

## 2. Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten

### 2.1 Ärztliche Ausbildung

Die Bundesärztekammer befasst sich kontinuierlich mit Themen, die das Medizinstudium betreffen, und pflegt Beziehungen zu den verfassten Organen der Hochschulen und Hochschulkliniken, um Struktur und Inhalte sowie Rahmenbedingungen der ärztlichen Ausbildung eng zu begleiten. Ziel der Arbeit im Jahr 2009 war es wie im Vorjahr, die Rahmenbedingungen für den ärztlichen Nachwuchs während des Medizinstudiums zu verbessern, um der Tendenz der Abwanderung ins Ausland oder in andere Berufsfelder entgegenzuwirken. Die Strukturierung der ärztlichen Ausbildung über Bachelor-/Masterabschlüsse wird nach wie vor abgelehnt.

#### 2.1.1 Zugangsvoraussetzungen/Auswahlverfahren zur Zulassung zum Medizinstudium

Mit der 7. Novelle des Hochschulrahmengesetzes (HRG) haben die Hochschulen die Möglichkeit erhalten, sich einen Großteil ihrer Studierenden (mindestens 60 Prozent) nach eigenen Kriterien im Rahmen von persönlichen Auswahlverfahren auszusuchen. Nur noch 40 Prozent der Studienplätze sind durch die Zentrale Vergabestelle für Studienplätze (ZVS) direkt nach Abiturnote und Wartezeit zu vergeben. Bislang wird die Möglichkeit des eigenen Hochschulauswahlverfahrens von den Medizinischen Fakultäten in sehr unterschiedlichem Maße genutzt. Nach wie vor entscheiden sich viele Hochschulen für Schulnoten und fachspezifische Studierfähigkeitstests als Hauptauswahlkriterien, da diese entsprechend der Ergebnisse von Metaanalysen am stärksten mit dem Studienerfolg korrelieren. Inwiefern diese Kriterien auch eine Aussagefähigkeit über den späteren Berufserfolg darstellen, ist bislang noch nicht ausreichend untersucht. In jüngsten Untersuchungen wird wiederholt gefordert, dass bezüglich der Zulassungsvoraussetzungen zum Medizinstudium nicht nur formal-logische Intelligenz, sondern auch emotionale Intelligenz und bestimmte Persönlichkeitsmerkmale bewertet werden sollten. Seit dem Wintersemester 2005/2006 nutzt z. B. die Medizinische Fakultät der TU Dresden die Möglichkeit der Durchführung eines hochschuleigenen Auswahlverfahrens mit dem Ziel der eigenverantwortlichen Gewinnung von motivierten und leistungsstarken Studierenden. Es findet eine wissenschaftliche Begleitung dieses hochschuleigenen Auswahlverfahrens mit einer kontinuierlichen Überarbeitung und Neuentwicklung der Auswahlinstrumente, mit Evaluierung der Auswahlmethoden sowie Monitoring und Prozessmethodenoptimierung statt. Das Auswahlverfahren kombiniert einen hierfür konzipierten Fragebogen mit einem Auswahlgespräch. Allerdings zeigt sich bei der Korrelation der Auswahlkriterien mit den späteren Ergebnissen der so ausgewählten Studenten im 1. Teil des Staatsexamens eine insgesamt nur schwache Vorhersage aller Auswahlinstrumente. Das beste Vorhersageinstrument ist auch bei dieser Untersuchung die Abiturnote. Prospektiv interessant wird die Korrelation dieses Auswahlverfahrens mit den Ergebnissen des zweiten Studienabschnitts sein. Möglicherweise zeigt sich hier eine Relevanz für die ärztliche Tätigkeit bzw. den Tätigkeitsbereich

nach dem Medizinstudium, z. B. bezüglich der Häufigkeit für die Entscheidung, in der kurativen Versorgung tätig zu werden.

Aufgrund der Probleme der Messgenauigkeit und des Vorhersagewertes dürfen somit allgemeine Persönlichkeitsmerkmale und soziale Kompetenz in den persönlichen Auswahlverfahren nicht überbewertet werden. Auch der Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ der Bundesärztekammer hat die Aussagefähigkeit von sogenannten Studierfähigkeitstests kritisch hinterfragt. So hat z. B. der Test für Medizinische Studiengänge (TMS), welcher im Auftrag der Kultusministerkonferenz der Länder von Trost et al. (1978) entwickelt wurde, im Vergleich zur Abiturnote nur einen geringen Mehrwert (ca. 7 Prozent) als Zulassungskriterium erwiesen.

Die Bundesärztekammer wird die Erarbeitung von psychologischen Tests zur Feststellung einer voraussichtlichen Eignung für den ärztlichen Beruf weiter verfolgen. Die Ergebnisse der verschiedenen Ansätze und Untersuchungen wird zeigen, ob neben der Abiturnote weitere Auswahlkriterien herangezogen werden sollten, um der Individualität der Studierenden, aber auch den Hochschulen, gerecht zu werden. Derzeit bleibt die Rolle der Abiturnote als starker Prädiktor für einen Studienerfolg anhand der Ergebnisse vorliegender Metaanalysen unumstritten.

### 2.1.2 Anzahl an Studienplätzen

Sehr intensiv hat sich die Bundesärztekammer in jüngster Zeit mit der Frage befasst, ob aufgrund des absehbaren Ärztemangels eine Erhöhung der Anzahl an Studienplätzen gefordert werden muss. Diese Diskussion wird kontrovers geführt. Sie wird insbesondere vom Medizinischen Fakultätentag (MFT) sehr kritisch begleitet, da an den Medizinischen Fakultäten die entsprechenden Lehrkapazitäten fehlen.

Allerdings sollte neben der quantitativen zugleich auch die qualitative Fragestellung vertieft werden. Das Medizinstudium muss für die jungen Studenten und Studentinnen so attraktiv gestalten werden, dass einer steigenden Abbruchquote effektiv entgegengewirkt werden kann. Darüber hinaus wird festgestellt, dass das Studienplatzangebot und die Qualität des Medizinstudiums nicht allein ausschlaggebend sind, den ärztlichen Nachwuchs wieder vermehrt für eine Tätigkeit in der Patientenversorgung zu gewinnen. Es sind insbesondere die allgemeinen Rahmenbedingungen in der ärztlich-kurativen Tätigkeit, die zunehmend dazu führen, dass sich die hochqualifizierten Absolventen des Medizinstudiums von ihrem ausgewählten Berufsziel abwenden bzw. eine ärztliche Tätigkeit im Ausland anstreben.

Die Bundesärztekammer wird sich im Jahr 2010 weiter vertiefend mit dem Thema Berufszufriedenheit, insbesondere bei den jungen Ärztinnen und Ärzten, befassen und hier insbesondere die Bedingungen, unter denen Aus- und Weiterbildung stattfindet, beleuchten und bewerten. In einem weiteren Schritt müssen dann zeitnah Lösungswege für die Gestaltung einer höheren Berufszufriedenheit – insbesondere beim Einstieg in den Beruf – gefunden werden.

### 2.1.3 Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO)

Die Bundesärztekammer hat sich seit Jahren für das wiederholt an sie herangetragene Anliegen auf Ergänzung der Palliativmedizin als Querschnittsfach in der Approbationsordnung (§ 27 ÄAppO) eingesetzt. Diesem Anliegen wurde endlich im Rahmen der Umsetzung des Assistenzpflegegesetzes (Artikelgesetz) im Jahr 2009 entsprochen. Leider konnte die gleichzeitige Aufnahme der Schmerztherapie als weiteres neues Querschnittsfach in der ärztlichen Ausbildung nicht durchgesetzt werden.

Bezüglich der Umsetzung der 2003 in Kraft getretenen Approbationsordnung an den Hochschulen wurde von den Medizinstudierenden auch in diesem Jahr erneut darauf hingewiesen, dass die praktischen Anteile in der studentischen Ausbildung in einzelnen Fachbereichen noch nicht ausreichend umgesetzt wurden. Der Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ der Bundesärztekammer appelliert nochmals an den Medizinischen Fakultätentag (MFT), die Entwicklungen in diesem Bereich weiterhin kritisch zu verfolgen, um alle vorhandenen Ressourcen zur weiteren Optimierung zu nutzen. Zugleich weist die Bundesärztekammer darauf hin, dass Qualität ihren Preis hat und weitere Finanzierungsmittel für die Lehrkapazitäten, wie sie in der neuen Approbationsordnung gefordert sind, zur Verfügung gestellt werden müssen. Problemorientiertes Lernen und Kleingruppenunterricht lassen sich nur gestalten, wenn die Anzahl der Lehrkörper erhöht wird.

### 2.1.4 Bachelor-/Masterabschlüsse in der Medizin

Zwischenzeitlich sind zum Bologna-Prozess eine Vielzahl von Stellungnahmen, u. a. von der Bundesärztekammer, der Österreichischen Ärztekammer und der Humboldt-Gesellschaft publiziert worden, die sich alle kritisch mit den erzielten Ergebnissen auseinandersetzen. Veranstaltungen, wie z. B. die Konferenz zur Bologna-Deklaration im April 2009 in Loewen und die Regionalkonferenz „Bologna – Zukunft der Lehre“ im Mai 2009 in Berlin, geben hierzu ein sehr kontroverses Bild ab. Die Position der Bundesärztekammer bekräftigt wie in den vorangegangenen Jahren, dass der Bologna-Prozess und insbesondere die Bachelor-/Masterstruktur für die medizinische Ausbildung in Deutschland ungeeignet ist. So hat der 112. Deutsche Ärztetag im Mai 2009 seinen Appell wiederholt und erneut die Einführung einer Bachelor-/Masterstruktur in der Medizin abgelehnt. Der Deutsche Ärztetag hat sich klar für den Erhalt eines einheitlichen und hochwertigen Medizinstudiums mit dem Abschluss „Staatsexamen“ ausgesprochen. Aus Sicht der Bundesärztekammer bietet die konsequente Umsetzung der neuen Approbationsordnung an den Medizinischen Fakultäten alle Möglichkeiten, um im Rahmen eines einstufigen Studiengangs die notwendigen Reformen u. a. in Bezug auf Mobilität, Flexibilität und Anrechenbarkeit von Studienabschnitten umzusetzen. Unterstützt wird diese Einschätzung durch die neuesten Ergebnisse des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) veröffentlichten 10. Studierendenurveys. So ist es in den Studiengängen, welche Bachelor-/Masterstudiengänge bereits eingeführt haben, zur „Bologna-Ernüchterung“ gekommen. Nur noch 12 Prozent der Befragten rechneten bezogen auf den Bachelorabschluss mit guten Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Jeder zweite Befragte erkannte den Bachelorstudiengängen die wissenschaftliche Qualität ab.

Auf dieser Basis hat die beim Deutschen Hochschulverband angesiedelte „Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin“, in welcher neben der Bundesärztekammer auch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Medizinische Fakultätentag, der Marburger Bund sowie die Bundesvereinigung der Landeskonferenzen ärztlicher und zahnärztlicher Leiter von Kliniken, Instituten und Abteilungen der Universitäten und Hochschulen Deutschlands vertreten sind, in einem Bologna-Moratorium die neue Bundesregierung aufgefordert, von der Einführung von Bachelor-/Masterstudiengängen für die noch nicht umgestellten Studiengänge Medizin und Rechtswissenschaften abzusehen.

In diesem Zusammenhang wurde im Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ der Bundesärztekammer auch das Projekt „European Medical School (EMS) Oldenburg-Groningen“ beraten. Ziel dieses Projektes ist es, einen gestuften Studiengang Humanmedizin mit den Abschlüssen Bachelor und Master of Science in Humanmedizin in Deutschland über eine supranationale Konstruktion einzuführen. Der Entscheidung für das Projekt „European Medical School Oldenburg-Groningen“ lag eher eine politisch gewollte Standortentscheidung als das Bemühen um eine wirkliche inhaltlich und strukturell begründete Reform zugrunde. Es wurde klar herausgestellt, dass dieser „Umweg“ über Groningen das Einfallstor für weitere zweigestufte Bachelor-/Masterstudiengänge in Deutschland und damit ein zu befürchtender Qualitätsverlust für die Medizin bedeuten könne. Die Bundesärztekammer wird weiterhin ihren Einfluss geltend machen, um dieser negativen Entwicklung entgegenzuwirken.

In der 199. Amtschefkonferenz der Kultusministerkonferenz wurde im September 2009 ein Beschluss verabschiedet, welcher vorsieht, dass der längst überfälligen Neufassung der zahnärztlichen Approbationsordnung nur zugestimmt werden kann, wenn diese kapazitäts- und kostenneutral umgesetzt wird. Darüber hinaus hat diese Konferenz gefordert, dass eine grundlegende inhaltliche Reform des Studienganges nur dann akzeptabel ist, wenn wesentliche Elemente des Bologna-Prozesses und die Forderungen der Lissabon-Konvention aufgegriffen werden. Die Novellierung der zahnärztlichen Approbationsordnung sollte nach Meinung der Kultusministerkonferenz (KMK) daher zum Anlass genommen werden, Kernelemente der Hochschulreform im Zuge des Bologna-Prozesses wie Leistungspunktesystem, Modularisierung und Qualitätssicherung durch Akkreditierung aufzunehmen. Diese im Zusammenhang mit der Reform der zahnärztlichen Approbationsordnung durch die KMK vertretene Position stimmt auch im Hinblick auf die ärztliche Approbationsordnung weiterhin sehr nachdenklich und bedarf der weiteren engen Verfolgung.

### **2.1.5 Nationaler kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM)**

Die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) hat ihre Aktivitäten zur Entwicklung eines „Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin“ im Jahr 2009 aktiv aufgegriffen. Der Hochschulausschuss der Kultusministerkonferenz (KMK) hatte im Januar 2009 die GMA aufgefordert, in Abstimmung mit dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) einen Fachqualifikationsrahmen für das medizinische Studium auszuarbeiten, der die Entwicklung eines Curriculums der gestuften Studienstruktur möglich macht. Daraufhin wurden durch GMA und MFT eine Projektgruppe und eine Lenkungsgruppe für die Erarbeitung eines „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkata-

logs Medizin (NKLM)“ gebildet. Ziel soll es sein, einheitliche Lernziele für das Medizinstudium in Deutschland zu definieren. Die Entwicklung des NKLM soll sich an den Prozessen der AWMF-Leitlinienentwicklung orientieren. Grundlage für den Lernzielkatalog soll die Approbationsordnung (ÄAppO) von 2002 in Verbindung mit der Richtlinie 2005/36/EG sein (5.500 Stunden, sechs Jahre Ausbildungsdauer etc.). Hierbei sollen auch die Vorgaben des Europäischen Qualifikationsrahmens (EAHE-FQ und EFQ-LLL) beachtet werden, soweit sie in den deutschen Rechtsraum übernommen werden können. Zudem soll auf die Vereinbarkeit mit Regelungen der (Muster-)Berufsordnung und der (Muster-)Weiterbildungsordnung sowie internationaler ärztlicher Codizes geachtet werden.

In einem ersten Entwurf hat die Projektgruppe sieben Kompetenzbereiche bezüglich ihrer übergeordneten Lernziele definiert. Hierzu gehören die Kompetenzbereiche „Medizinischer Experte (Expertiseentwicklung)“, „Kommunikator“, „Interprofessioneller Partner“, „Verantwortungsträger (Manager)“, „Gesundheitsberater und Gesundheitsforsprecher“, „Wissenschaftler und Lehrer“ sowie „Professionelles Vorbild“. Im Mai 2010 soll in einer Konsensuskonferenz im Vorfeld der Tagung „Research in Medical Education – 300 Years of Clinical Teaching“ in der Charité – Hochschulmedizin Berlin – eine erste Bewertung der bis dahin erarbeiteten Papiere durchgeführt werden.

Die Bundesärztekammer begleitet dieses Projekt kritisch zurückhaltend. Vonseiten der Ärzteschaft wird zu hinterfragen sein, ob die konsequente Umsetzung der Approbationsordnung nicht bereits alle Möglichkeiten bietet, um die angestrebten Ziele im Rahmen eines einstufigen Studiengangs zu erreichen. Darüber hinaus muss befürchtet werden, dass die Einführung eines kompetenzbasierten Lernzielkatalogs der weiteren Verschulung des Medizinstudiums Vorschub leistet. Aus Sicht der im Ausschuss vertretenen Medizinstudenten wird allerdings darauf hingewiesen, dass das Medizinstudium mit einer immer größer werdenden Anzahl an Lerninhalten überfrachtet wird und die Definition von Lernzielen vor diesem Hintergrund durchaus sinnvoll sein könnte. Die Bundesärztekammer wird zeitnah über die weiteren Entwicklungen informiert werden und eine Bewertung des Projekts vornehmen müssen.

### 2.1.6 Praktisches Jahr

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer hat der Deutsche Ärztetag 2009 eine Verbesserung der Ausbildungsbedingungen und der Ausbildungsqualität im Praktischen Jahr (PJ) gefordert. Bekanntermaßen erfahren Medizinstudierende im Praktischen Jahr eine mangelnde Anleitung und werden als preiswerte Arbeitskräfte für ausbildungsfremde Tätigkeiten herangezogen. Studien belegen, dass eine geringe Anerkennung und Wertschätzung während dieses wichtigen Ausbildungsabschnitts am Ende des Studiums zur Abwendung des ärztlichen Nachwuchses von der kurativen Medizin führt. Daher wurde eingefordert, dass die praktische Ausbildung am Patienten im Mittelpunkt des Praktischen Jahrs als letztem berufsvorbereitenden Abschnitt des Medizinstudiums stehen soll. Darüber hinaus sollen die Ausbildungsinhalte und die zu erlernenden praktischen Fähigkeiten im Praktischen Jahr bundeseinheitlich definiert werden. Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) hat einen diesbezüglichen Vorschlag erarbeitet und ihr Positionspapier der Bundesärztekammer vorgelegt, welche sich für definierte Qualitätsstandards während der Ausbildung im

Praktischen Jahr auch gegenüber dem MFT eingesetzt hat. Insbesondere unterstützt die Bundesärztekammer auch den Wunsch der Medizinstudierenden im Hinblick auf mehr Mobilität für die Ableistung des PJ innerhalb Deutschlands über den bisherigen Status quo von ca. 10 Prozent hinaus. Sie wird sich weiterhin dafür einbringen, die Studienordnungen der Medizinischen Fakultäten dahingehend zu ergänzen, dass die Medizinstudierenden bei der Wahl der Lehrkrankenhäuser für ihre PJ-Tertiale freie Entscheidung haben.

### **2.1.7 Checkliste für das Krankenpflegepraktikum**

Gemäß § 6 der Approbationsordnung (ÄAppO) muss während der Ausbildung ein dreimonatiger Krankenpflagedienst abgeleistet werden. Damit diese Zeit besser an den Zielen der Ausbildung orientiert wird, hat der Hartmannbund eine Checkliste für das Krankenpflegepraktikum entwickelt, welche von der Bundesärztekammer als geeignet erachtet wird, zur Verbesserung der Ausbildungsqualität beitragen zu können. Auf der Internetseite der Bundesärztekammer kann diese Checkliste unter der Rubrik „Ausbildung“ abgerufen werden. Die Ärzteschaft ist sich einig, dass das vorgeschriebene dreimonatige Krankenpflegepraktikum auf zwei Monate verkürzt werden könnte.

### **2.1.8 Zusammenarbeit von universitärer und außeruniversitärer Forschung**

Die Gesundheitsforschungsinitiative der Helmholtz-Gemeinschaft strebt die intensivere Zusammenarbeit von universitärer und außeruniversitärer Forschung an. Insbesondere im Hinblick auf die ungleiche Grundfinanzierung wird in Zukunft verstärkt darauf zu achten sein, dass die universitären Einrichtungen auf Dauer keinen Wettbewerbsnachteil erleiden. In diesem Kontext muss man auch die Forderung des Deutschen Ärztetages sehen, der praktischen Ausbildung am Patienten, d. h. der Gesprächsgestaltung, Anamneseerhebung, Untersuchung etc., einen deutlicheren Raum zu geben und für eine qualitativ hochwertige Umsetzung zu sorgen. Hierzu werden insbesondere die außeruniversitären Lernorte aufgerufen. Die weitere Entwicklung der Initiative der Helmholtz-Gemeinschaft muss weiter beobachtet werden.

### **2.1.9 Hippokratischer Eid**

Auf Initiative des Vorsitzenden des Ausschusses „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“, Prof. Dr. Jan Schulze, hat der Vorstand der Bundesärztekammer auf dem 112. Deutschen Ärztetag 2009 ein aktives Bekenntnis zu ärztlich-ethischem Bewusstsein im Sinne des „Hippokratischen Eides“ eingefordert. Der Leitgedanke des „Hippokratischen Eides“ soll in der heutigen Zeit, welche durch eine zunehmende Kommerzialisierung und Marktorientierung des Gesundheitswesens geprägt ist, wieder mehr Menschlichkeit und die Zusicherung zu gewissenhafter Berufsausübung zum Wohle des Patienten deutlicher in das Bewusstsein bringen. Vor diesem Hintergrund haben sich die Ärztekammern dazu bekannt, den zukünftigen Ärztinnen und Ärzten z. B. im Rahmen einer Feierstunde anzubieten, ein entsprechendes Gelöbnis –

im Sinne der Genfer Deklaration oder des in der Berufsordnung enthaltenen Gelöbnisses als zeitgemäße Versionen des Hippokratischen Eids – ablegen zu können.

## 2.2 Ärztliche Weiterbildung

Die ärztliche Weiterbildung schließt sich unmittelbar an das staatlich organisierte Medizinstudium an und dient der Sicherung der Qualität der ärztlichen Berufsausübung. Jeder Arzt, der eine Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatz-Qualifikation erwerben will, muss eine nach genau festgelegten Kriterien strukturierte Weiterbildung durchlaufen und bestimmte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten nachweisen. In der Weiterbildungsordnung ist festgelegt, welche Qualifikationen auf welche Weise und in welchem Zeitraum erworben werden müssen, um eine entsprechende Bezeichnung führen zu dürfen.

Die von der Bundesärztekammer erarbeitete (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) wird gemeinsam mit den Landesärztekammern und in Rückkoppelung mit den Medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden erstellt und dient als Vorlage für die noch in Landesrecht zu fassenden Satzungen der Weiterbildungsordnungen. Gleichermaßen dienen die (Muster-)Richtlinien, die (Muster-)Kursbücher und die (Muster-)Logbücher über den Inhalt der Weiterbildung als nachgeordnete Regelwerke.

Die (Muster-)Weiterbildungsordnung bzw. die Weiterbildungsordnungen der Länder werden in regelmäßigen Abständen überarbeitet, um dem wissenschaftlichen und technischen Fortschritt sowie den gesundheitspolitischen Entwicklungen und den realen Versorgungsstrukturen Rechnung zu tragen. In Fortsetzung der Arbeiten im Jahr 2008 war es auch im Jahr 2009 Aufgabe, für sämtliche Fragestellungen sowie für Änderungsvorschläge bundeseinheitliche Vorgaben für die Weiterbildungsstrukturen zu schaffen und diese im Rahmen der Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung von 2003 für den 113. Deutschen Ärztetag 2010 zur Beratung vorzubereiten.

Neben der Wahrung der Kontinuität der Weiterbildungsordnungen ist es die Aufgabe der von den Ärztekammern legitimierten Weiterbildungsstellen der Bundesärztekammer, die Struktur und Inhalte von Weiterbildungen zu bestimmen, um so die Kompatibilität zu anderen Fachgebieten wahren zu können. Unter dem Vorsitz von Dr. H. Hellmut Koch, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, tagen der Arbeitsausschuss und die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“, die den Vorstand der Bundesärztekammer in allen entsprechenden Fachfragen beraten.

### 2.2.1 Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Aufgrund praktischer Erfahrungen bei der Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnungen in den Landesärztekammern sowie durch Hinweise von den Fachgesellschaften und Berufsverbänden wuchs in den letzten Jahren der Änderungsbedarf in der (Muster-)Weiterbildungsordnung. Der Vorstand der Bundesärztekammer hatte daraufhin Ende 2007/Anfang 2008 beschlossen, dass die vielen Einzelanregungen bei der Bundesärztekammer gebündelt und strukturiert für eine Beratung auf einem der nächsten Deutschen Ärztetage, voraussichtlich im Jahr 2010, vorbereitet werden sollen.

Für die Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 wird erstmalig ein neues Beratungsverfahren zwischen den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer, das sogenannte Zweistufige Normsetzungsverfahren, angewendet. Nach Ablauf der Rückmeldefrist aus den Landesärztekammern sowie den Berufsverbänden und Fachgesellschaften am 30.05.2008 wurden alle Änderungswünsche zunächst gesichtet und für die Beratung in den Weiterbildungsgremien aufbereitet. Alle für diesen Prozess vorgelegten Themen sind einer ersten Bewertung im Arbeitsausschuss „Ärztliche Weiterbildung“ der Bundesärztekammer zugeführt sowie in einer dreitägigen Sitzung in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ der Bundesärztekammer im Dezember 2009 erörtert worden. Dieser mehrstufige Beratungsprozess wird im Frühjahr 2010 im Vorstand der Bundesärztekammer fortgeführt werden. Ziel ist es, die erforderlichen Änderungen dem 113. Deutschen Ärztetag im Mai 2010 vorzulegen.

Auch noch weit nach Ende der Rückmeldefrist im Mai 2008 trafen im Jahr 2009 weitere neue Änderungswünsche zur MWBO ein. Diese können im laufenden Prozess nicht mehr berücksichtigt werden, sondern müssen für eine weitere Fortentwicklung der MWBO aufbereitet werden.

### **2.2.2 Projekt „Evaluation der Weiterbildung“ in Deutschland**

In den vergangenen Jahren wurde die Weiterbildungssituation in Deutschland häufig dafür verantwortlich gemacht, dass junge Ärzte aus der Patientenversorgung aussteigen, in andere Berufsfelder oder ins Ausland wechseln. Verlässliche Daten über den Grad der Unzufriedenheit und die Gründe dafür, dem kurativen System schon in jungen Jahren den Rücken zu kehren, liegen bislang nicht vor. Die Gründe für die fehlende Bereitschaft des ärztlichen Nachwuchses, dauerhaft im Gesundheitswesen tätig zu sein, können in den Weiterbildungsstrukturen selbst oder in den politisch verursachten Rahmenbedingungen der Weiterbildung begründet sein.

Um die aktuelle Situation in den Weiterbildungsstätten sowie Stärken und Schwächen der Weiterbildung darzustellen, sind die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern im Berichtsjahr in die aktive Phase des gemeinsam vorbereiteten Projekts „Evaluation der Weiterbildung“ eingetreten.

Nach umfangreicher Vorarbeit mit Aufbereitung und Anonymisierung der Befugtendaten in den Landesärztekammern und der Information und Schulung der durch die teilnehmenden Landesärztekammern benannten Ansprechpartner und Mitarbeiter, erfolgte Mitte Juni 2009 die Öffnung des Webportals und der Start der Online-Umfrage mit dem Versand der Zugangsdaten an die Weiterbildungsbefugten. Die Weiterzubildenden haben ihre Zugangsdaten von den Befugten erhalten, sobald diese sich an der Evaluation beteiligt hatten. Ganz besonders wichtig war es in diesem Zusammenhang, sowohl die Befugten als auch die in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte für die Umfrage zu motivieren. Gerade die Frage eines von den Befugten unabhängigen Zugangs der Weiterzubildenden zur Evaluation ist im Vorfeld und während der gesamten Projektphase wiederholt ausführlich von der Steuergruppe „Evaluation der Weiterbildung“ und den Weiterbildungsgremien sowie in den Landesärztekammern diskutiert worden. Alle am Projekt Beteiligten sind sich einig, dass ein direkter Zugang der Weiterzubildenden zur Evaluation – wie auf dem 112. Deutschen Ärztetag gefordert – wünschenswert wäre.

Es wurde intensiv nach Wegen und Möglichkeiten gesucht, damit diese den Fragebogen ohne den „Umweg“ über die Weiterbildungsbefugten ausfüllen können. Um alle Weiterzubildenden unmittelbar erreichen zu können, müsste ein Meldewesen für in Weiterbildung befindliche Ärzte und Ärztinnen etabliert werden, welches derzeit nicht existiert. Während der ersten Projektphase war es daher entscheidend, den Weiterzubildenden die Angst vor der Offenlegung ihrer abgegebenen Bewertungen zu nehmen und sie zu bestärken, ihre Chance zu nutzen, an der Verbesserung der Weiterbildung in Deutschland mitzuwirken. Dazu hat die Bundesärztekammer eine gemeinsame Öffentlichkeitskampagne auf Bundes- und Landesebene gestartet. Es wurden kontinuierlich Artikel, Pressemitteilungen und Rundschreiben verfasst. Parallel wurde der Internetauftritt der Bundesärztekammer (<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.128.6936>) laufend aktualisiert sowie das Projekt in Vorträgen bei Berufsverbänden, Fachgesellschaften und in den Landesärztekammern vorgestellt.

Bei der Befragung konnten sich Weiterbildungsbefugte sowie Ärztinnen und Ärzte, die sich in Weiterbildung befinden, zu den allgemeinen Rahmenbedingungen wie Arbeitssituation, Arbeitszeiten, Budgets sowie zu speziellen Aspekten der Weiterbildung wie Vermittlung von Fachkompetenz, Lernkultur, Führungskultur, Kultur zur Fehlervermeidung/Patientensicherheit, Entscheidungskultur, Betriebskultur (Arbeitsklima der Weiterbildungsstätte) und Anwendung evidenzbasierter Medizin äußern. Die wichtigsten Dimensionen des Fragebogens für die Ärztinnen und Ärzten, die sich in Weiterbildung befinden, sind in acht Fragenkomplexen zusammengefasst.

Der erste Durchlauf der Befragung zur Evaluation der Weiterbildung in Deutschland wurde im September abgeschlossen. Es haben sich bundesweit insgesamt fast 30.000 Ärztinnen und Ärzte beteiligt: 9.876 von 16.343 Weiterbildungsbefugten – dies entspricht einer Teilnahmequote von mehr als 60 Prozent – sowie 18.858 von 57.564 Ärztinnen und Ärzten, die sich in Weiterbildung bei den genannten Befugten befinden. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 32,76 Prozent. Die Gründe für die relativ zurückhaltende Beteiligung der jungen Ärztinnen und Ärzte werden im weiteren Projektverlauf untersucht werden.

Ende 2009/Anfang 2010 erfolgt die wissenschaftliche Auswertung der erhobenen Daten durch die Eidgenössische Technische Hochschule Zürich (ETHZ), die seit ca. 15 Jahren eine entsprechende Umfrage der Schweizer Ärztekammer begleitet.

Lediglich die individuellen Ergebnisse der einzelnen Weiterbildungsstätten werden im ersten Durchlauf – da projektseitig so festgelegt – nicht veröffentlicht. Die Weiterbildungsbefugten können über das Webportal mit ihren persönlichen Zugangsdaten im Frühjahr 2010 die Ergebnisse für ihre Weiterbildungsstätte abrufen ([www.evaluation-weiterbildung.de](http://www.evaluation-weiterbildung.de)). Die – nicht personenbezogenen – Mittelwerte auf Bundes- und Länderebene werden öffentlich zugänglich gemacht.

Einige Anträge des 112. Deutschen Ärztetages forderten die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern auf, Konzepte dafür vorzubereiten, wie die Ergebnisse der Evaluation vor Ort umgesetzt und für die Weiterentwicklung der Weiterbildung genutzt werden können. Im weiteren Projektverlauf sollen entsprechende Handlungskonzepte aufgezeigt und im weiteren Ablauf des Evaluationsprojekts kontinuierlich und perspektivisch weiter ausgebaut werden.

### 2.2.3 Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin

Nachdem im Juli 2009 auch die Landesärztekammer Baden-Württemberg die (Wieder-)Einführung des Facharztes für Innere Medizin in ihr Satzungsrecht vollzogen hat, sind nunmehr alle Landesärztekammern dem Beschluss des 110. Deutschen Ärztetages 2007 gefolgt, der eine EU-kompatible Ergänzung des Gebietes Innere Medizin und Allgemeinmedizin durch Aufnahme einer fünfjährigen Facharztweiterbildung „Innere Medizin“ in die (Muster-)Weiterbildungsordnung beschlossen hatte.

Im Vordergrund der Diskussionen um die Weiterentwicklung des auf dem 106. Deutschen Ärztetag 2003 beschlossenen „Facharztes für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt/Hausärztin)“ standen 2009 die Modifikation der Facharztbezeichnung, die Zuordnung zum Gebiet sowie die Struktur der Weiterbildungszeit und die Inhalte der Weiterbildung.

Eine Beschwerde der EU-Kommission hat den Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 27.03.2009 veranlasst, die Ausstellung bundesweit einheitlicher rechtskonformer Urkunden mit dem Titel „Facharzt Allgemeinmedizin“ zu beschließen. Die Kommission hatte im Frühjahr 2009 gegenüber der Bundesrepublik Deutschland im Rahmen des sogenannten Pilot-Verfahrens beanstandet, dass einzelne Ärztekammern Urkunden für die allgemeinmedizinische Weiterbildung mit dem Titel „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ ausstellen würden. Diese seien nicht EU-konform, da in der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG die Bezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ notifiziert ist. Die schnelle Umsetzung des Vorstandsbeschlusses der Bundesärztekammer und die Übernahme in die Verwaltungspraxis der Landesärztekammern, dass ab sofort die Bezeichnung wieder „Facharzt für Allgemeinmedizin“ lauten soll, hat die EU-Kommission dazu veranlasst, das Pilot-Verfahren aufzuheben und den Sachverhalt nicht weiter zu verfolgen.

Als Reaktion auf die bundesweite (Wieder-)Einführung des Facharztes für Innere Medizin sowie aus Anlass der aktuellen Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung haben sich die Hausärzte Ende August 2009 im Rahmen eines Spitzengesprächs zwischen Vertretern der Bundesärztekammer sowie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und dem Deutschen Hausärzterverband (DHÄV) für die Trennung des gemeinsamen Gebietes „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ ausgesprochen.

Im Vorfeld des Gespräches hatten sich bereits zwei Landesärztekammern, die Ärztekammer Berlin und die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, zur Ausgliederung der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin aus dem gemeinsamen Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin entschlossen. Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand der Bundesärztekammer im Berichtsjahr wiederholt intensiv die Weiterentwicklung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung erörtert und in seiner Sitzung am 25.09.2009 den Beschluss gefasst, die Facharztweiterbildung „Allgemeinmedizin“ wieder als eigenständiges Gebiet in der (Muster-)Weiterbildungsordnung zu verankern. Aufgrund der Dynamik der Änderungswünsche bezüglich der Facharztweiterbildung „Allgemeinmedizin“ sowie der berufspolitischen Bedeutung wurde vereinbart, sämtliche Modifikationen nicht im üblichen Ablauf des Zweistufigen Normsetzungsverfahrens zur Überarbeitung der MWBO 2003, sondern parallel dazu unmittelbar im Vorstand der Bundesärztekammer zu beraten und zu beschließen. Die beiden Beratungsabläufe – Zweistufiges Norm-

setzungsverfahren sowie Vorstandsbeschluss zur Allgemeinmedizin – sollen im weiteren Verlauf im Frühjahr 2010 zu einer gemeinsamen Beschlussvorlage für den Deutschen Ärztetag 2010 zusammengeführt werden.

Bei der Gestaltung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung war lediglich konsentiert, dass die derzeitigen Weiterbildungsinhalte unverändert bleiben sollen. Im Gegensatz zu der von der Bundesärztekammer favorisierten Flexibilisierung der Weiterbildungszeiten zur Schaffung von bundeseinheitlichen Rahmenbedingungen, die den Ärztekammern Gestaltungsspielräume ermöglichen ohne gegen die EU-Vorgaben zu verstoßen, sprachen sich die Hausarztvertreter u. a. für die obligate Ableistung von sechs Monaten Chirurgie im Rahmen der fünfjährigen Mindestweiterbildungszeit in der Allgemeinmedizin aus. Die Etablierung von Verbundweiterbildungen und Koordinierungsstellen soll die notwendigen Rotationen während der allgemeinmedizinischen Weiterbildung gewährleisten und den ärztlichen Nachwuchs motivieren, sich für eine berufliche Zukunft in der hausärztlichen Versorgung zu entscheiden.

Es bleibt dem kommenden 113. Deutschen Ärztetag 2010 überlassen, im Zusammenhang mit der Überarbeitung der MWBO 2003 die föderal bedingten Unterschiede im Weiterbildungsrecht aufzuheben, um den in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzten Planungssicherheit für ihre allgemeinmedizinische Weiterbildung zu geben.

#### **2.2.4 Förderung der (Weiterbildung zum Facharzt für Innere und) Allgemeinmedizin (Hausarzt/Hausärztin)**

Der Hausarztmangel beschäftigte auch im Jahr 2009 die Gremien der Bundesärztekammer, welche die Förderung der (Weiterbildung in der) Allgemeinmedizin begleiten. Das von der Arbeitsgruppe „Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ vorgelegte Handlungskonzept, welches neben den strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen auch die Finanzierung der (Verbund-)Weiterbildung beinhaltet, war bereits vom 111. Deutschen Ärztetag 2008 beschlossen worden.

Die in der Folge vom Vorstand der Bundesärztekammer beauftragte neue Arbeitsgruppe „Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, Schwerpunkt Umsetzung Handlungskonzept“ (AG Umsetzung Handlungskonzept) hat dem Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 17.05.2009 konkrete Vorschläge zur Einrichtung der im Handlungskonzept vorgesehenen Koordinierungsstellen auf Landesebene vorgelegt, die den Landesärztekammern zur Berücksichtigung empfohlen wurden. Demnach sollen die Koordinierungsstellen folgende Schwerpunktaufgaben haben:

- Information und Informationsbereitstellung
- Unterstützung bei der Durchführung der (Verbund-)Weiterbildung
- Förderung der hausärztlichen Versorgung

Im Berichtsjahr haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf eine Rahmenvereinbarung zur verbesserten Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung verständigt. Demnach sollen Ärztinnen und Ärzte, die eine Weiterbildung zum Hausarzt durchlaufen, ab 1. Januar 2010 höhere Förderbeträge erhalten.

## 2.2.5 Gebietszugehörigkeit ärztlicher Leistungen

Im Berichtsjahr 2009 wurde der Bundesärztekammer (BÄK) wieder eine Anzahl spezieller Fragestellungen zur Gebietszugehörigkeit vorgelegt, die in den Gremien beraten wurden.

In diesem Zusammenhang hatte der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Klausursitzung in Zeulenroda im Juni 2009 den Vorschlag von Dr. Köhler begrüßt, die Zusammenkünfte des gemeinsam von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) eingerichteten Ausschusses „Gebietszugehörigkeit ärztlicher Leistungen“ nach längerer Pause wieder aufleben zu lassen. Am 13.10.2009 fand die erste Sitzung dieses Gremiums statt. Der Ausschuss hat sich darüber verständigt, die aktuellen Erfordernisse für Regelungen im Berufsrecht einerseits und im Sozialrecht andererseits gegenseitig abzustimmen, um zu verhindern, dass weiterhin doppelte Prüfungen für eine identische Qualifikation sowohl vor der Ärztekammer als auch der Kassenärztlichen Vereinigung vorgenommen werden. Es wurde vereinbart, zukünftig einen kontinuierlichen engen Abgleich zwischen den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarungen der KBV und dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammern vorzunehmen.

Nach dem Vorliegen einer Bestandsaufnahme aller existierenden Qualitätssicherungsvereinbarungen sowie einer Aufstellung derjenigen Qualitätssicherungsvereinbarungen, bei welchen die Qualifikationsanforderungen mit der Bundesärztekammer abgestimmt werden müssen, ist beabsichtigt, Anfang 2010 die Arbeit des gemeinsamen Ausschusses von BÄK und KBV „Gebietszugehörigkeit ärztlicher Leistungen“ fortzusetzen.

## 2.2.6 Auswirkungen der Europäischen Richtlinie 2005/36/EG auf weiterbildungsrechtliche Regelungen in Deutschland

Die erforderlichen Bestimmungen der im Oktober 2007 in Kraft getretenen Berufsankennungsrichtlinie 2005/36/EG sind mittlerweile fast vollständig in nationales Recht umgesetzt worden.

Im Berichtsjahr hat die Bundesärztekammer beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Änderung der für Deutschland notifizierten Bezeichnungen für die internistischen Spezialisierungen gemäß der aktuellen Fassung der MWBO 2003 beantragt. Zudem ist ein Antrag auf Änderung der Doppelnotifizierung für die Facharztkompetenz Radiologie gestellt worden.

Ein weiteres Problem stellt die in der Berufsankennungsrichtlinie 2005/36/EG fehlende Rubrik „Herzchirurgie“ dar, was aus deutscher Perspektive eine Migration deutscher „Fachärzte für Herzchirurgie“ ins Ausland beeinträchtigt. Aufgrund der bundesweit einheitlichen Etablierung dieses Facharztes in die Satzungen der Bundesländer, ist die Bundesärztekammer auch in dieser Frage an das BMG herangetreten. Voraussetzung für die Aufnahme einer neuen Rubrik in den Anhang der Richtlinie 2005/36/EG ist, dass ein Antrag bei der EU-Kommission die erforderliche Zwei-Fünftel-Mehrheit der Mitgliedstaaten erhält.

Dagegen konnte die Bundesärztekammer die Aufnahme der neuen Facharztbezeichnung „Medizinische Onkologie“ in die Richtlinie 2005/36/EG nicht unterstützen, da diese Bezeichnung inhaltlich eine Mischung aus den deutschen Facharztbezeichnungen „Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie“ sowie „Strahlentherapie“ darstellt.

Ein weiterer Änderungsantrag – den Anhang V. 5.1.4 „Ausbildungsnachweise für Allgemeinmediziner“ der Richtlinie betreffend – sieht vor, in der Spalte „Ausbildungsnachweis“ für Deutschland – gleichermaßen wie unter der Spalte Berufsbezeichnung – die Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin“ aufzulisten.

Darüber hinaus ergeben sich derzeit auch Probleme bei der Umsetzung mit den zuletzt beigetretenen Mitgliedstaaten, in denen die tatsächliche Gleichwertigkeit von Weiterbildungen hinterfragt werden muss. In diesen Fällen wird die Bundesärztekammer oft in die Klärung von Fragestellungen, u. a. gegenüber dem BMG oder direkt gegenüber der EU-Kommission, einbezogen.

Für Anfang 2010 ist ein Gespräch mit der zuständigen Abteilung des BMG für die Klärung spezieller Fragestellungen im Zusammenhang mit der Berufsanerkenntnisrichtlinie geplant, um die genannten offenen Probleme auch auf dem Dienstweg an die EU-Kommission heranzutragen.

### 2.2.7 Finanzierung der Weiterbildung

Nach wie vor wird von einzelnen ärztlichen Organisationen diskutiert, ob die stationäre Weiterbildung im Rahmen des DRG-Systems über das Instrument von Zuschlägen (bzw. Abschlägen) finanziert werden sollte, um einen adäquaten Anreiz für die Weiterbildung bei den Verantwortlichen in den Kliniken zu erreichen.

Die Weiterbildungs- und Krankenhausgremien der Bundesärztekammer haben sich mit den die Finanzierung der Weiterbildung betreffenden Ärztetagsanträgen aus 2008 und 2009 in verschiedenen Sitzungen befasst. Wiederholt hat die Bundesärztekammer darauf hingewiesen, dass die Aussage nicht bestätigt werden kann, dass DRGs die monokausale Ursache für den Rückgang von Weiterbildungskapazitäten im stationären Bereich darstellen. Es bleibt abzuwarten, ob aus den Ergebnissen zur Evaluation der Weiterbildung stichhaltige Argumente erwachsen, wie die Weiterbildungskapazitäten verbessert werden können.

In diesem Zusammenhang ist auch der Mehraufwand für eine Weiterbildung im ambulanten oder stationären Bereich im Vergleich zum Nutzen, den Weiterzubildende der Weiterbildungsstätte bringen, zu erörtern. Die Gremien haben sich gegen eine direkte, wohl aber für eine indirekte Finanzierung des Mehraufwands für die Weiterbildung, z. B. durch die Vorhaltung von ausreichend Personal oder Bereitstellung von Mentoren für die Weiterbildung, ausgesprochen.

Für eine im ambulanten Sektor denkbare Budgeterweiterung für Praxisinhaber bei Beschäftigung von Weiterzubildenden wird die Zuständigkeit bei den Kassenärztlichen Vereinigungen gesehen.

## 2.2.8 Curriculum „Suchtmedizinische Grundversorgung“

Das am 20.07.2009 in Kraft getretene „Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung“ erforderte im Berichtsjahr eine Anpassung des Curriculums „Suchtmedizinische Grundversorgung“ an die neu geschaffene Möglichkeit, bei schwerst Opiatabhängigen, bei denen vorherige Abstinenz- und Substitutionsversuche gescheitert sind, in zugelassenen Zentren eine Behandlung mit Diamorphin durchzuführen. Dazu wird ein sechsstündiges Modul „Substitution mit Diamorphin“ in das bestehende 50-Stunden-Curriculum integriert. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat die Bildungsgremien beauftragt, die entsprechende Anpassung des Kurses zum Erwerb der Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ an die gesetzlichen Vorgaben vorzunehmen.

## 2.2.9 Sachbearbeitertagung

Im Mai 2009 fand auf Sachbearbeiterebene der jährliche Erfahrungsaustausch zwischen den an der Basis tätigen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Ärztekammern und der Bundesärztekammer statt. Absicht ist, eine möglichst bundeseinheitliche Handhabung bei der Anwendung und Auslegung der Weiterbildungsordnung sowie bzgl. der Ermessensspielräume zu bewirken. Es wurden insbesondere diejenigen Themen angesprochen, die in den Ländern unterschiedlich gehandhabt werden. Bei einer Reihe von Themen konnten sich die Ärztekammern mit guten Hinweisen untereinander austauschen und ein zukünftiges Prozedere unmittelbar miteinander abstimmen. Andererseits wurde festgestellt, dass es für einige Anwendungsfragen einen Regelungsbedarf auf Bundesebene gibt. Einige dieser Anregungen konnten bereits in die Beratungen zur Überarbeitung der MWBO 2003 aufgenommen werden. Der Erfahrungsaustausch soll auch in den folgenden Jahren fortgesetzt werden.

## 2.3 Ärztliche Fortbildung

Ärztliche Fortbildung gehört zum Selbstverständnis des ärztlichen Berufsbildes, jedoch hat sich die Situation der ärztlichen Fortbildung mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 verändert. Seitdem gibt es für Ärzte neben der Pflicht zur Fortbildung, wie sie die Berufsordnung und die Heilberufsgesetze vorschreiben, die gesetzliche Pflicht, ihre Fortbildungsaktivitäten zu dokumentieren und nachzuweisen. Der Nachweis wird mit dem Fortbildungszertifikat der Ärztekammern erbracht, das erteilt wird, wenn ein Arzt 250 Fortbildungspunkte innerhalb eines Fünfjahreszyklus gesammelt hat.

Aufgrund dieser Regelung mussten sich die Ärztekammern intensiv mit Fragen der Fortbildungsbewertung und Fortbildungsverwaltung beschäftigen: Eine Fortbildungssatzung wurde verabschiedet, die Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung überarbeitet. Die Kammern richteten Abteilungen für die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen ein, ein elektronisches Verfahren zur Erfassung und Verteilung von Fortbildungspunkten – der sogenannte EIV – wurde implementiert, Fortbildungskonten eingerichtet und Fortbildungsnachweise erteilt.

All dieses stand nun am 30. Juni 2009 das erste Mal auf dem Prüfstand. Zu diesem Termin lief der erste Fünfjahreszyklus zum Erwerb des Fortbildungszertifikats ab und ca. 200.000 Vertragsärzte, die der gesetzlichen Fortbildungspflicht unterliegen, hatten ihren Fortbildungsnachweis zu erbringen. Dazu mussten 50 Mio. Punkte auf den Konten verbucht sein.

Es zeigte sich, dass der Erfüllungsgrad der gesetzlichen Fortbildungspflicht je nach Kammergebiet zum Stichtag bei 92 bis 99 Prozent lag. Der umfassende Datenbestand, der durch die Dokumentation angesammelt wurde, verdeutlichte, dass ca. 300.000 anerkannte Fortbildungsmaßnahmen, ca. 2,5 Mio. Teilnahmen und ca. 10 Mio. Punkte pro Jahr verzeichnet werden konnten.

Damit lässt sich sagen: Das qualitative und quantitative Angebot und die Inanspruchnahme durch die Ärzte erfüllen die gesetzlichen Vorgaben. Dies ermöglicht es, den Fokus wieder auf Aktivitäten zu lenken, die zum Ziel haben, die ärztliche Fortbildung sowohl konzeptionell als auch inhaltlich kontinuierlich zu optimieren, neue Möglichkeiten zu nutzen und auf aktuelle Gegebenheiten zu reagieren.

Ein ärztliches Fortbildungsangebot soll die Motivation des Arztes zur Optimierung seiner Patientenversorgung ansprechen, sein Wissen, Können, Verhalten und seine Haltung festigen und weiterentwickeln und im Ergebnis die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung verbessern.

Da das Vertrauen des Patienten gegenüber seinem Arzt sich wesentlich darauf gründet, dass sich die medizinische Betreuung an aktuellem Fachwissen und Können orientiert, sollten Zeitpunkt, Inhalt, Dauer und Art der Fortbildung sich aus den Anforderungen der konkreten individuellen Patientenversorgung ableiten und vom einzelnen Arzt selbst bestimmt werden.

Ärztliche Fortbildung kann nur erfolgreich sein, wenn sie einerseits dem subjektiv empfundenen Bedürfnis des Arztes entspricht und andererseits objektive Bildungsziele aufgreift, die durch sich verändernde Versorgungsaufgaben und den wissenschaftlichen Fortschritt entstehen.

Diesen Bedarf gilt es zu erkennen, um auf dessen Grundlage inhaltliche Schwerpunkte und methodisch effektive Maßnahmen für die ärztliche Fortbildung zu entwickeln und durchzuführen.

### 2.3.1 Arbeit des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung

Der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung führte neben der Betreuung formalpolitischer Fortbildungsthemen auch im Berichtsjahr seine Aktivitäten zur stetigen Verbesserung der Qualität ärztlicher Fortbildung fort.

Mit Sorge betrachtet der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung die Auswirkungen, welche die Fortbildungsverpflichtungen durch Sonderverträge auf die ärztliche Fortbildung ausüben. Dieser Entwicklung ist der Senat durch den Anstoß eines intensiven und konstruktiven Austauschs mit den KVen begegnet, dessen Ziel es ist, die Fortbildungslandschaft nicht durch Vertragsstrukturen auseinanderdividieren zu lassen.

Des Weiteren beschäftigte sich der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung auch im Berichtsjahr mit der kritischen Bewertung der Arbeit der „Freiwilligen Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V.“ (FSA) und der Klärung von Verstößen der Pharmaindustrie gegen die Empfehlungen für ärztliche Fortbildung.

Es wurde die Überarbeitung der 2004 verabschiedeten Fortbildungssatzung eingeleitet. Dazu wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, welche die Satzung an die Erfahrungen und Entwicklungen der vergangenen Jahre anpassen wird. Hierzu gehören insbesondere die Erweiterung der Fortbildungskategorien, deren verhältnismäßige Bepunktung sowie die Förderung von assessmentorientierten Fortbildungsmaßnahmen.

Um die Entwicklung für eine geeignete Maßnahme zur Stärkung der Lotsenfunktion des Hausarztes im Bereich der Sexualmedizin anzustoßen und Erfahrungen zu sammeln, wurde ein zweitägiges Pilotseminar „Sexualmedizinische Beratung“ auf den Weg gebracht.

Das Curriculum „Begutachtung psychischer Traumafolgen im sozialen Entschädigungsrecht“ als Ergänzung und Erweiterung zu der seit 2005 bestehenden strukturierten curriculären Fortbildung der Bundesärztekammer „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren“ wurde verabschiedet.

Im Zuge der Novellierung der BÄK-Richtlinien zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger, die auch die kontrollierte Heroinvergabe mit einbezieht, wurde die Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ angepasst.

### **AG Fortbildungszertifikat**

Bei der Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen für das Fortbildungszertifikat kommt es immer wieder zu Situationen, in denen eine Anerkennung, z. B. aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen Grundlage der Fortbildungsinhalte oder der fehlenden Produktneutralität, strittig ist, oder neue Fortbildungsmethoden bzw. -inhalte bewertet werden müssen. Um in diesen Fällen ein bundesweit einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, besteht beim Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung eine Clearingstelle. Diese koordiniert den kontinuierlichen Austausch aller Kammern zu uneindeutigen Fragestellungen und Sachverhalten des Fortbildungsgeschehens. Ergebnisse von Anfragen und Recherchen werden in einem gemeinsamen elektronischen Forum dokumentiert.

### **Initiative E-Learning der Bundesärztekammer**

Die Initiative E-Learning hat im Berichtsjahr die Entwicklung der „Qualitätskriterien E-Learning der BÄK“ abgeschlossen und ein Verfahren für ihre Implementierung abgestimmt. Den Landesärztekammern stehen dazu entsprechende Materialien in Form eines elektronischen Prüfformulars, eines Kriterienkatalogs sowie eines Handbuchs zur Verfügung.

Die „Qualitätskriterien E-Learning der BÄK“ dienen auch als Grundlage für eine Anerkennung von E-Learning-Maßnahmen im Rahmen der Weiterbildungskurse.

Im Auftrag der Arbeitsgruppe zur Überarbeitung der Fortbildungssatzung hat die Initiative E-Learning eine Neufassung und Ergänzung der Kategorisierung von Fortbildungsmaßnahmen mit Hilfe elektronischer Medien vorgenommen.

Auch im Berichtsjahr hat die Initiative E-Learning im Auftrag des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung eine E-Learning-Schulungsmaßnahme konzipiert, die im Rahmen des 34. Interdisziplinären Forums der Bundesärztekammer „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ stattfinden wird. Kooperationspartner der zweitägigen Schulung ist das Kompetenzzentrum eLearning der Charité.

Des Weiteren fand ein reger Austausch zu geplanten E-Learning-Projekten in den Landesärztekammern sowie zu Verfahren, Ressourcen und technischen Lösungen statt.

Die Arbeitsergebnisse der Initiative E-Learning werden auf der MOODLE-Plattform der Bundesärztekammer in einem elektronischen Forum für die Teilnehmer dokumentiert.

### **2.3.2 Ständige Arbeitsgruppe „Weiter- und Fortbildung“ der deutschsprachigen Ärzteorganisationen**

Am 2. Juli und 27./28. November 2009 fanden zwei Sitzungen der Ständigen Arbeitsgruppe „Weiter- und Fortbildung“ der deutschsprachigen Ärzteorganisationen statt. Im Rahmen dieser Sitzungen wurden u. a. die Evaluation und Effizienzsteigerung in der ärztlichen Weiterbildung, das arbeitsplatzbasierte Assessment und die bedarfsorientierte Fortbildung erörtert, ebenso wie die Evidenz didaktischer Methoden in der ärztlichen Fortbildung.

### **2.3.3 Interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen**

#### **Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“**

Das Interdisziplinäre Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ ist die zentrale Fortbildungsveranstaltung der Bundesärztekammer und hat die Aufgabe, neue Erkenntnisse in der medizinischen Forschung zu vermitteln, die so weit als gesichert gelten, dass sie im Krankenhaus und in der Praxis angewandt werden können. So sollen neue Erkenntnisse und Methoden schnellen Eingang in die ärztliche Praxis finden. Es sollen jedoch auch Verfahren, die schon längere Zeit genutzt werden, einer kritischen Würdigung unterzogen werden. Weiteres Ziel neben den inhaltlichen Präsentationen ist die Vorstellung von vorbildhaften didaktischen Konzepten.

Diese Fortbildungstagung wird in Abstimmung mit den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und gemeinsam mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft durchgeführt. Die Themen werden von den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, den Fortbildungsbeauftragten der Ärztekammern, den Gutachter- und Schlichtungsstellen sowie den Qualitätssicherungsgremien vorgeschlagen und vom Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung gemeinsam mit dem Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer ausgewählt. Die überregionalen, regionalen und lokalen Fortbildungsbeauftragten – die „Multiplikatoren“ – sollen die beim Interdiszipli-

nären Forum behandelten Themen in ihren Programmen zur ärztlichen Fortbildung berücksichtigen. Das Forum wird darüber hinaus von vielen Medizinjournalisten besucht.

Namhafte Wissenschaftler können für das Forum gewonnen werden, die über neue Erkenntnisse und Methoden in der Medizin berichten. Neben dem Vortrag wird der Diskussion ein großer Stellenwert eingeräumt. Diese Diskussion findet mit dem Plenum und eingeladenen Vertretern verschiedener Disziplinen statt.

Insbesondere sind nachfolgende Zielfragen zu beantworten, die – obwohl sie bereits mehr als zwanzig Jahre alt sind – nichts von ihrer Aktualität eingebüßt haben:

- Was ist neu?
- Was ist hiervon für die praktische Medizin wichtig?
- Ist Prävention möglich?
- Welche Methoden sind diagnostisch/therapeutisch obsolet?
- Welche alten Methoden sind zu Unrecht vergessen?
- Welche Fehler werden erfahrungsgemäß häufig gemacht?
- Möglichkeiten (Stand) der Qualitätssicherung?
- Über welche nicht praxisrelevanten neuen Entwicklungen muss der niedergelassene Arzt trotzdem informiert werden?
- Wie ist das Kosten-/Nutzenverhältnis der empfohlenen beziehungsweise verglichenen Diagnostik- und Therapieverfahren?
- Was muss dringend über die Fortbildung weitergegeben werden?

Folgende Themen wurden auf dem 33. Interdisziplinären Forum behandelt:

- Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern in Klinik und Praxis
- Nutzen und Grenzen von wissenschaftlichen Leitlinien im ärztlichen Alltag
- Prävention psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter
- Komorbidität von körperlichen und psychischen Erkrankungen
- Borreliose/Frühsummer-Meningoenzephalitis
- Geschlechtsspezifische Arzneimitteltherapie

Der Abendvortrag befasste sich mit dem Thema „Sterben und Tod in bildender Kunst und Literatur“. Vortragender war Dr. Dr. Hans-Walter Krannich, Hannover.

Die Referate des Interdisziplinären Forums wurden bisher von der Bundesärztekammer zu einem gedruckten Kompendium zusammengefasst und so allen Ärzten zugänglich gemacht. Im Berichtsjahr wurde erstmalig die Dokumentation der Referate in Form von Podcasts getestet. Diese Form der Dokumentation soll zukünftig den gedruckten Forumband ablösen. Die Podcasts werden interessierten Ärzten auf der Internetseite der Bundesärztekammer zur Verfügung stehen. Sie können zukünftig zudem als Lerninhalte im Rahmen von Blended-Learning-Fortbildungsmaßnahmen genutzt werden. Der neueste Stand zu praktisch anwendbaren Forschungsergebnissen findet so in einer zeitgemäßen und effektiven Form Zugang in die Ärzteschaft.

### **Tagung „Evidenz didaktischer Methoden in der ärztlichen Fortbildung“**

Die Tagung fand gemeinsam mit den Fortbildungsbeauftragten der Landesärztekammern, den Berufsverbänden sowie den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und in Abstimmung mit der Gesellschaft für medizinische Ausbildung statt. Sie war

gezielt ausgerichtet auf Verantwortliche aus der Aus-, Fort- und Weiterbildung und beschäftigen sich mit folgenden Fragestellungen:

- Werden wir mit den herkömmlichen Fortbildungsmethoden den Anforderungen für ein selbstbestimmtes, berufsbegleitendes Lernen aufbauend auf Wissen und Fertigkeiten der Aus- und Weiterbildung gerecht?
- Wie kann Motivation und Selbstlernkompetenz gestärkt werden?
- Auf welche Weise können Wissen und Fertigkeiten geschult werden?
- Was prägt Kompetenz und Haltung für eine beständige erfolgreiche Berufsausübung?

Die Tagung verdeutlichte, dass ärztliche Fortbildung profitiert, wenn neben dem Lernergebnis auch dem Lernprozess ein eigener Wert beigemessen wird. Die vielfach vorherrschende „Output-Kultur“ sollte sich daher zu einer Lernkultur entwickeln, in welcher die selbstverständliche Haltung und die Erhaltung der Fähigkeiten zum selbstbestimmten Lernen unterstützt werden.

Als Konsequenz für Fortbildungskonzepte heißt das, dass der Förderung der Selbstlernkompetenzen und der Metakognition, dem Wissen über das eigene Denken und Lernen, ein größeres Gewicht zukommt.

Ärzte sollen in die Lage versetzt werden, ihr eigenes Wissen und Handeln kritisch zu reflektieren. Sie müssen wissen, wo sie stehen, wo sie stehen möchten oder sollten und wie sie dort hingelangen. Hier kann das Etablieren von sogenannten Assessment-Verfahren eine Hilfestellung bieten, die von auf das Assessment abgestimmten Fortbildungsmaßnahmen ergänzt werden.

Für den selbstbestimmten Wissenserwerb bedarf es zudem, Methodenkompetenz um neu erworbenes Wissen zu erschließen, strukturieren, behalten, überprüfen und anzuwenden. Um Lernprozesse aktiv zu unterstützen, sollten in der Fortbildung auch Unterrichtselemente vermehrt Anwendung finden. Hier eignen sich z. B. Blended-Learning-Maßnahmen, die eine gezielte Vor- und Nachbereitung des Lernstoffs sowie das interaktive Bearbeiten von Lernaufgaben im Online-Teil und schließlich ein intensives praktisches Training im Präsenzteil ermöglichen.

Deutlich wurde auch, dass Fortbildung neben der Aus- und der Weiterbildung nur ein weiteres Lernszenario für einen Arzt ist, das ergänzt wird vom Szenario des lebenslangen Lernens und sogar mehr und mehr mit diesem verschmilzt. Dabei greift die landläufige Auffassung, Fortbildung diene ausschließlich der Aktualisierung und Auffrischung des medizinischen Wissens, zu kurz. Auch der kontinuierliche Erwerb von Kompetenzen für den Arztberuf, zu denen Organisations-, Kommunikations-, Führungs- und Managementkompetenzen gehören, zählt dazu. Darüber hinaus sollte neben der Wissens- und Kompetenzvermittlung auch eine Ansprache der Charakterebene miteinbezogen sein. Diese beginnt mit der Ausbildung und endet nicht mit Abschluss der Weiterbildung. Die ärztliche Haltung zu Moral, Ethik, Humanismus, Wissen um Fehlbarkeit, Demut, gesellschaftliche Werte und Integrität sollte besonders in Zeiten knapper Ressourcen auch in der Fortbildung immer wieder thematisiert werden.

Die Tagungsbeiträge wurden in Form von Podcasts dokumentiert und sind unter [www.bundesärztekammer.de](http://www.bundesärztekammer.de) im Bereich Ärzte/Fortbildung/Veranstaltungen der BÄK abrufbar.

## **Fortbildungsseminar „Medizin und Ökonomie“**

Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich im Umbruch. Neue Rahmenbedingungen, wie z. B. die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) oder die Privatisierungswelle im Krankenhausbereich haben in den vergangenen Jahren einen tiefgreifenden Veränderungsprozess in Gang gesetzt, der sowohl den ambulanten als auch den stationären Sektor betrifft. Damit Ärzte diesem Prozess nicht lediglich passiv ausgeliefert sind, sondern ihn aktiv mitgestalten können, sind Kenntnisse im Bereich der Ökonomie, des Managements und der ärztlichen Führung unabdingbar. Daher hat sich der Vorstand der Bundesärztekammer für eine verstärkte Fortbildung im Bereich Ökonomie ausgesprochen und 2007 das Fortbildungsseminar „Medizin und Ökonomie“ ins Leben gerufen. Für das mehrtägige Seminar konnten namhafte Dozenten und Referenten aus Lehre und Praxis gewonnen werden. Als fester Programmpunkt etablierte sich die offene Teilnehmersdiskussion mit namhaften Gesundheitsökonominnen, Betreibern von erfolgreichen innovativen Unternehmungen im Versorgungssektor sowie mit Vertretern des Vorstands der Bundesärztekammer, der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbände.

Im Berichtsjahr wurde die Dauer des Kurses noch einmal verlängert, um den Diskussionen zwischen Teilnehmern und Referenten ausreichend Raum zu geben. So fanden in enger Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung des Dezernats 5 (Krankenhaus) im Frühjahr und im Herbst jeweils einwöchige Kurse mit guter Resonanz statt. Zukünftige Veranstaltungen sollen verstärkt modular aufgebaut sein und neben fundiertem Grundwissen optional Expertenwissen zu verschiedenen weiterführenden Themen anbieten.

### **2.3.4 Koordination der Kursweiterbildung „Allgemeinmedizin“ der Landesärztekammern**

Das Treffen der Kursleiter „Allgemeinmedizin“ dient dem gegenseitigen Austausch und der Diskussion inhaltlicher und didaktischer Fragen der allgemeinmedizinischen Weiterbildungskurse in den Bundesländern.

Der Teilnehmerkreis befasste sich in seiner diesjährigen Sitzung am 23. September 2009 darüber hinaus mit der Balintgruppentätigkeit im Rahmen der Kursweiterbildung „Psychosomatische Grundversorgung“.

### **2.3.5 Die strukturierte curriculäre Fortbildung der Bundesärztekammer**

Die strukturierte curriculäre Fortbildung der Bundesärztekammer ist eine zusätzliche Maßnahme zum Kompetenzerhalt und zur Kompetenzentwicklung. Es handelt sich um eine interdisziplinäre Qualifikationsmaßnahme, die im Rahmen eines theoretischen Kurses (evtl. ergänzt um Praxisanteile) vermittelt wird.

Im Curriculum werden Lernziele und Inhalte (Themen), die im Kurs vermittelt werden sollen, sowie der zeitliche Umfang festgelegt. Das Curriculum enthält Empfehlungen für die methodisch-didaktische Vorgehensweise.

Folgende Curricula wurden vom Vorstand der Bundesärztekammer als strukturierte curriculäre Fortbildungen verabschiedet:

- Curriculum „Begutachtung psychoreaktiver Traumafolgen im sozialen Entschädigungsrecht“, 1. Auflage, 2009
- Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“, 2. Auflage, 2008
- Curriculum „Gesundheitsförderung und Prävention“, 1. Auflage, 2008
- Curriculum „Organspende“, 1. Auflage, 2008
- Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“, 1. Auflage, 2008
- Curriculum „Ernährungsmedizinische Beratung“, 2. Auflage, 2007
- Curriculum „Umweltmedizin“, 2006
- Curriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“, 2005
- Curriculum „Reisemedizinische Gesundheitsberatung“, 2004

### **2.3.6 Qualifikation Tabakentwöhnung**

Das 2008 verabschiedete 20-stündige Fortbildungscurriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ wurde auch im Berichtsjahr von den Landesärztekammern für die ärztliche Fortbildung angeboten und mit guter Akzeptanz durchgeführt.

Für eine bessere Unterstützung der teilnehmenden Ärzte bei der Durchführung von Gruppenprogrammen zur Tabakentwöhnung soll das Curriculum zukünftig durch ein entsprechendes Aufbaumodul ergänzt werden.

### **2.3.7 Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fort- und Weiterbildung**

Eine Übersicht der Themen und Inhalte ist auf der Homepage der Bundesärztekammer unter [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de) abrufbar.

Im Berichtsjahr wurde die Produktion von Podcasts zu Fortbildungs- und Informationszwecken eingeführt. Erste Mitschnitte von Veranstaltungen sind auf der Internetseite der Bundesärztekammer abrufbar und sollen zukünftig auch zu Fortbildungszwecken in Blended-Learning-Settings genutzt werden.

## **2.4 Europäische und internationale Aspekte der Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten**

### **2.4.1 EU-Berufsanerkennung**

Der Umsetzungsprozess der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG ist, soweit dieser im Verantwortungsbereich der Ärztekammern liegt, nach Kenntnisstand der Rechtsabteilung vollständig abgeschlossen. Aufgrund der ausbleibenden Mitteilung Deutschlands gegenüber der Europäischen Kommission über Maßnahmen zur Umsetzung der

Richtlinie 2005/36/EG in nationales Recht hat die Europäische Kommission im Oktober 2008 beschlossen, u. a. Deutschland beim Europäischen Gerichtshof (EuGH) zu verklagen. In der entsprechenden Rechtssache C-505/08 hat der EuGH am 17. Dezember 2009 entschieden. Der EuGH hat in seinem Urteil festgestellt, dass die Bundesrepublik Deutschland dadurch gegen ihre Verpflichtungen aus der Richtlinie verstoßen hat, dass sie die für die Umsetzung der Richtlinie erforderlichen Rechts- und Verwaltungsvorschriften nicht innerhalb der vorgeschriebenen Frist vollständig erlassen und der Kommission mitgeteilt hat.

Für das Jahr 2010 werden Nachbesserungen an der Richtlinie 2005/36/EG erwartet. Der Binnenmarktausschuss des Europäischen Parlaments hat im November 2009 eine Anhörung durchgeführt. Anlass für die Anhörung gab die im September 2009 vorgestellte Studie des Binnenmarktausschusses des Europäischen Parlaments, die auf die in vielen Fällen verzögerte Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG hinweist. Diese wirke sich letztlich auf die Durchsetzung der Richtlinie in allen Mitgliedstaaten aus. Ziel der Anhörung war es, Einschätzungen und Empfehlungen von Interessenvertretern und Sachverständigen zur tatsächlichen Wirkung der Richtlinie 2005/36/EG zu erhalten.

Im Juni 2009 hat die Europäische Kommission, Generaldirektion Binnenmarkt und Dienstleistungen, den Verhaltenskodex zur Anwendung der Richtlinie 2005/36/EG durch Behörden veröffentlicht. Der Kodex gibt u. a. Anleitung für den Informationsaustausch bei einzureichenden Unterlagen und Ausbildungsnachweisen. Im Dezember 2009 hat die Europäische Kommission, Generaldirektion Binnenmarkt und Dienstleistungen, einen Benutzerleitfaden veröffentlicht. Sämtliche Dokumente sind über die Seite der Generaldirektion Binnenmarkt und Dienstleistungen unter [http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/future\\_de.htm#docs](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/future_de.htm#docs) abrufbar.

## 2.4.2 Anerkennung der Weiterbildung in Europa

### Anerkennung von Berufsqualifikationen

Die Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 07.09.2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen in nationales Recht bis zum 20.10.2007 ist im Jahre 2009 in den maßgeblichen satzungsrechtlichen und weiterbildungsrechtlichen Regelungen weitestgehend umgesetzt worden.

Der Auslandsdienst erhielt häufig Anfragen zur Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung der Berufsqualifikationen, da der Verwaltungsvollzug im Zusammenhang mit diversen richtlinienspezifischen Vorschriften noch recht neu war. Als Kontaktstelle für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte lagen dem Auslandsdienst durch den kontinuierlichen Informationsaustausch konkrete Beispiele aus der Verwaltungspraxis vor.

Das Thema Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG war immer wieder Gegenstand von Diskussionen auf nationaler wie internationaler Ebene. Durch die Teilnahme an zahlreichen relevanten Ausschuss- und Gremiensitzungen konnte der Auslandsdienst zum erfolgreichen Meinungsaustausch beitragen. Er stand in ständigem Kontakt mit den auf nationaler und internationaler Ebene zuständigen Stellen sowie mit der Generaldirektion „Internal Market and Services – Regulated Professions“ der EU-Kommission.

Bei einem Treffen mit Jürgen Tiedje, dem neuen Leiter der Abteilung Berufsqualifikationen in der Generaldirektion „Internal Market and Services – Regulated Professions“ der Europäischen Kommission, mit Dr. Gunnar Zillmann, der neuen für die Richtlinie 2005/36/EG zuständigen Kontaktperson in Deutschland beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, sowie mit anderen Vertreterinnen und Vertretern aus verschiedenen Ministerien konnten Beispiele und Anregungen zur praktischen Anwendung der Richtlinie 2005/36/EG von Mitarbeitern des Auslandsdienstes gegeben werden. Diese wurden interessiert und gerne aufgenommen. Da die Mitgliedstaaten der EU-Kommission seit Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG am 20.10.2007 alle zwei Jahre einen Bericht über die Anwendung des eingeführten Systems liefern, gab es im November eine erste Anhörung, an der u. a. Jürgen Tiedje teilnahm. Der Auslandsdienst wird auch in Zukunft die Anhörungen aufmerksam begleiten.

Im Bereich der Anerkennung von medizinischen Grundausbildungen sowie fachärztlichen Weiterbildungen wurden Informationen mit nationalen und internationalen Partnern ausgetauscht im Sinne einer möglichst kongruenten Umsetzung von Einzelvorschriften der Richtlinie 2005/36/EG.

Die Beurteilung und die Einschätzung von Diplomen, Zertifikaten und Konformitätsbescheinigungen aus den mittel- und osteuropäischen Staaten stellten immer wieder eine Herausforderung dar. Im Sinne einer möglichst einheitlichen nationalen Handhabung erarbeitete der Auslandsdienst Empfehlungen und Stellungnahmen, insbesondere im Zusammenhang mit Diplomen ersten Grades aus der Slowakei oder auch bezüglich der Anerkennung von Tätigkeiten, die in Polen vor Erteilung des Staatsexamens absolviert wurden.

Im Bereich Anerkennung von Berufsqualifikationen gab es immer wieder Probleme im Zusammenhang mit slowakischen Diplomen ersten Grades und Bescheinigungen über sogenannte erworbene Rechte. Der Auslandsdienst hat eine entsprechende Erklärung seitens des slowakischen Gesundheitsministeriums eingeholt, eine eigene Stellungnahme ausgearbeitet und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Prüfung vorgelegt. Eine endgültige BMG-Stellungnahme stand bis Ende des Jahres 2009 noch aus.

Auch im Zusammenhang mit der Anerkennung von Schweizer Facharzt diplomen waren viele Anfragen zu verzeichnen, insbesondere hinsichtlich der Berufsanerkenntnisrichtlinie 93/16/EWG (bilaterales Abkommen der Schweiz mit der EU vom 21.06.1999 sowie Beschluss Nr. 1/2004 des Gemischten Ausschusses EG-Schweiz zur Änderung des Anhangs III vom 30.04.2004), die für die Schweiz nach wie vor im Jahre 2009 galt. Damit bestanden zwei Rechtsgrundlagen, die Richtlinie 93/16/EWG in der Fassung von 2004 in der Schweiz und die Richtlinie 2005/36/EG in den 27 EU-Mitgliedstaaten. Der Abschluss der Verhandlungen des gemischten Ausschusses in der Schweiz über die Richtlinie 2005/36/EG war auch Ende des Jahres 2009 noch nicht absehbar.

Für Liechtenstein, Norwegen und Island trat das neue EWR-Abkommen zur Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen am 01.07.2009 in Kraft.

Im internationalen Bereich wurden im Verlauf des Jahres 2009 die Kontakte mit den zuständigen Behörden und Informationsstellen der Europäischen Mitgliedstaaten intensiviert und konsolidiert.

EU-Bürgerinnen und -Bürger sowie Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten wendeten sich kontinuierlich an den Auslandsdienst, um Hilfestellungen bzw. Verweise auf Zuständigkeiten bei Fragen rund um die Registrierung und Zulassung zum ärztlichen Beruf in der Bundesrepublik Deutschland zu erhalten. Insbesondere aus den arabischen Golfstaaten und Saudi-Arabien erreichten den Auslandsdienst vermehrt Bitten um die sogenannte „Primary Source Verification“, d. h. die Überprüfung der Echtheit und Legalität von im entsprechenden Zielland eingereichten Facharzturkunden bei den für die Ausstellung der Urkunden zuständigen Stellen im Herkunftsland. Der Auslandsdienst konnte mehrmals erfolgreich vermitteln.

Der Auslandsdienst intensivierte die Beratungsarbeit für Ärztinnen und Ärzte, die gerne von der Ärzteschaft angenommen wurde. Dabei war der Service- und Dienstleistungsgedanke maßgeblich. Die institutionellen Zuständigkeiten und Kompetenzen wurden dabei stets berücksichtigt und aufgezeigt. Somit positionierte sich die Bundesärztekammer auf nationaler und internationaler Ebene als kompetenter Ansprechpartner beim gegenseitigen Informationsaustausch zu Fragen im Bereich Migrationsangelegenheiten, Aus- und Weiterbildung sowie Anerkennung von Berufsqualifikationen. Der Informationsbedarf auf internationaler Ebene zu Themen rund um Fragen der Migration sowie Aus- und Weiterbildung nahm im Jahre 2009 deutlich zu. Zahlreiche ausländische Ärzteverbände wendeten sich mit gezielten Fragebögen an den Auslandsdienst.

Die gute Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern wurde fortgesetzt, und der Auslandsdienst konnte dank seiner internationalen Kontakte zu den jeweiligen zuständigen Stellen qualifizierte Empfehlungen bei der Beurteilung von Zertifikaten und Qualifikationsnachweisen abgeben. Die Weiterbildungsabteilungen der Landesärztekammern wurden regelmäßig über aktuelle Entwicklungen im Bereich Anerkennung von Berufsqualifikationen informiert.

Der Auslandsdienst setzte sich auch im Jahre 2009 weiterhin intensiv und kontinuierlich für die Anerkennung deutscher Ausbildungs- und Facharzt diplome innerhalb der Europäischen Union ein. In diesem Zusammenhang spielte wie bereits im Jahre 2008 Frankreich neben der Schweiz eine herausragende Rolle. Auch hier konnten die bestehenden guten Kontakte zu den jeweiligen nationalen zuständigen Stellen im Interesse der betroffenen Ärztinnen und Ärzten intensiviert werden.

Zahlreiche Anfragen gab es vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion in Österreich zum Thema Zeitpunkt der Erteilung des österreichischen „jus practicandi“ (Zulassung zum ärztlichen Beruf in Österreich). Im Laufe des Jahres 2010 wird damit gerechnet, dass im Falle der Migration der österreichische Medizinabschluss ausreichend ist für den Erhalt einer ärztlichen Zulassung im eigenen Land und somit in der gesamten EU. Diese EU-rechtliche Änderung ist für die österreichischen Assistenzärztinnen und -ärzte in Deutschland von besonderer Bedeutung. Diese arbeiteten im Jahre 2009 mit einer Berufserlaubnis nach § 10 Absatz 5 der Bundesärzterordnung. Der lange Weg österreichischer Absolventen zur Approbation in Deutschland wird damit im Laufe des Jahres 2010 abgekürzt werden können.

Der Auslandsdienst verzeichnete im Jahre 2009 im Anfragenbereich eine deutliche Zunahme der telefonischen sowie elektronischen Anfragen gegenüber dem Vorjahr. Er wird seine effektive Servicearbeit weiterhin leisten und intensivieren.

### 2.4.3 Internal Market Information System (IMI)

Im März 2006 haben die Mitgliedstaaten einen Vorschlag zur Entwicklung des IMI verabschiedet. Das System soll zum Erreichen wichtiger Ziele im Zusammenhang mit der überarbeiteten Lissabon-Strategie und den Programmen zur Verbesserung der Rechtsetzung sowie der elektronischen Behördendienste bis 2010 beitragen. Das IMI soll die Umsetzung u. a. der Binnenmarktvorschriften im Allgemeinen sowie der Richtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen 2005/36/EG und der Dienstleistungsrichtlinie 2006/123/EG im Besonderen unterstützen. Die Verortung für die jeweils zu registrierenden Stellen im IMI ist von Bundesland zu Bundesland verschieden. Die Ärztekammern sind teilweise als zuständige Stelle registriert.

