelung der ÄApprO, konkret die Regelungen zur **Kenntnisprüfung**, zum Anlass, um auf unsere Forderung hinzuweisen,

die Kenntnisprüfung als bundesweit einheitliche Prüfung für alle antragstellenden Personen mit Qualifikationen aus Drittstaaten analog zum Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung zu implementieren. Auf diese Weise müssten Ärzte und Ärztinnen mit absolvierter Ausbildung aus Drittstaaten den gleichen Kenntnisstand nachweisen, über den ihre Kollegen und Kolleginnen verfügen, die in Deutschland die ärztliche Ausbildung absolviert haben. Eine bundesweit einheitliche Prüfung würde zugleich den Weg zu einem unbürokratischen und transparenten Verfahren ebnen, das die aufwendige Prüfung der inhaltlichen Gleichwertigkeit des Curriculums bzw. die Begutachtung von Berufserfahrung vereinfacht. Die Kenntnisprüfung ist dazu mit Hinblick auf Prüfungsinhalt und -dauer an den Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung anzupassen. Zusätzlich ist § 3 Absatz 3 der Bundesärzteordnung zu ändern, damit alle Antragsteller mit Qualifikationen aus Drittstaaten die Kenntnisprüfung ablegen. Eine ausdrückliche Regelung ist zudem für die Information zuständiger Stellen anderer Bundesländer bei nicht bestandener Kenntnisprüfung zu finden.

## **2. Stellungnahme im Einzelnen**

### **Aufgaben des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP)**

§ 4 „Inhalt der ärztlichen Prüfung, Gegenstandskatalog“

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In § 4 Absatz 2 wird geregelt, dass sich die zuständigen Stellen der Länder nach Maßgabe einer Vereinbarung der Länder zur Erstellung der Prüfungsaufgaben für den jeweiligen Abschnitt der ärztlichen Prüfung, für die Erstellung der Stationen und strukturierten Bewertungsbögen für den Ersten und den Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung, die Schulung der prüfenden Personen sowie der Simulationspatienten und Simulationspatientinnen sowie für die Erstellung des Gegenstandskataloges einer gemeinsamen Einrichtung bedienen sollen. Hierfür haben die Länder das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) errichtet.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer unterstützt die verbindliche Implementierung des NKLM ausdrücklich und spricht sich ebenfalls dafür aus, den NKLM zur Grundlage für die Curricula-Entwicklung an den Medizinischen Fakultäten zu machen, auf denen die staatlichen Prüfungen, welche durch das IMPP erstellt werden, aufbauen. Eine regelmäßige Abstimmung der Inhalte zwischen dem NKLM und dem Gegenstandskatalog ist als unbedingt notwendig anzusehen.

Eine dezidierte Regelung sowohl der Inhalte des mündlich-praktischen Teils im Ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung, der Parcoursprüfung des Dritten Abschnitts der ärztlichen Prüfung als auch der Schulung der an den Prüfungen beteiligten Personen führt zu einer umfänglichen Erweiterung des Aufgabenbereichs des IMPP und einer massiven Einschränkung im Gestaltungsspielraum der Fakultäten. Zudem stellt eine zentrale Schulung der an der Prüfung beteiligten Personen einen immensen organisatorischen und personellen Aufwand dar, der folglich zu einer weiteren Verschärfung der Arbeitsverdichtung für die mit den Prüfungen betrauten Ärztinnen und Ärzten an Universitätskliniken führt. Daher sollten die Ausgestaltung des mündlich-praktischen Teils

des Ersten Abschnitts der ärztlichen Prüfung sowie die anwendungsorientierte Parcoursprüfung des Dritten Abschnitts der ärztlichen Prüfung – sofern dieser Prüfungsteil nicht gestrichen wird (vgl. Seiten 11/12) – den Medizinischen Fakultäten überlassen werden.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

In § 4 Absatz 1 und 2 sind folgende Änderungen vorzunehmen:

*„(1) Der Inhalt der ärztlichen Prüfung richtet sich unter Beachtung von § 83 Absatz 4, § 90 Absatz 5 und 7, § 105 Absatz 4 und § 124 Absatz 4 nach einer Übersicht von Gegenständen (Gegenstandskatalog), auf die sich die schriftlich gestellten Prüfungsaufgaben, ~~die Stationen des mündlich-praktischen Teils des Ersten Abschnitts der ärztlichen Prüfung und der anwendungsorientierten Parcoursprüfung des Dritten Abschnitts der ärztlichen Prüfung (Prüfungsaufgaben)~~ beziehen können.“*

*„(2) „Zur Erstellung der Prüfungsaufgaben für den jeweiligen Abschnitt der schriftlichen ärztlichen Prüfung, ~~für die Erstellung der Stationen und strukturierten Bewertungsbögen für den Ersten und den Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung, die Schulung der prüfenden Personen sowie der Simulationspatienten und Simulationspatientinnen~~ sowie für die Erstellung des Gegenstandskataloges sollen sich die nach § 65 zuständigen Stellen nach Maßgabe einer Vereinbarung der Länder einer gemeinsamen Einrichtung bedienen.“*

### **Einbezug von Lehrpraxen unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen**

§ 11 „Lehrkrankenhäuser und Lehrpraxen“

§ 13 „Anforderungen an Lehrpraxen“

§ 58 „Einrichtungen“

§ 60 „Anforderungen an Lehrpraxen, andere geeignete Einrichtungen der ambulanten ärztlichen Krankenversorgung oder geeignete Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens“

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Universitäten beziehen geeignete ärztliche Praxen oder geeignete medizinische Versorgungszentren (Lehrpraxen) im Einvernehmen mit der zuständigen Gesundheitsbehörde und unter Beteiligung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung im erforderlichen Umfang in die Ausbildung ein. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind zudem an der Festlegung der sonstigen Anforderungen für die Durchführung der praktischen Ausbildung in Lehrpraxen zu beteiligen.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die gesetzliche Regelung in § 11 Absatz 2 ist neu. Es erschließt sich auf den ersten Blick nicht, warum insbesondere das Einvernehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen hergestellt werden muss. Laut Gesetzesbegründung dient dies der besseren Vernetzung von Fördermaßnahmen der Aus- und Weiterbildung, was aber nicht schlüssig erscheint. Auch wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen für Förderbelange im Bereich der ärztlichen Weiterbildung (mit-)zuständig sind, sind unter fachlich-inhaltlichen Gesichtspunkten die Landesärztekammern einzubeziehen, da diese gemäß Berufsordnung für die Genehmigung zum Führen der Bezeichnung „akademische Lehrpraxis“ zuständig sind und zudem reine Privatpraxen nur über die Ärztekammern erreicht werden können.

Auch § 13 Absatz 2 regelt neu, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen an der Festlegung der sonstigen Anforderungen für die Durchführung der praktischen Ausbildung in Lehrpraxen zu beteiligen sind. Das schließt der Gesetzgeber aus der Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen an der Auswahl der Lehrpraxen gemäß § 11 Absatz 2. Wie schon ausgeführt, sprechen fachlich-inhaltliche Gesichtspunkte für eine entsprechende Beteiligung der Landesärztekammern.

Gleiches gilt für § 58 Absatz 2 hinsichtlich des Einbezugs von Lehrpraxen in die Ausbildung unter Beteiligung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und für § 60 Absatz 2, der regelt, dass bei der Festlegung der Anforderung für die Lehrpraxen die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu beteiligen ist.

Zur Akquisition von Lehrpraxen und deren Eignungs-Evaluation schlägt die Bundesärztekammer daher vor, die Voraussetzungen für die Ausbildung als gegeben anzusehen, wenn die Einrichtung als Weiterbildungsstätte zugelassen ist und eine Weiterbildungsbefugnis bzw. -ermächtigung vorliegt. Diese stellen einen definierten Rahmen sowohl in Bezug auf die Ausstattung als auch die didaktischen Fähigkeiten des Befugten dar, der den Anforderungen einer Qualifikation zur Ausbildung von Studierenden genügen sollte.

Um die Herausforderung der Akquisition von genügend Lehrpraxen zu meistern, sollten diese an anderer Stelle entlastet werden. Hier ist beispielsweise eine Erweiterung der Möglichkeiten zum Unterricht in Hochschulambulanzen sowie die Übernahme der im Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung vorgesehenen Prüfung am ambulanten Patienten durch Hochschulambulanzen zu fordern.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

In § 11 Absatz 2 sowie in § 13 Absatz 2 und § 60 Absatz 2 wird jeweils folgende Änderung empfohlen:

§ 11 Absatz 2:

*„Die Universitäten beziehen geeignete ärztliche Praxen oder geeignete medizinische Versorgungszentren (Lehrpraxen) im Einvernehmen mit der zuständigen Gesundheitsbehörde und unter Beteiligung der jeweiligen Landesärztekammer ~~Kassenärztlichen Vereinigung~~ im erforderlichen Umfang in die Ausbildung ein.“*

§ 13 Absatz 2:

*„Die sonstigen Anforderungen für die Durchführung der praktischen Ausbildung in Lehrpraxen legen die Universitäten im Einvernehmen mit der nach Landesrecht zuständigen Stelle und unter Beteiligung der jeweiligen Landesärztekammer ~~Kassenärztlichen Vereinigung~~ fest.“*

§ 58 Absatz 2:

*„Die Universitäten beziehen Lehrpraxen im Sinne des § 11 Absatz 2 und andere geeignete Einrichtungen der ambulanten ärztlichen Krankenversorgung im Einvernehmen mit der zuständigen Gesundheitsbehörde und unter Beteiligung der jeweiligen Landesärztekammer ~~Kassenärztlichen Vereinigung~~ im erforderlichen Umfang in die Ausbildung ein.“*

§ 60 Absatz 2:

*„Die sonstigen Anforderungen für die Durchführung der praktischen Ausbildung in Lehrpraxen, anderen geeigneten Einrichtungen der ambulanten ärztlichen Krankenversorgung oder geeigneten Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens legen die Universitäten im Einvernehmen mit der nach Landesrecht zuständigen Stelle fest. Bei der Festlegung der*

*Anforderungen für die Lehrpraxen ist die jeweilige Landesärztekammer Kassenärztliche Vereinigung zu beteiligen.“*

## **Qualifikation der ausbildenden Personen in Lehrpraxen**

§ 14 „Ausbildende Personen in Lehrpraxen“

§ 50 „Ausbildende Personen“ (PJ)

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Ausbildung in Lehrpraxen erfolgt durch niedergelassene oder angestellte Ärzte, die den Studierenden täglich begleiten und ein auf die Ausbildung abgestimmtes Maß an Zeit aufwenden. Der ausbildende Arzt oder die ausbildende Ärztin muss Facharzt oder Fachärztin für das Gebiet sein, in dem die Lehre durchgeführt wird. Allerdings kann er oder sie im Rahmen des Praktischen Jahres Teile der Ausbildung an Ärzte oder Ärztinnen delegieren, die das dritte Weiterbildungsjahr zum Facharzt oder zur Fachärztin in dem entsprechenden Gebiet abgeschlossen haben, wobei für ausbildende Personen in Lehrpraxen der Facharztstatus gilt.

### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Für die niedergelassenen oder angestellten Ärzte in den Lehrpraxen stellt das Konzept eine hohe Arbeits- und Zeitbelastung dar. Aus Sicht der Bundesärztekammer wäre es daher sachgerecht, wenn der ausbildende Arzt oder die ausbildende Ärztin die Ausbildungstätigkeit auch an geeignete Ärzte delegieren kann. Hierzu wird auf die Regelung in § 50 Absatz 2 Satz 2 verwiesen, welche im Hinblick auf die Ausbildung im Praktischen Jahr die Delegation an Ärzte, die bereits das dritte Jahr der entsprechenden Facharztweiterbildung abgeschlossen haben, ermöglicht. In der Begründung zu § 50 Absatz 3 wird klargestellt, dass diese Regelung hinsichtlich der Qualifikation von ausbildenden Ärzten und Ärztinnen in Lehrpraxen abweichend von Absatz 2 auf die in § 14 Absatz 1 geregelten Anforderungen an Lehrärzte und Lehrärztinnen in den Studienabschnitten vor dem Praktischen Jahr verweist. Danach wird für diese eine abgeschlossene Facharztweiterbildung vorausgesetzt. Darin ist eine nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung zu sehen. Auch in Lehrpraxen muss – analog zum stationären Bereich – eine Delegation möglich sein.

In diesem Zusammenhang weist die Bundesärztekammer darauf hin, dass die Bereitschaft, als Lehrpraxis zu fungieren, insgesamt eine große Aufwendung finanzieller und personeller Ressourcen bedingt. Ein praktikables Konzept, um studentische Ausbildung als selbstverständliche Aufgabe in die ambulante Versorgung zu integrieren, ist daher dringend erforderlich.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

§ 14 Absatz 1 wird durch folgenden Satz 2 ergänzt:

*„Er oder sie kann Teile der Ausbildung an Ärzte oder Ärztinnen delegieren, die das dritte Weiterbildungsjahr zum Facharzt oder zur Fachärztin in dem entsprechenden Gebiet abgeschlossen haben.“*

## **Unterrichtsveranstaltungen in digitaler Form**

§ 17 „Arten“ (angeleitetes Selbststudium)

§ 18 „Vorlesungen“

§ 23 „Seminare“

§ 24 „Problemorientiertes Lernen“

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Unterrichtsveranstaltungen wie Vorlesungen, Seminare, problemorientiertes Lernen und angeleitetes Selbststudium können auch in digitaler Form durchgeführt werden.

### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer unterstützt die Verankerung der Möglichkeit, die in den §§ 17, 18, 23 und 24 genannten Unterrichtsveranstaltungen auch in digitaler Form anzubieten und sieht nicht nur vor dem Hintergrund der aktuellen pandemischen Lage, sondern auch im Rahmen des gesellschaftlichen Wandels, die Notwendigkeit, diese Schritte zu gehen. Betonen möchten wir jedoch, dass das Medizinstudium und das hiermit einhergehende Ziel der Vermittlung von Haltungen und kommunikativen wie praktischen Kompetenzen grundsätzlich die unmittelbare, nicht-virtuelle Interaktion zwischen Dozierendem und Studierenden zwingend erforderlich macht. Ebenfalls sind die genannten Lehrformate in ihren Möglichkeiten der digitalen Umsetzung nicht gleichzusetzen. Der wichtige Aspekt der unmittelbaren kritischen Reflexion und die intellektuelle Interaktion zwischen Dozierendem und Studierenden ist beispielsweise in Seminaren und bei Kleingruppenunterricht ein zentraler Bestandteil, was digital nur schwer umzusetzen ist. Vorlesungen hingegen dienen im Wesentlichen der Vermittlung von Sachverhalten und können eher online durchgeführt werden. Vor diesem Hintergrund schlägt die Bundesärztekammer vor, eine Höchstgrenze als Rahmenvorgabe für die im Studium insgesamt digital angebotenen Inhalte zu definieren, um sich auch deutlich von neu etablierten, marktorientierten Anbietern von Medizinstudiengängen abzuheben. Die detaillierte und sinnhafte Ausgestaltung der digitalen Unterrichtsangebote bleibt folglich den Fakultäten überlassen, die diese an ihr jeweiliges Lehrkonzept anpassen.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Ergänzend sollte geregelt werden, dass die in digitaler Form angebotenen Lehrveranstaltungen nach §§ 17, 18, 23 und 24 einen Anteil von maximal 40 Prozent des Gesamt-Studiums nicht überschreiten dürfen.

## **Verdichtung des Studiums durch zusätzliche Anforderungen**

§ 20 „Blockpraktika

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Referentenentwurf sieht zahlreiche zusätzliche Anforderungen an Medizinstudierende vor, die zu einer weiteren Verdichtung des Studiums und einer Erhöhung des Studienaufwandes führen.

Beispielsweise wurden die Blockpraktika auf 360 Stunden im Kernbereich sowie weitere Unterrichtsstunden im Vertiefungsbereich ausgedehnt. Die Blockpraktika können gemäß § 20 Absatz 3 in der unterrichtsfreien Zeit stattfinden. Darüber hinaus müssen die



Studierenden zusätzlich eine wissenschaftliche Arbeit innerhalb von 12 Wochen anfertigen, vgl. § 40.

### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer spricht sich gegen eine weitere Erhöhung des Umfangs des Medizinstudiums aus und bittet den Ordnungsgeber zu prüfen, inwiefern etablierte Studieninhalte ggf. reduziert werden können. Die Erhöhung des Umfangs des Medizinstudiums zieht im vorliegenden Entwurf bereits eine Regelung zur Möglichkeit, obligate Unterrichtsveranstaltungen in der unterrichtsfreien Zeit durchzuführen, nach sich, die in der Folge z. B. mit langfristig zu planenden Famulaturen kollidieren können.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

In § 20 Absatz 3 wird folgende Streichung angeregt:

*„Sie sind für die Dauer von mindestens einer Woche zusammenhängend durchzuführen ~~und können auch in der unterrichtsfreien Zeit stattfinden~~. In der Woche beträgt der Umfang der Blockpraktika 30 Unterrichtsstunden.“*

### **Leistungsnachweis über eine Wissenschaftliche Arbeit**

§ 40 „Leistungsnachweis über eine Wissenschaftliche Arbeit“

§ 41 „Bewertung der wissenschaftlichen Arbeit“

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es ist vorgesehen, dass die Studierenden zwischen dem Ersten und Zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung einen Leistungsnachweis über eine wissenschaftliche Arbeit erbringen.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer sieht eine Notwendigkeit, die Wissenschaftlichkeit im Studium zu stärken und begrüßt die Forderung eines eigenen Leistungsnachweises. Zu bedenken ist hierbei jedoch, dass der Beginn dieser Arbeit ab dem 7. Fachsemester spät gewählt ist, auch vor dem Hintergrund, dass hieraus Promotionsarbeiten resultieren können, die folglich erst zu einem sehr fortgeschrittenen Zeitpunkt des Studiums begonnen würden. Um die Arbeitsverdichtung an Universitätsklinikum nicht noch weiter zu erhöhen, sollte eine Beurteilung des Leistungsnachweises durch den Erstbetreuer als ausreichend angesehen und von einer Benotung Abstand genommen werden.

#### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

In § 40 Absatz 1 und 3 wird folgende Änderung angeregt:

*„(1) Die Studierenden haben zwischen dem ~~Ersten~~ fünften Fachsemester und dem Zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung einen Leistungsnachweis über eine wissenschaftliche Arbeit zu erbringen. In der wissenschaftlichen Arbeit haben die Studierenden zu zeigen, dass sie medizinisch-wissenschaftliche Fertigkeiten fragestellungsbezogen und selbstständig anwenden.“*

*„(3) Die Studierenden werden während der Anfertigung der wissenschaftlichen Arbeit durch einen Hochschullehrer oder eine Hochschullehrerin oder einen Privatdozenten oder eine Privatdozentin betreut. Die betreuende Person macht den Studierenden Themenvorschläge und ist Erstbeurteiler Beurteiler oder Erstbeurteilerin Beurteilerin der wissenschaftlichen Arbeit.“*

§ 41 Absatz 1 und 2 sollte wie folgt geändert werden:

*„(1) Die wissenschaftliche Arbeit ist durch den Erstbeurteiler Beurteiler oder die Erstbeurteilerin Beurteilerin als „bestanden“ oder „nicht bestanden“ ~~und einen Zweitbeurteiler oder eine Zweitbeurteilerin wie folgt~~ zu bewerten.:*

- 1. „sehr gut“ (1), für eine hervorragende Leistung,*
- 2. „gut“ (2), für eine Leistung, die erheblich über den durchschnittlichen Anforderungen liegt,*
- 3. „befriedigend“ (3), für eine Leistung, die in jeder Hinsicht durchschnittlichen Anforderungen gerecht wird,*
- 4. „ausreichend“ (4), für eine Leistung, die trotz ihrer Mängel noch den Anforderungen genügt,*
- 5. „nicht ausreichend“ (5), für eine Leistung, die wegen erheblicher Mängel den Anforderungen nicht mehr genügt.“*

*„(2) Wird die wissenschaftliche Arbeit von ~~nur einem der~~ dem Beurteiler oder der Beurteilerin mit „nicht ausreichend“ „nicht bestanden“ bewertet, wird ein Drittbeurteiler Zweitbeurteiler oder eine Drittbeurteilerin Zweitbeurteilerin bestellt, der oder die die wissenschaftliche Arbeit ~~nach Absatz 1 bewertet~~ reevaluiert.“*

## **Pflegedienst: Dauer und anzurechnende Ausbildungen**

§ 27 „Pflegedienst“

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

§ 27 Absatz 4 sieht einen Pflegedienst von drei Monaten vor.

In Absatz 7 ist aufgelistet, welche pflegerischen Tätigkeiten und erfolgreich abgeschlossenen Ausbildungen auf den Pflegedienst anzurechnen sind.

### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, das vorgeschriebene dreimonatige Pflegepraktikum auf zwei Monate zu verkürzen. Ein zweimonatiges Praktikum ist zum Erwerb eines grundlegenden Verständnisses der Arbeit der Pflegekräfte und des Stationsablaufes in der Klinik vollkommen ausreichend. Mit Blick auf zusätzliche Anforderungen an die Studierenden (z. B. Ausdehnung der Blockpraktika, Erstellung einer wissenschaftlichen Arbeit) sollte der Umfang des Pflegedienstes auch reduziert werden, um Freiräume – z. B. für das Selbststudium – zu schaffen.

Die erfolgreich abgeschlossene Ausbildung als Medizinischer Fachangestellter oder Medizinische Fachangestellte sollte ebenfalls auf den Pflegedienst angerechnet und daher in der Auflistung nach § 27 Absatz 7 Nummer 5 ergänzt werden.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Es wird folgende Änderung in § 27 Absatz 4 vorgeschlagen:

*„Der Pflegedienst dauert ~~drei~~ zwei Monate. Er kann in ~~drei~~ zwei Abschnitten zu jeweils einem Monat abgeleistet werden.“*

In § 27 Absatz 7 Nummer 5 wird ein neuer Buchstabe h) ergänzt:

„...5. eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung...

*h) als Medizinischer Fachangestellter oder Medizinische Fachangestellte*

## **Praktisches Jahr: Wahlquartale**

§ 45 „Inhalt und Dauer“

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Das Praktische Jahr wird neu gegliedert in vier Ausbildungsabschnitte von je zwölf Wochen anstelle von derzeit drei Abschnitten von je sechzehn Wochen. Innere Medizin und Chirurgie werden als Pflichtquartale beibehalten und durch zwei Wahlquartale in anderen klinisch-praktischen Fachgebieten (Wahlfächer) ergänzt; davon muss mindestens eines im Bereich der hausärztlichen Versorgung absolviert werden.

Ein Splitting der Quartale in Abschnitte von je sechs Wochen soll möglich sein.

### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer schlägt vor, das Quartal im Bereich der hausärztlichen Versorgung um den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die ausdrückliche Nennung der Allgemeinmedizin zu erweitern. Dieser Vorschlag soll die Bedeutung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Allgemeinmedizin weiter stärken und diesen durch die explizite Nennung in den Fokus der Studierenden rücken.

Die Aufsplittung der ohnehin durch die Quartalisierung auf zwölf Wochen gekürzten Anteile des Praktischen Jahres in Absatz 3 wird kritisch gesehen. Abschnitte von lediglich sechs Wochen sind zu kurz, um einen vertieften Einblick in die Arbeit der jeweiligen Abteilungen/Einrichtungen zu bekommen und folglich auch in die Arbeitsabläufe adäquat integriert zu werden. Somit könnte sich das Praktische Jahr in keiner Weise inhaltlich und lehrdidaktisch von einer Famulatur abheben und die angestrebten Kompetenzen in ihrer geforderten Tiefe nicht vermittelt werden.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

§ 45 Absatz 1 Nr. 3 sollte wie folgt ergänzt werden:

*„3. im Bereich der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder dem Öffentlichen Gesundheitsdienst oder der Allgemeinmedizin in einem nicht in den Nummern 1 und 2 genannten klinisch-praktischen Fachgebiet und“*

Streichung des § 45 Absatz 3.

## **Praktisches Jahr: Aufwandsentschädigung**

§ 47 „Gewährung von Geld- und Sachleistungen“

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In § 47 wird keine Vergütungsregelung für das Praktische Jahr verankert.

## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer fordert als Kompensation für die erbrachte Arbeitsleistung von Studierenden im Praktischen Jahr und der Entlastung des Krankenhauspersonals eine angemessene Aufwandsentschädigung.

Gleichwohl sieht die Bundesärztekammer das Praktische Jahr als Bestandteil des Studiums an. Durch den immensen zeitlichen Aufwand, der einer Vollzeit-Tätigkeit in der Patientenversorgung gleichkommt, ist zumindest eine finanzielle Sicherstellung der Grundbedürfnisse des Lebens zwingend zu fordern.

In zahlreichen Entschlüssen und Beschlüssen Deutscher Ärztetage vergangener Jahre wurde eine Aufwandsentschädigung gefordert. Beispielfhaft wird auf die Entschlüsselung I c – 147 des 121. Deutschen Ärztetages 2018 und den Beschluss des 122. Deutschen Ärztetages 2019 in Münster (I b – 67) verwiesen.

## **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

§ 47 sollte wie folgt neu formuliert werden:

*„Für das Praktische Jahr ist eine angemessene Aufwandsentschädigung zu leisten, die den Studierenden zumindest die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens sichert.“*

## **Ausbau des Dritten Abschnitts der ärztlichen Prüfung**

§ 111 „Art der Prüfung“

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Dritte Abschnitt der ärztlichen Prüfung besteht aus einer Prüfung am Patienten und wird darüber hinaus um eine anwendungsorientierte Parcoursprüfung ausgebaut. Der erste Prüfungsteil gemäß § 111 Nummer 1 erfolgt an jeweils einem Patienten oder einer Patientin aus dem stationären sowie ambulanten Bereich; die Prüfung zu jedem Patienten oder jeder Patientin dauert etwa sechs Stunden, vgl. § 116 Absatz 3 Satz 1. Das bedeutet, dass der Dritte Abschnitt der ärztlichen Prüfung von max. 60 Minuten pro Tag bei einer derzeit zweitägigen Prüfung auf je 360 Minuten erweitert wird.

### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Der Referentenentwurf sieht im Rahmen des Ersten und Dritten Abschnitts der ärztlichen Prüfung mündlich-praktische bzw. Parcoursprüfungen vor. Die Bundesärztekammer sieht den Ausbau des Prüfungsprocedures und der Prüfungszeit kritisch und spricht sich für die Streichung der Parcoursprüfung im Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung aus. Hintergrund dieser Forderung ist, dass bereits mit dem Zweiten Abschnitt die schriftliche und mit dem ersten Teil des Dritten Abschnitts auch die mündlich-praktische Überprüfung des Wissenstandes erfolgt ist. Die im Rahmen des PJ am Patienten erreichte Komplexität und Tiefe der erlernten Kompetenzen geht weit über das prüfbare Niveau in einer künstlichen Prüfungssituation wie der hier vorgesehenen Parcoursprüfung hinaus und würde entsprechend keinen Zugewinn bedeuten. Hierzu stünden der immense organisatorische Aufwand und die für eine Parcoursprüfung benötigten Ressourcen in keinerlei Verhältnis.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Streichung der Regelung in § 111 Satz 2 Nummer 2 und ff.

## **Prüfung am Patienten oder an der Patientin: Patientenbericht**

§ 116 „Inhalt und Dauer der Prüfung am Patienten oder an der Patientin“

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

§ 116 Absatz 1 Nummer 8 sieht die Erstellung eines Patientenberichts in einfacher Sprache vor.

### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Der Patientenbericht richtet sich regelhaft an Ärzte und Ärztinnen. Gegenstand der Berichte sind die patientenbezogenen, medizinisch-relevanten Informationen. Maßgeblich und üblich ist hierfür die medizinische Fachsprache, welche im Studium vermittelt wird. Ein verschriftlichter Patientenbericht in einfacher Sprache erscheint hier entbehrlich, zumal ein Patientenbericht in „leicht verständlicher Sprache“ ein unbestimmter Begriff ist. Daher ist die Bewertung eines solchen ggf. auch nicht objektiv möglich und sollte deshalb auch kein expliziter Bestandteil des Dritten Abschnitts der ärztlichen Prüfung sein.

Es wird angeregt, dass die Studierenden einen mündlichen, für nicht medizinisch vorgebildete Personen verständlichen Kurzbericht erbringen, in dem die Fähigkeit der direkten Ansprache und Kommunikation mit dem Patienten geprüft werden kann.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

§ 116 Absatz 1 Nummer 8 wird wie folgt neu gefasst:

*„8. die Kommunikation einer medizinischen Diagnose und ihrer Konsequenzen in Diagnostik und Therapie an einen Patienten in verständlicher Sprache.“*

## **Innovationsklausel**

§ 136 „Innovationsklausel“

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die im Vergleich zum Arbeitsentwurf vollständig überarbeitete Innovationsklausel sieht nunmehr international und interprofessionell verknüpfte Studiengänge vor. Zum einen sollen Universitäten internationale Kooperationen mit Universitäten oder Hochschulen außerhalb des Geltungsbereichs der Verordnung eingehen können. Zum anderen soll die Verknüpfung mit anderen akademischen und nicht-akademischen Heilberufen, explizit mit dem Studiengang der Zahnheilkunde, ermöglicht werden. Im Hinblick auf interprofessionelle Ausbildungsmodelle kommt z. B. die Verknüpfung des Curriculums für den Studiengang Medizin mit anderen Studiengängen, wie etwa dem primärqualifizierenden Pflegestudium oder dem Hebammenstudium, aber auch mit fachschulischen Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen in Betracht. Kern des Innovationsvorhabens ist, dass ein wesentlicher Teil des Curriculums für den Studiengang Medizin mit dem Curriculum des anderen Gesundheitsberufs bzw. einem Medizinstudium außerhalb des Geltungsbereichs dieser Verordnung verknüpft wird. Gelegentliche gemeinsame Lehrveranstaltungen seien dafür nicht ausreichend.

### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die deutlich veränderte Innovationsklausel gibt den Fakultäten Raum, zukunftsgerichtete Konzepte zu entwickeln und umzusetzen, ohne dass das Studium inhaltlich wesentlich verschlankt wird. Grundsätzlich ist in diesem Zusammenhang die Öffnung für internationale Kooperationen, die viel diskutierte Verknüpfung mit universitären Ausbildungen anderer

Heilberufe und die Möglichkeit einer gemeinsamen Ausbildung von Human- und Zahnmedizinern zu unterstützen.

Die Überschneidungen der Studienfächer und Ausbildungsgänge anderer Gesundheitsberufe mit dem Medizinstudium sind allerdings zu gering und auch in der Tiefe des vermittelten Wissens zu unterschiedlich, um eine solche Angleichung zu rechtfertigen. Vor diesem Hintergrund sind Verknüpfungen von wesentlichen Teilen (!) des humanmedizinischen Curriculums mit denen der anderen Gesundheitsberufe nur schwer vorstellbar.

Das ärztliche Studium ist geradlinig auf das Erreichen des in der ärztlichen Approbationsordnung verankerten Ausbildungsziels ausgerichtet. Das belegen die angedachte Studienstruktur und die Regelstudienzeit. Vor dem Hintergrund des immensen Inhalts an medizinischem Wissen, das gemäß des NKLM zu vermitteln ist, scheint es unmöglich, durch Verknüpfung mit anderen Gesundheitsberufen weitere entsprechende Inhalte in das Medizinstudium zu integrieren. Folglich ist ein erfolgreicher Studienabschluss ohne ausgiebige Reduktion der grundsätzlichen Studieninhalte gemäß des NKLM binnen sechs Studienjahren nicht denkbar.

Eine Verknüpfung der Studiengänge der Human- und Zahnmedizin im Rahmen von Innovationsvorhaben wird jedoch befürwortet. Die Bundesärztekammer und die Bundeszahnärztekammer sind in engem Austausch zur Erarbeitung eines gemeinsamen Moduls unter dem Arbeitstitel „Mundgesundheit“ für alle Studierenden der Human- und Zahnmedizin, das an ausgewählten Universitäten durch die Implementierung eines Innovationsvorhabens noch weiter ausgebaut werden könnte. Gleichwohl muss neben der Innovationsklausel sichergestellt sein, dass es zukünftig auch in Regelstudiengängen zu engen inhaltlichen Verzahnungen mit der Zahnmedizin kommt.

Die Verknüpfung wesentlicher Teile der Curricula einer deutschen und einer ausländischen Universität oder Hochschule kann die Ausbildungsqualität in Frage stellen, wenn hiesige Standards unterlaufen werden. Es muss sichergestellt sein, dass die Qualität der ärztlichen Ausbildung mit Blick auf international verknüpfte Studiengänge gewährleistet bleibt.

In jedem Fall darf eine Innovationsklausel durch die Schaffung struktureller Freiräume das Ziel einer einheitlichen, vergleichbaren und hochwertigen ärztlichen Ausbildung nicht gefährden. Die Bundesärztekammer sieht in diesem Zusammenhang mit Besorgnis Entwicklungen, die wirtschaftlich und marktorientiert sind und befürchtet, dass die Innovationsklausel in der aktuellen Gestalt dieser Entwicklung im internationalen Kontext Vorschub leisten kann.

Sollte sich der Gesetzgeber für den unveränderten Beibehalt der Innovationsklausel entscheiden, wird dringend die Verankerung eines Mindeststandards der gemeinsamen Ausbildung angeregt, d. h. die unter Bezugnahme auf die Innovationsklausel durchgeführte Ausbildung muss mit der regulären Ausbildung, explizit den Ausbildungsergebnissen, vergleichbar sein.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Änderungen von § 136 wie beschrieben

## **Bezeichnung klinischer Fächer analog der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018**

§ 59 Absatz 2 „Anforderungen an Lehrkrankenhäuser“ (PJ)

Anlage 3: „Klinische Fächer der Module vor dem Ersten, dem Zweiten und dem Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung“

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In § 59 wird im Rahmen der Ausbildung in den Gebieten Innere Medizin oder Chirurgie im Praktischen Jahr vorgegeben, dass auf geeigneten Abteilungen eine konsiliarische Betreuung durch Fachärzte oder Fachärztinnen einzelner explizit genannter Gebiete sichergestellt sein muss.

Anlage 3 zu § 31 Absatz 2 Satz 1, § 32 Absatz 2 Satz 1, § 33 Absatz 2 Satz 1, § 141 Absatz 2 listet die klinischen Fächer der Module vor dem Ersten, dem Zweiten und dem Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung auf.

### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bezeichnung der klinischen Fächer in § 59 bzw. insbesondere in Anlage 3 ist zum Teil veraltet bzw. nicht sachgerecht (z. B. sind Gesundheitsökonomie, Pharmakotherapie oder Strahlenschutz keine klinischen Fächer) und sollte sich an den aktuellen Bezeichnungen der Gebiete, Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen gemäß der (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018 orientieren.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Es wird nachdrücklich empfohlen, die Bezeichnungen in § 59 Absatz 2 an die MWBO anzupassen:

*„Zur Ausbildung auf den Fachgebieten der Inneren Medizin und der Chirurgie sind nur Abteilungen oder Einheiten geeignet, die über mindestens 60 Behandlungsplätze mit unterrichtsgerechten Patienten oder Patientinnen verfügen. Auf diesen Abteilungen muss außerdem eine konsiliarische Betreuung durch nicht vertretene Fachärzte oder Fachärztinnen, insbesondere für Augenheilkunde, für ~~Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde~~ Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, für Neurologie und für ~~diagnostische~~ Radiologie oder Strahlentherapie sichergestellt sein.“*

Die Auflistung in Anlage 3 ist grundlegend zu überarbeiten. Zumindest sind Gebietsbezeichnungen wie folgt zu ändern:

- „Dermatologie, Venerologie“ in „Haut- und Geschlechtskrankheiten“
- „Frauenheilkunde, Geburtshilfe“ in „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“
- „Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde“ in „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“
- „Hygiene, Mikrobiologie, Virologie“ in „Hygiene und Umweltmedizin“ und „Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie“
- „Kinderheilkunde“ in „Kinder- und Jugendmedizin“
- „Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik“ in „Laboratoriumsmedizin“
- „Orthopädie“ in „Orthopädie und Unfallchirurgie“  
(Anmerkung: der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ist eine Facharztentität im Gebiet Chirurgie)
- „Pharmakologie, Toxikologie“ sowie „Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie“ in „Pharmakologie und Toxikologie“ und „Klinische Pharmakologie“
- „Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz“ in „Radiologie“ und „Nuklearmedizin“ sowie „Strahlentherapie“

Folgende Gebietsbezeichnungen sollten ergänzt werden:

- „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“
- „Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie“
- „Neurochirurgie“
- „Phoniatrie und Pädaudiologie“ (seit der MWBO 2018 eigenständiges Fachgebiet)
- „Transfusionsmedizin“

### **Übergeordneter, kompetenzbezogener Prüfungsstoff**

Führung und Management; Gesundheitsökonomie

Anlage 15: Übergeordneter, kompetenzbezogener Prüfungsstoff für den Ersten, den Zweiten und den Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung

V. Führung und Management

Ergänzend: § 1 Absatz 2 und § 114 Satz 2 zu gesundheitsökonomischen Aspekten

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In Anlage 15 sind sieben zu prüfende übergeordnete Kompetenzen schlagwortartig mit Leitbegriffen unterlegt. In Nummer V werden zu „Führung und Management“ u. a. die Ökonomie im Gesundheitssystem und Ressourcenallokation aufgezählt.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer regt an, das Thema Ökonomie/Ressourcenallokation deutlich weniger stark zu gewichten. Wenngleich angehende Ärzte und Ärztinnen sich auch mit Fragen zum Gesundheitssystem und zur Wirtschaftlichkeit ärztlicher Behandlungsprozesse zu befassen haben, sollten im Studium die ärztlichen Führungskompetenzen bezogen auf Fragestellungen der Interaktion, Kommunikation und des Managements der Patientenbehandlung fokussiert werden.

In diesem Zusammenhang wird auf die Formulierung von Nummer 10 in § 1 Absatz 2 Satz 3 hingewiesen, die suggeriert, dass die Ärztinnen und Ärzte zukünftig medizinische Indikationen mit ökonomischen Belangen gegeneinander abwägen sollen. Gleiches gilt für die übermäßige Betonung in § 114 Satz 2 Nummer 4 und 5. Gesundheitsökonomische Überlegungen beziehen sich nicht primär auf den individuellen Patienten, sondern auf die Gesundheitssysteme. Auch sollte die Bedeutung wissenschaftlicher Evidenz nicht auf eine Stufe gestellt werden mit ökonomisch motivierten Abwägungen.

#### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

In Anlage 15 wird der Text unter Nummer V „Führung und Management“ wie folgt geändert:

*„Entwicklung eines Rollenverständnisses als Arzt bzw. Ärztin. Selbstreflexion. Grundlagen guter Kommunikation. Kooperation und ärztliche Führungskompetenz. Kritikfähigkeit. Strategien zur Konfliktlösung. Informationsmanagement-Versorgungsstrukturen. Ökonomie im Gesundheitssystem. Ressourcenallokation. Qualitätsmanagement. Rationale Entscheidungsfindung. Informationstechnologie zur Beschaffung und Transfer von Informationen sowie zur Dokumentation von Behandlungsprozessen. Zeitmanagement. Qualitätsmanagement. Führungskompetenz. Grundlagen der Kommunikation, Strategien zur Konfliktlösung. Evaluation von Schnittstellen im Gesundheitswesen. Konzept der Patientensicherheit sowie Ausrichtung der praktischen Patientenversorgung hieran. Kompetenz zur Veränderung von Prozessen. Rationale Entscheidungsfindung.“*



Versorgungsstrukturen und Schnittstellen. Ökonomie im Gesundheitssystem. Soziale Verantwortung.

In § 1 Absatz 2 sollte die Nummer 10 mit Nummer 12 zusammengeführt und wie folgt als neuer Punkt an das Ende der Aufzählung gesetzt werden.

*„xx. Grundkenntnisse des Gesundheitssystems und der Gesundheitsökonomie“*

In § 114 Satz 2 sollten in Nummer 4 die Worte „und gesundheitsökonomisch sinnvolle“ sowie in Nummer 5 die Worte „und gesundheitsökonomischer Aspekte“ gestrichen werden. Es wird vorgeschlagen, eine neue Nummer 17 zu ergänzen und wie folgt zu fassen:

*„17. die gesundheitsökonomischen Aspekte des eigenen ärztlichen Handelns einschätzen kann.“*

### **3. Ergänzende Anmerkungen**

#### **Kompetenz-Begriff stärker verankern**

Auffällig im Referentenentwurf ist, dass an vielen Stellen die Begriffe „Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten“ verwendet werden, die zugunsten des sowohl im NKLM als auch in der MWBO angewandten Kompetenz-Begriffs abgeändert werden sollten.

#### **Finanziellen Mehraufwand im Bereich der universitären Lehre ausgleichen**

Mit der neuen Approbationsordnung für Ärzte wird innerhalb der universitären Trias von Forschung, Lehre und Krankenversorgung der Teil Lehre deutlich aufwendiger und kostenintensiver. Neben der bisherigen Bewertung der Leistungsfähigkeit der Medizinischen Fakultäten über Impact-Punkte der Publikationen und Einwerbung von Drittmitteln sollte auch die Qualität der Lehre als Maßstab für die finanzielle Ausstattung der Medizinischen Fakultäten bewertet werden. Deshalb ist zu fordern, dass bei der Beurteilung und Ausstattung der Universitäten auch deren Leistungen im Bereich der Lehre berücksichtigt werden.

#### **Erheblicher personeller Aufwand im Prüfungswesen braucht adäquate Finanzierung**

Bezüglich der nach der neuen Approbationsordnung für Ärzte vorgesehenen Prüfungen wird im Vergleich zu den derzeitigen Regelungen ein deutlich höherer personeller Aufwand entstehen. Dies setzt eine adäquate Finanzierung voraus. Insbesondere der Dritte Abschnitt der ärztlichen Prüfung erfordert mit Blick auf die Prüfung am Patienten oder an der Patientin einen erheblichen personellen Mehraufwand.

#### **Kapazitätsverordnung ändern; Qualifizierung für die Lehre fördern**

Das Kapazitätsrecht aus den späten 1970er Jahren ist inzwischen nicht mehr zeitgemäß und muss im Sinne einer bedarfsgerechten Ausbildung geändert werden. Voraussetzung ist eine robuste Bedarfsplanung durch die zuständigen Ministerien. Wenn mehr praktische Ausbildung gewünscht wird, müssen neben der existierenden Hochschulstruktur auch die

Akademischen Lehrkrankenhäuser – und dies nicht nur im Praktischen Jahr – mit einbezogen werden können. Zu fordern ist zudem, dass neben der quantitativen auch eine qualitative Verbesserung mittels Qualifizierung für die Lehre auch an Lehrkrankenhäusern erfolgt. Das gilt auch für den ambulanten Bereich, in dem teilweise Kapazitäten ausgebaut werden müssen. Nicht zuletzt bedeutet dies auch, dass mehr finanzielle Mittel für die personalintensive praktische Ausbildung zur Verfügung gestellt werden müssen.

**Einschränkung der Ausbildungskapazitäten in den Kliniken durch Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen verhindern**

Die Reform der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten wird insofern Auswirkungen haben, als sie zusätzlich Ausbildungskapazitäten der Medizinischen Fakultäten für Studenten erfordert, die dann wieder den Medizinstudierenden fehlen könnten. Das Gleiche gilt für andere nicht-ärztliche Gesundheitsberufe.