

## 2. Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten

### 2.1 Ärztliche Ausbildung

Im Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 wird die ärztliche Ausbildung nicht ausdrücklich erwähnt. Dennoch sind auch die Hochschulklinika durch die Gesundheitsreform indirekt betroffen. Die offene Schere zwischen den Einnahmen und Ausgaben im GKV-System führt auch im Hochschulbereich zu einer zunehmenden Mangelversorgung mit erheblichen Auswirkungen auf Forschung und Lehre. Ziel der Arbeit in der Bundesärztekammer ist es, die Rahmenbedingungen für den ärztlichen Nachwuchs während des Medizinstudiums zu verbessern, um der Tendenz der Abwanderung ins Ausland oder in andere Berufsfelder entgegenzuwirken.

#### 2.1.1 Approbationsordnung für Ärzte

Seit Inkrafttreten der neuen Approbationsordnung wird der Zweite Abschnitt der ärztlichen Prüfungen nach dem Praktischen Jahr (PJ) als sogenanntes „Hammerexamen“ thematisiert. Die Gremien der Bundesärztekammer halten es in Übereinkunft mit dem Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) für möglich, dass eine Entflechtung des bisherigen Abschlussexamens am Ende des Praktischen Jahres durch ein Vorziehen der schriftlichen Prüfung vor das PJ erreicht werden kann. Im Herbst 2007 hat zum ersten Mal dieses beanstandete schriftliche Abschlussexamen mit dem Ergebnis einer signifikant höheren Durchfallquote stattgefunden. Verschiedene Ursachen wurden diskutiert. Der Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ der Bundesärztekammer beabsichtigt, sich mit diesem Thema nach Evaluierung weiterer zwei bis drei Examina-Durchläufe erneut zu befassen.

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd) hat ein „Kerncurriculum“ für die medizinische Ausbildung in Deutschland erarbeitet, welches die wichtigsten Ausbildungsziele für die Medizinstudierenden in Deutschland aufzeigt. Dieses Kerncurriculum wurde den Gremien der Bundesärztekammer zu einer ersten orientierenden Stellungnahme vorgelegt und soll im nächsten Jahr vertiefend erörtert werden. Durch die neue Approbationsordnung von 2002 hat sich der Trend in der medizinischen Ausbildung von der reinen Wissensvermittlung hin zu einer Orientierung an konkreten Ergebnissen und Lernzielen entwickelt. Um die hierdurch induzierte Verbesserung in der ärztlichen Ausbildung zu fördern, wurde das Kerncurriculum erstellt, welches sich in großen Teilen an das „Core Curriculum“ der Studierenden Vertreter der International Federation of Medical Students' Association (IFMSA) sowie der European Medical Students' Association (EMSA) anlehnt. Auf die Details der in neun Bereiche (Fähigkeiten und Fertigkeiten, Kommunikationsfähigkeit, kritisches

Denken, Lebenslanges Lernen, Lehre und Aufklärung, Öffentliche Gesundheit, Professionalität: Verhaltensweisen, Verantwortlichkeiten und Selbstentwicklung, Teamfähigkeit, Theoretische Kenntnisse) gegliederten 80 Lernziele werden die Gremien der Bundesärztekammer in ihren nächsten Sitzungen vertiefend eingehen.

### 2.1.2 Einführung von Studiengebühren/persönliche Auswahlverfahren

Die bereits im Jahr 2006 kritisierte Einführung von Studiengebühren wurde vom Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ erneut thematisiert. Der 110. Deutsche Ärztetag 2007 hat sich dahingehend geäußert, dass insbesondere von Medizinstudierenden im Praktischen Jahr bei einem Arbeitspensum von mindestens 40 Stunden pro Woche keine Studiengebühren abverlangt werden können. Vielmehr wurde die Politik aufgefordert, eine Ausbildungsbeihilfe für die Phase des Praktischen Jahres einzuführen, da bei einem derartigen Arbeitspensum die Finanzierung des Lebensunterhalts durch einen *Nebenjob* nicht mehr gesichert werden kann. Unter anderem wird die hohe Studienabbrecher-Quote in der PJ-Phase auch auf diese Problematik zurückgeführt.

Mit Novellierung der Approbationsordnung ist das persönliche Auswahlverfahren für die Medizinischen Fakultäten in einem breiteren Umfang ermöglicht worden. Wegen der hiermit verbundenen Kosten und dem hohen Personalaufwand wird dieses Verfahren von den Medizinischen Fakultäten bislang nur unzureichend angeboten. Ein weiteres Erschwernis liegt in den gleichzeitigen Mehrfachbewerbungen der Studenten an verschiedenen Fakultäten. Der Ausschuss der Bundesärztekammer hat angeregt, die Fristen für das Bewerbungsverfahren zu verlängern, damit die Möglichkeit besteht, nach Absage von einer Fakultät sich an einer anderen Universität noch für dasselbe Semester bewerben zu können.

### 2.1.3 Hochschulranking

Das Hochschulranking ist in jüngster Zeit auf Grund methodischer Mängel in die Kritik geraten. Der Medizinische Fakultätentag hat gemeinsam mit dem Verband der Universitätsklinika Deutschlands die „Landkarte der Deutschen Hochschulmedizin“ entwickelt, die nicht ein Gesamtergebnis der Bewertung einer Medizinischen Fakultät darstellt, sondern eine Datenerhebung in unterschiedlichen Kategorien verfolgt, um spezifische Bewertungen an Einzelkriterien vorzunehmen. Die Veröffentlichung von Rankings, wie sie in verschiedenen Printmedien üblich ist, stellt dagegen nur grob orientierende Gesamtergebnisse dar.

### 2.1.4 Bachelor/Master in der Medizin

Die Bundesärztekammer bekräftigte im laufenden Berichtsjahr bei sich bietenden Gelegenheiten, dass die Bachelor-/Masterstudiengänge sowie der Bologna-Prozess für die Medizinerausbildung in Deutschland für ungeeignet erachtet werden.

Die Bachelorstudiengänge für Gesundheitsfachberufe werden von der Bundesärztekammer im Zusammenhang mit der zunehmenden Akademisierung medizinischer Assistenzberufe kritisch begleitet. Die Zuordnung von Zuständigkeiten und Kernkompetenzen medizinischer Gesundheitsberufe erfordert eine Analyse sowie Definition der ärztlichen Kernkompetenzen. Anstatt integrierte Ausbildungskonzepte – wie im Sachverständigen-Gutachten 2007 beschrieben – zu verfolgen, sollten spezifische ärztliche Kompetenzen bereits in der Lehre gestärkt und weiter entwickelt werden. Auch wenn die neuen Formen der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe ein engeres Miteinander erfordern, muss bereits in der ärztlichen Ausbildung der gestiegenen Komplexität der modernen Medizin sowie der Qualität der medizinischen Versorgung und der Patientensicherheit Rechnung getragen werden. Allein auf empirischer Erfahrung beruhende interprofessionelle Schulungskonzepte – wie vom Sachverständigenrat intendiert – reichen zur Befähigung zum Arztberuf nicht aus. Vielmehr müssen auch weiterhin wissenschaftliche Grundlagen spezifischer Gegenstand der Lehre für das Medizinstudium sein. Die Ärzteschaft befürwortet die Durchlässigkeit von Bildungssystemen. Diese können allerdings durch eine flexible Handhabung bei der Anrechnung von Studienzeiten, inhaltlichen Nachweisen oder Credit-Points gewährleistet werden.

### 2.1.5 Zukunft von Forschung und Lehre an privaten Universitätskliniken

Die Universitätsklinika in Deutschland stehen vor einer Phase der Restrukturierung, bei welcher die Privatisierungsüberlegungen zunehmend Bedeutung gewinnen. Die Privatisierung von Hochschulklinika verstärkt das Spannungsverhältnis zwischen den Anforderungen an Forschung, Lehre und Krankenversorgung einerseits sowie wirtschaftlichen Zwängen andererseits. Bei der Entscheidung für eine private Trägerschaft einer Medizinischen Universität ist die Stellung von Forschung und Lehre eine der wichtigsten Erörterungen, damit sich Deutschland auch in Zukunft den Herausforderungen einer beispielsweise von Pharmafirmen unabhängigen Forschung und Lehre im internationalen Vergleich stellen kann.

Bei der Debatte über die zunehmende Privatisierung von Krankenhausketten betont der Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“, dass der Staat auch in Zukunft nicht gänzlich aus seiner Daseinsfürsorge entlassen werden darf. Die Ergebnisse des Wissenschaftsrats über die Analyse von privatisierten Universitätskliniken sowie die Sondergesundheitsministerkonferenz Anfang 2008 über die Zukunft der Krankenhausfinanzierung und -planung sollen Gegenstand der Erörterungen und Bewertung durch den Ausschuss im Jahr 2008 sein.

## 2.2 Ärztliche Weiterbildung

Die MWBO dient den Landesärztekammern als Vorlage für die in Landesrecht zu fassenden Satzungen der Weiterbildungsordnungen. Gleichermaßen dienen die (Muster-)Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung, die (Muster-)Kursbücher und die (Muster-)Logbücher als Maßgabe, möglichst bundeseinheitliche Vorgaben für die Weiterbildungsstrukturen zu schaffen.

Die Weiterbildung unterliegt einer ständigen Entwicklung. Änderungsvorschläge werden in den Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer strukturiert und koordiniert. Änderungen finden über Beschlüsse des Vorstands der Bundesärztekammer oder des Deutschen Ärztetages Eingang in die (Muster-)Weiterbildungsordnung.

### 2.2.1 Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin

Mit der Gestaltung der Weiterbildung in der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin hat sich der Vorstand in vielen Sitzungen im Jahr 2007 sowohl vor als auch nach dem Deutschen Ärztetag befasst. Auch weiterhin werden die Koordinationsbemühungen der Bundesärztekammer bezüglich einer einheitlichen Struktur insbesondere bei denjenigen Weiterbildungen, die europarechtlich relevant sind, einen zentralen Stellenwert der Arbeit in diesem Bereich darstellen.

Nachdem alle 17 Landesärztekammern die (Muster-)Weiterbildungsordnung von 2003 in Landesrecht umgesetzt hatten und die Regelungen bezüglich der Facharztbezeichnung „Innere Medizin“ in den Ländern uneinheitlich gestaltet waren, forderte die EU-Kommission im April 2006 Deutschland auf, eine einheitliche Regelung vorzulegen, da diese Bezeichnung in der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG notifiziert ist.

Auf der Basis von vielen Gesprächen mit den betroffenen ärztlichen Organisationen, dem Bundesministerium für Gesundheit, Vertretern der Aufsichtsbehörden der Länder unter Einbeziehung der Landesärztekammern sowie Beratungen in den Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer hat der Vorstand der Bundesärztekammer nach einer mehrheitsfähigen Lösung für eine EU-kompatible Strukturierung der deutschen Weiterbildungsordnung gesucht. Die Erörterungen mündeten in dem Antrag auf dem 110. Deutschen Ärztetag 2007 zur Ergänzung des Gebietes Innere Medizin und Allgemeinmedizin durch eine 5-jährige Facharztweiterbildung „Innere Medizin“. Diese sollte als sogenannte „dritte Säule“ mit der Ordnungsnummer 12.2 in die (Muster-)Weiterbildungsordnung aufgenommen werden. Dieser Vorschlag fand die mehrheitliche Zustimmung des Deutschen Ärztetages.

In der zweiten Hälfte des Berichtsjahres hatten bereits zwölf Landesärztekammern diesen Beschluss auf Landesebene umgesetzt. Vier weitere Ärztekammern haben ihre Absicht erklärt, Anfang 2008 den gleichen Beschluss in ihren Kammerversammlungen herbeizuführen. In fünf Landesärztekammern war die Facharztbezeichnung „Innere Medizin“ seit 2003 durchgehend erhalten geblieben. Lediglich die Landesärztekammer Baden-Württemberg hat am 24.11.2007 in ihrer Vertreterversammlung

beschlossen, diese Facharztbezeichnung nicht einzuführen. Aufgrund dieser Abweichung ergibt sich eine Sachlage, die insbesondere im Hinblick auf europäisches Gemeinschaftsrecht zeitnah geprüft werden muss.

### **2.2.2 Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)**

Bei Zusammenlegung des ehemaligen getrennten Gebiets Innere Medizin und Allgemeinmedizin war im Jahr 2003 bei Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung beschlossen worden, für die allgemeinmedizinische Weiterbildung die Facharztbezeichnung „Innere und Allgemeinmedizin“ zu wählen. Mit den Vertretern der Fachgesellschaften und Berufsverbände sowohl der Internisten als auch der Hausärzte wurden die Weiterbildungszeiten und -inhalte für die Facharztweiterbildung Innere Medizin in Vorbereitung des 110. Deutschen Ärztetages gemeinsam beraten und bei diesen Gesprächen vereinbart, dass an der bisherigen Konstruktion der Facharztweiterbildung für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) keine Änderungen vorgenommen werden sollen.

Der Deutsche Ärztetag 2007 hat dies nochmals bestätigt und bekräftigt, dass an den alten Beschlüssen der Deutschen Ärztetage von 2002 und 2003 bezüglich der allgemeinmedizinischen Facharztweiterbildung festgehalten wird.

Mit Ausnahme der Ärztekammer Berlin haben sich alle Landesärztekammern diesem Beschluss angeschlossen. Auch die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hatte im September 2007 zunächst noch an diesem Konsens festgehalten. Erst mit dem weiteren Nachtrag zur Berliner Weiterbildungsordnung am 14.11.2007 wurde davon abgewichen und die „Allgemeinmedizin“ als eigenständiges Gebiet aus dem gemeinsamen Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin ausgegliedert. Dies hat bundesweit zur Folge, dass die Bezeichnung „Innere und Allgemeinmedizin“ (Hausarzt) nicht in der Europäischen Berufsanerkenntnisrichtlinie 2005/36/EG notifiziert werden kann. Somit muss weiterhin die Bezeichnung „Allgemeinmedizin“ verwandt werden.

Neben der Änderung der Facharztbezeichnung wurden in Berlin auch die Weiterbildungszeiten sowie die Weiterbildungsinhalte geändert. Die vorgenommenen Bestimmungen lassen befürchten, dass diese Weiterbildung ohne ein fest etabliertes Rotations- bzw. Verbundsystem nicht in der Mindestzeit absolvierbar sein wird. Da der Hausarztmangel generell, insbesondere aber auch in den Randbezirken des Landes Berlin sowie im umliegenden Land Brandenburg zunehmend Sorgen bereitet, wird die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin weiterhin ein Themenfeld sein, welches die Bildungsgremien der Bundesärztekammer auch im Jahr 2008 intensiv beschäftigen wird.

### 2.2.3 Gebietsgrenzen

Mit Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung entwickelte sich ein neues Verständnis über die Definition der Gebietsgrenzen. Aufgrund des Verständnisses, dass Gebietsgrenzen und Weiterbildungsinhalte nicht deckungsgleich sind, traten bei der Interpretation der Zuordnung neue Fragen auf. Die in den Facharztweiterbildungen aufgenommenen Weiterbildungsinhalte sind obligate Gegenstände der Weiterbildung und gelten damit als gebietskonform. Darüber hinaus können innerhalb der Gebietsgrenzen, z. B. über Zusatzqualifikationen oder Fortbildungsmaßnahmen, weitere Kompetenzen erworben werden, welche nur dann als gebietskonform gelten, wenn sie unter die Definition des Gebietes zu subsumieren sind. Auch hochspezielle Leistungen, welche im Weiterbildungsrecht grundsätzlich nicht abgebildet werden, können über die Gebietsdefinition den Gebieten zugeordnet werden. In einer Arbeitsgruppe, bestehend aus Juristen und Ärzten aus den Geschäftsführungen von Bundesärztekammer und Landesärztekammern, wurden spezielle Fragen zur Gebietszugehörigkeit beraten. Absicht ist es, bei zunächst unterschiedlichen Auffassungen zu einem klarstellenden Ergebnis zu kommen und letztendlich ein Grundsatz-Papier zu formulieren, welches Anfang 2008 zur weiteren Beratung in die Weiterbildungs-gremien eingebracht werden soll.

### 2.2.4 Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003

Im Juli 2007 fand auf Sachbearbeiterebene erneut ein Erfahrungsaustausch zwischen den an der Basis tätigen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Ärztekammern und der Bundesärztekammer statt, um eine möglichst bundeseinheitliche Handhabung bei der Auslegung der Weiterbildungsordnung und in den Ermessensspielräumen zu bewirken. Hierbei wurden insbesondere diejenigen Themen angesprochen, die bei unterschiedlicher Handhabung in den Ländern einer grundsätzlichen Regelung auf Bundesebene zugeführt werden sollen. Bei einigen Fragestellungen konnten sich die Ärztekammern untereinander mit guten Hinweisen gegenseitig austauschen, so dass Vereinbarungen für ein zukünftiges Prozedere unmittelbar miteinander abgestimmt werden konnten. Andererseits wurde festgestellt, dass es für einige Anwendungsfragen einen Regelungsbedarf auf Bundesebene gibt. Der Erfahrungsaustausch soll im Jahr 2008 fortgesetzt werden.

Auch in den Weiterbildungs-gremien wurde eine zunehmende Anzahl an Änderungsanträgen bzw. Ergänzungsanträgen aufgrund praktischer Erfahrungen bei der Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnungen in den Ländern thematisiert. Einzelne Änderungen, z. B. in der Zusatz-Weiterbildung „Psychotherapie“, wurden bereits bearbeitet und in den Landesärztekammern umgesetzt.

Die Fachgesellschaften und Berufsverbände haben ebenfalls in jüngster Zeit eine Anzahl an Anregungen eingebracht, um die (Muster-)Weiterbildungsordnung von 2003 zu ergänzen bzw. zu modifizieren. Im Dezember 2007 hat der Vorstand daher beschlossen, dass die vielen Einzelanregungen von den Landesärztekammern sowie den Fachgesellschaften und den Berufsverbänden bei der Bundesärztekammer gebün-

delt und strukturiert für eine Beratung auf einem der nächsten Deutschen Ärztetage, z. B. im Jahr 2009 bzw. 2010, vorbereitet werden sollen.

Eine Vielzahl von Anfragen zum Weiterbildungsrecht und dessen Auslegungen konnte unmittelbar bearbeitet werden. Hierzu wurden teilweise Einzelgespräche geführt oder Gruppentermine veranlasst sowie schriftliche Ausführungen erstellt.

### **2.2.5 Auswirkungen der europäischen Richtlinie 2005/36/EG auf weiterbildungsrechtliche Regelungen in Deutschland**

Im Oktober 2007 trat die Berufsanerkenntnisrichtlinie 2005/36/EG in Kraft. Hierzu sind die entsprechenden Bestimmungen, welche obligat in nationales Recht umgesetzt werden mussten, zunächst in einer dafür installierten Arbeitsgruppe vorformuliert worden. Die vorgelegten Textvorschläge wurden in einem weiteren Schritt in den Weiterbildungsverbänden diskutiert und vom Vorstand der Bundesärztekammer in die Beratungen des Deutschen Ärztetages 2007 eingebracht. Der Deutsche Ärztetag ist den Änderungsempfehlungen gefolgt, wobei darauf geachtet wurde, dass die Systematik des bisherigen Paragraphenteils der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten blieb. Die neu aufgenommenen Bestimmungen sehen im Wesentlichen die Festschreibung des Verfahrens zur Anerkennung der Berufsqualifikationen und der Fristen vor. Darüber hinaus wurden formale Anpassungen sowie Anpassungen an die Sprachregelung der Berufsanerkenntnisrichtlinie vorgenommen. Die aktuellen Regelungen sind in Abschnitt A der (Muster-)Weiterbildungsordnung aufgenommen und können über die Internetseite der Bundesärztekammer abgerufen werden.

### **2.2.6 (Muster-)Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung**

Im Nachgang zu den Beschlüssen von 2003 hatte der Deutsche Ärztetag im Jahr 2004 festgelegt, die Zusatz-Weiterbildung „Betriebsmedizin“ in der (Muster-)Weiterbildungsordnung beizubehalten. Die entsprechenden Richtzahlen wurden im Frühjahr 2007 vom Vorstand der Bundesärztekammer beraten und in den (Muster-)Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung ergänzt.

### **2.2.7 (Muster-)Kursbücher**

Durch Vorstandsbeschluss wurde im April 2007 die 2. Auflage für das (Muster-)Kursbuch „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“ beschlossen.

Durch das Qualitätssicherungsdezernat der Bundesärztekammer wurde die 4. überarbeitete Auflage des Curriculums „Ärztliches Qualitätsmanagement“ erstellt, welches zugleich die Grundlage für die Kurs-Weiterbildung der gleichnamigen Zusatz-Weiterbildung darstellt.

Änderungen am derzeitigen Konzept des (Muster-)Kursbuches für die Zusatz-Weiterbildung „Sportmedizin“ sollen erst zusammen mit der nächsten Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung erfolgen, da von der Fachgesellschaft ein Antrag zur grundsätzlichen strukturellen Änderung der Zusatz-Weiterbildung vorliegt.

Intensiv wurde im Berichtszeitraum an der 2. Auflage des (Muster-)Kursbuches „Spezielle Schmerztherapie“ gearbeitet, welches in der zweiten Hälfte des Jahres 2007 den Landesärztekammern zur Stellungnahme vorgelegt wurde. Eine Verabschiedung der 2. Auflage soll in der ersten Hälfte 2008 erfolgen.

Mit dem Schwerpunktthema Stigmatisierung psychisch Kranker auf dem 109. Deutschen Ärztetag 2006 wurde u. a. angeregt, die Kurs-Weiterbildung „Psychosomatische Grundversorgung“ bezüglich Bezeichnung und Inhalt zu ändern. Bei der Bundesärztekammer gingen wiederholt unterschiedliche Aussagen bezüglich des Änderungsbedarfes ein. Im Berichtszeitraum waren die betroffenen Fachgesellschaften und Berufsverbände gebeten worden, sich untereinander zu verständigen, um die Gestaltung des Kursbuches auf der Basis eines relativ einheitlichen Konzeptes aus der Fachwelt in der Bundesärztekammer weiter beraten zu können. Zwischenzeitlich wurde ein weiterer spezifisch auf die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ausgerichteter Entwurf vorgelegt. Ein erneuter Termin zur Konsentierung – zunächst insbesondere zwischen den Gebieten Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – ist für Anfang Januar 2008 anberaumt.

### **2.2.8 (Muster-)Logbücher**

Die im Jahr 2006 für alle in der (Muster-)Weiterbildungsordnung enthaltenen Weiterbildungsgänge erstellten (Muster-)Logbücher werden bundesweit nicht nur in den Landesärztekammern umgesetzt, sondern auch von den Fachgesellschaften nachgefragt. Auch einzelne Klinikabteilungen bitten die Bundesärztekammer um Unterstützung bei der Erstellung eigener Konzepte zur Herstellung strukturierter Weiterbildungsabläufe, die an den Vorlagen der Bundesärztekammer orientiert sein sollen.

### **2.2.9 Evaluation der Weiterbildung**

Die Ärztekammern Hamburg und Bremen haben Ende 2006 bis Anfang 2007 eine Befragung von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten zur aktuellen Situation in der Weiterbildung mittels eines jahrelang etablierten Verfahrens in der Schweiz durchgeführt. Bei der Umfrage wurden die Ärztinnen und Ärzte um Beurteilung ihrer Weiterbildungsstellen mit dem Ziel gebeten, die Zufriedenheit mit der Weiterbildungssituation darstellen zu können und einen Vergleich zwischen Weiterbildungsstätten zu ermöglichen. Das Verfahren und erste Ergebnistendenzen wurden in einem Symposium am 21.06.2007 in Berlin vorgestellt und diskutiert. Methodik und Ziel der Befragung wurde in den Weiterbildungsgremien erörtert und vom Vorstand der Bundesärztekammer positiv beurteilt. Es wurde der Beschluss gefasst, eine routinemäßige Befragung von Weiterbildungsassistenten in den Landesärztekammern über die Zu-



friedenheit mit der Weiterbildungssituation zu etablieren. Ziel dabei ist es, Stärken, Schwächen und Verbesserungspotentiale aufzuzeigen. Darauf aufbauend können Handlungsempfehlungen für die Vermittlung der Weiterbildung sowie zur Strukturierung von Weiterbildungsabläufen ausgearbeitet werden.

Der Arbeitsausschuss „Ärztliche Weiterbildung“ ist beauftragt worden, nach Vorliegen des Schlussberichtes aus Bremen und Hamburg einen Fragebogen zu entwickeln, der als Grundlage für die routinemäßige Befragung von Weiterbildungsassistenten in den Landesärztekammern dienen soll. Es ist beabsichtigt, mit dieser routinemäßigen Befragung in der ersten Hälfte 2008 zu starten.

### **2.2.10 Finanzierung der Weiterbildung und sonstige Rahmenbedingungen**

Immer wieder wird insbesondere von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) gefordert, dass der Aufwand für die Vermittlung von Weiterbildung seinen Niederschlag im DRG-Entgeltsystem erhalten soll. Die Bundesärztekammer hinterfragt kritisch, ob das von der AWMF immer wieder geforderte Instrument von Zuschlägen (bzw. Abschlägen) geeignet ist, um einen adäquaten Anreiz für die Weiterbildung bei den Verantwortlichen in den Kliniken vor Ort zu erreichen.

Zunächst muss geprüft werden, ob die Aussage bestätigt werden kann, dass DRGs die monokausale Ursache für den Rückgang von Weiterbildungskapazitäten im stationären Bereich darstellen. Erst wenn hierfür stichhaltige Daten vorliegen, sollte darüber diskutiert werden, ob und wie die Finanzierung der Weiterbildung über DRGs gefördert werden kann.

Die Bundesärztekammer ist Mitglied in einer speziellen Arbeitsgruppe beim Institut für Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), welche im Rahmen der Begleitforschung zum neuen Entgeltsystem die Auswirkungen auf die Weiterbildung untersuchen soll. Konkrete Ergebnisse der Arbeitsgruppe, in welcher auch die Gesetzlichen Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Private Krankenversicherung (PKV) sowie das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vertreten sind, liegen zum Ende des Berichtszeitraumes noch nicht vor.

Wie bereits im vergangenen Jahr haben die chirurgischen Fachgesellschaften und Berufsverbände in gemeinsamer Vorbereitung mit der Bundesärztekammer einen Workshop organisiert, in welchem u. a. die Auswirkungen des Arbeitszeitgesetzes auf die Weiterbildung thematisiert wurde. Die Tagung zeigte auf, unter welchen Rahmenbedingungen – u. a. Arbeitsverdichtung, Verweildauerverkürzung, Arbeitszeitgesetzgebung – derzeit die Weiterbildung stattfindet. Besonders deutlich ist in den chirurgischen Fächern ein Einbruch an ärztlichem Nachwuchs zu registrieren. Hintergründe und mögliche Auswirkungen für die Zukunft des Fachs wurden dargestellt. Der Dialog zwischen Bundesärztekammer und chirurgischen Organisationen soll auch im kommenden Jahr fortgesetzt werden.

### 2.2.11 Impfen

Auf der Grundlage der Neufassung des § 20d Abs. 2 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie über Schutzimpfungen geschaffen, in welcher die Voraussetzung für die Qualifikation der durchführenden Ärzte formuliert wurde. Die Formulierung führte zu Diskussionen über die Frage, auf welche Weise im Berufsrecht bzw. im Weiterbildungsrecht geregelt ist, dass Ärzte über eine „Qualifikation zum Impfen“ verfügen. Bereits in der Vergangenheit hatte sich der Vorstand der Bundesärztekammer mit dieser Thematik befasst und den Gesetzgeber, der mit Neufassung des § 20d SGB V eine bessere Durchimpfungsrate der Bevölkerung bewirken will, aufgefordert, den verpflichtenden Impfkurs im Rahmen der Approbationsordnung wieder festzuschreiben. Der Gesetzgeber ist diesem Anliegen trotz zwischenzeitlicher Novellierung der Approbationsordnung nicht nachgekommen. Vor dem Hintergrund der Irritationen und der öffentlichen Diskussionen wird das Thema derzeit in allen betroffenen Gremien der Bundesärztekammer diskutiert. Der Vorstand der Bundesärztekammer soll Anfang 2008 ein Votum abgeben, wie die Durchimpfungsrate der Bevölkerung verbessert werden kann unter Berücksichtigung der Notwendigkeit, dass die durchführenden Ärzte eine entsprechende Qualifikation nachweisen können.

## 2.3 Ärztliche Fortbildung

Ziel medizinischer Fortbildung ist der Erhalt und die Weiterentwicklung ärztlicher Kompetenz. Hierbei versteht man unter Fortbildung die kontinuierliche Auffrischung und Erweiterung von medizinischem Wissen und Fähigkeiten. Sie dient dem raschen Transfer von aktuellem Erkenntnissen und Innovationen aus der Forschung in die Praxis. Ziel ist die Ausübung des ärztlichen Berufes nach den bestmöglichen Standards des Fachgebietes.

Grundlagen der ärztlichen Kompetenz des Arztes sind der medizinische Sachverstand und die Fertigkeiten, die er im Rahmen seiner Weiterbildung erworben hat und die im Laufe des Berufslebens ergänzt werden um Erfahrung, Fortbildungsaktivitäten, Selbstkritik und Verantwortung, Haltung gegenüber Patienten und Kollegen, Kommunikation und Management.

Die vielfältigen Formen des Kompetenzerhalts setzen verschiedene Themen und Methoden der Fortbildungsmaßnahmen voraus. Diese Vielfalt muss in einem Fortbildungskonzept Berücksichtigung finden. Der Arzt legt seine Fortbildungsaktivitäten nach seinen Erfordernissen fest. Dabei werden folgende Aspekte einbezogen: Zeit, Kosten, Lehrmethoden, Informationstechnologie und Lernkultur.

Das Ergebnis der Lernbemühungen wird regelmäßig einer kritischen Reflexion unterzogen. Ziel der Maßnahmen ist die Verbesserung der Patientenversorgung.

Um bei den Fortbildungsmaßnahmen ein hohes Niveau sicher zu stellen, erfolgt in der Fortbildungssatzung eine Benennung und Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen, diese werden ergänzt um die Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung der Bundesärztekammer ([www.bundesärztekammer.de](http://www.bundesärztekammer.de)). Diese Empfehlungen wurden im Berichtsjahr aktualisiert. Da eine Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen nur dann geschehen kann, wenn sie frei von wirtschaftlichen Interessen ist, ist das Zusammenspiel von Fortbildung und Sponsoring dort klar definiert.

### 2.3.1 Arbeit des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung

Aufgrund der sich verändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen wie z. B. die Privatisierung von Krankenhäusern, aber auch die zunehmende Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention ergeben sich neue und vielschichtige Herausforderungen für den Arzt. Dies spiegelt sich auch in neuen Formen und Methoden der ärztlichen Fortbildung wider. So befasste sich der neu konstituierte Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung (Vorsitz: Dr. Franz-Joseph Bartmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein) mit Themen wie „Medikamentenleitfaden“, „Ökonomische Aspekte ärztlicher Tätigkeit“, „Ärztliche Führung“, „Evidence Based Medicine“ oder „E-Learning in der ärztlichen Fortbildung“. Darüber hinaus wurde im Berichtsjahr die 2. Auflage der Curricula „Ernährungsmedizin“ und „Herzschrittmachertherapie“ verabschiedet. Die Curricula „Ärztliche Gesundheitsförderung und Prävention“ und „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ werden zurzeit aktualisiert.

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, wurde beim Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung eine Clearingstelle eingerichtet.

#### Fachsymposium „Gesundheitliche Folgen von häuslicher Gewalt gegen Frauen“

Im Rahmen des Nationalen Aktionsplans zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen fand am 24. Oktober 2007 ein Symposium zu dem Thema „Gesundheitliche Folgen von häuslicher Gewalt gegen Frauen“, eine gemeinsame Veranstaltung von Bundesärztekammer und Bundesministerium für Gesundheit, statt.

Jede fünfte in Deutschland lebende Frau hat im Erwachsenenalter körperliche Verletzungen in Folge von körperlicher bzw. sexueller Gewalt erlitten. Betroffene haben einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand. Sie leiden vermehrt unter langjährigen chronisch wiederkehrenden Kopf- und Bauchschmerzen, Nervosität, Depressionen, Essstörungen, Schwindel, Atemproblemen und Unterleibsschmerzen. 40 bis 50 % der Frauen sprechen mit niemandem über ihre Gewalterfahrung.

Um die Folgen von Gewalt frühzeitig zu erkennen und einen guten Zugang bei der Ansprache von Gewaltopfern zu bewirken, sowie adäquate Behandlungsmaßnahmen

einzuleiten, ist eine entsprechende Qualifizierung aller Gesundheitsberufe wesentlich. Darüber hinaus muss die interdisziplinäre Zusammenarbeit gestärkt werden. Der Ärzteschaft kommt hierbei eine Schlüsselrolle zu.

Die Veranstaltung bot die Möglichkeit bestehende Aktivitäten vorzustellen. Unter der Moderation von Frau Dr. Goesmann, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, und in Anwesenheit von Frau Caspers-Merk, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit, wurden von verantwortlichen Entscheidungsträgern und beteiligten Berufsgruppen Initiativen erörtert und neue Impulse im Umgang mit dem Thema für Akteure im Gesundheitswesen entwickelt.

Ziel dieser Veranstaltung war es, durch Fortbildung Ärzte für das Thema „Häusliche Gewalt“ zu sensibilisieren, um die Folgen von Gewalt frühzeitig zu erkennen und einen Zugang bei der Ansprache von Gewaltopfern zu bewirken sowie adäquate Behandlungsmaßnahmen einzuleiten und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu stärken.

### **Symposium „Medizin und Ökonomie im Widerstreit? Ökonomische Aspekte ärztlicher Tätigkeit“**

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. Als Auftaktveranstaltung fand am 18. Oktober 2007 das Symposium „Medizin und Ökonomie im Widerstreit? Ökonomische Aspekte ärztlicher Tätigkeit“ unter der Moderation von Dr. Bartmann, Vorsitzender des Vorstands des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung, statt. Die Konzeption der Fortbildungsveranstaltung erfolgte in enger Zusammenarbeit mit Herrn Henke, Vorsitzender der Arbeitsgruppe „Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern“ sowie der Geschäftsführung des Dezernats 5 der Bundesärztekammer. Namhafte Gesundheitsökonomien diskutierten gemeinsam mit Vertretern des Vorstands der Bundesärztekammer sowie der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften und Berufsverbände. Es bestand Konsens, dass ökonomische Kenntnisse nicht nur im stationären Sektor, sondern genauso im ambulanten Bereich relevant sind. Aufgrund der positiven Resonanz ist für das kommende Jahr eine modulare Fortbildungsreihe zu dem Thema „Medizin und Ökonomie“ geplant.

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

Das ort- und zeitunabhängige Lernen mit Hilfe von Computern und Online-Verbindungen nimmt auch in der ärztlichen Fortbildung einen immer größer werdenden Stellenwert ein.

Die Herausforderung beim Einsatz von E-Learning stellt sich heute anders dar als noch zu Beginn der neuen Lernform: Die E-Learning-Technologie ist ausgereift, die Kosten für die technischen Ressourcen sind annehmbar und dass die Akzeptanz vorhanden ist, zeigt die selbstverständliche Nutzung von Computern und Internet in anderen Lebensbereichen.

Die Herausforderung besteht jetzt darin, in intelligente Didaktik zu investieren, mit deren Hilfe die Technologie sinnvoll und effektiv für die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen genutzt werden kann. Dies kann eine grundsätzliche Reflexion über Formen des Wissenserwerbs, Lernmethoden, Kommunikations- und Lerngewohnheiten sowie tief sitzende Einstellungen und Haltungen von Lehrenden und Lernenden in Gang setzen, die der ärztlichen Fortbildung in ihrer Gesamtheit zu Gute kommt.

Ärzte profitieren vom E-Learning vornehmlich durch das Einsparen von Präsenzzeiten. Besonders propädeutisches Wissen kann oftmals effizienter in einem Online-Kurs erworben werden. Jedoch gibt es viel Bereiche ärztlicher Kompetenz, die in Präsenz vermittelt werden sollten. Die in der ärztlichen Fortbildung präferierte Form des E-Learnings ist daher die des sogenannten „Blended Learning“ – also die Strukturierung einer Fortbildungsmaßnahme in Online- und Präsenzlernen. Mit Hilfe dieser Lernform kann auch darauf hingewirkt werden, dass Lernende auf dem gleichen Wissensstand sind, wenn sie die Präsenzveranstaltungen besuchen, so dass diese intensiv für Trainings und praktische Übungen genutzt werden können.

Erfahrung mit Blended Learning konnte die Bundesärztekammer insbesondere bereits bei der Entwicklung einer insgesamt 20-stündigen Qualifikation zur ärztlichen Tabakentwöhnung, die acht Stunden online-gestütztes Selbststudium umfasst sowie mit dem vom Bundesbildungsministerium und vom Europäischen Sozialfonds geförderten Projekt „LearnART“ machen, das die Bundesärztekammer zusammen mit dem Institut für Berufs-, Wirtschafts- und Sozialpädagogik der Universität zu Köln durchgeführt hat und mit dem im Blended-Learning-Verfahren Fortbildungseinheiten für Medizinische Fachangestellte entwickelt und erfolgreich erprobt wurden.

Zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit der LearnART-Projektergebnisse, zur Fortentwicklung und Transfer von KnowHow sowie zur Förderung der Zusammenarbeit im Kammerverein bei der Entwicklung und beim Einsatz von E-Learning-Maßnahmen hat der Vorstand des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung in der Sitzung am 5. Juli 2007 eine „Initiative E-Learning“ ins Leben gerufen, die als Informations- und Kooperationsplattform allen Kammern und Akademien zur Teilnahme offen steht.

Da die Ausgestaltung von Fortbildung und die theoretische Weiterbildung in Weiterbildungskursen vergleichbaren Anforderungen unterliegen, empfiehlt der Arbeitsausschuss Weiterbildung einen Kriterienkatalog für E-Learning-Maßnahmen zu entwickeln, der auch für die Anerkennung von Weiterbildungskursen herangezogen werden kann. Die Erarbeitung dieses Kataloges wird eine weitere vornehmliche Aufgabe der Initiative E-Learning sein.

### 2.3.3 Multiplikatorenfortbildung

#### 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 schneller Eingang in die ärztliche Praxis finden. Es sollen jedoch auch Verfahren, die schon längere Zeit genutzt werden, einer kritischen Würdigung unterziehen. 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 Interdisziplinären Forum behandelten Themen in ihren Programmen zur ärztlichen Fortbildung berücksichtigen.

Das Forum wird darüber hinaus von vielen Medizinjournalisten besucht, die während der gesamten Veranstaltung von der Pressestelle der Deutschen Ärzteschaft betreut werden.

Namhafte Wissenschaftler können für das Forum gewonnen werden, die über neue Erkenntnisse und Methoden in der Medizin berichten. Neben dem Vortrag wird der Diskussion einen großen 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?

Die Referate des Interdisziplinären Forums werden von der Bundesärztekammer zu einem Kompendium zusammengefasst und so allen Ärzten zugänglich gemacht, damit sie sich über den neuesten Stand praktisch anwendbarer Forschungsergebnisse informieren können.

Folgende Themen wurden auf dem 31. Interdisziplinären Forum behandelt:

- Suchterkrankungen (Schwerpunkt Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit)
- Andrologie in der täglichen Praxis
- Therapie der Adipositas
- Die Versorgung betagter Patienten
- Arzneitherapie und Arzneimittelsicherheit im Alter – Eine Veranstaltung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

Der Abendvortrag befasste sich mit dem Thema „Der medizinische Fortschritt aus ethischer Sicht“. Vortragender war Prof. Dr. phil. Dietrich von Engelhardt, Direktor des Instituts für Medizin- und Wissenschaftsgeschichte Lübeck.

### 2.3.4 Interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen

#### **36. Interdisziplinärer Zentralkongress für die Fachberufe im Gesundheitswesen in Augsburg**

Am 20. und 21.10.2007 fand unter der wissenschaftlichen Leitung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung und unter einem Dach mit dem Augsburger Fortbildungskongress für praktische Medizin der 36. Interdisziplinäre Zentralkongress für die Fachberufe im Gesundheitswesen statt. Dieser Kongress zeichnet sich dadurch aus, dass Fachberufe gemeinsam Veranstaltungen mit fachspezifischen aber auch interdisziplinären Seminaren und Workshops zu aktuellen medizinischen Themen anbieten. Am Kongress beteiligte Organisationen: Verband medizinischer Fachberufe, Landesverband Bayern; Deutscher Bundesverband der Diätassistenten; Deutscher Verband der Ergotherapeuten; Deutscher Bundesverband für Logopädie; Berufsverband der Orthoptistinnen Deutschlands und Deutscher Verband für Physiotherapie.

Der Kongress wurde im Jahr 2006 neu gestaltet: den Auftakt machten zwei halbtägige, interdisziplinär ausgerichtete Veranstaltungen, die dann im weiteren Kongressverlauf fachspezifisch fortgeführt wurden. Da sich dieses Konzept bewährt hat und auf sehr großes Interesse stieß, wurden im Berichtsjahr zwei interdisziplinäre Veranstaltungen durchgeführt, die sich zum einen mit der Lebenswelt Schule und zum anderen mit einem breiten Spektrum präventiver Maßnahmen („Fit und gesund mit allen Sinnen“) befassten.

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

Am 05.07.2007 fand eine Sitzung der Ständigen Arbeitsgruppe „Weiter- und Fortbildung“ der deutschsprachigen Ärzteorganisationen statt. Im Rahmen dieser Sitzung wurden u. a. Konzepte zur Qualitätsverbesserung in der Weiterbildung erörtert, ebenso wie Maßnahmen zum Kompetenzerhalt/-entwicklung und erste Erfahrungen mit dem Online Fortbildungskonto ausgetauscht.

### **2.3.6 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. Nachdem nun im 80-stündigen Weiterbildungskurs ausschließlich die Inhalte der psychosomatischen Grundversorgung vermittelt werden, stellt sich die Frage wie eine Identitätsbildung mit dem Beruf des Hausarztes erfolgen kann. Es wird für sinnvoll erachtet, die Erfahrungen die mit der Gestaltung des 240-Stunden-Weiterbildungskurses Allgemeinmedizin gewonnen wurden, nun in ein über 5 Jahre angelegtes Fortbildungscurriculum einfließen zu lassen.

### **2.3.7 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.

Bisher wurden vom Vorstand folgende Curricula verabschiedet:

- Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“, 2003
- Curriculum „Reisemedizinische Gesundheitsberatung“, 2004
- Curriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“, 2005
- Curriculum „Umweltmedizin“, 2006
- Curriculum „Ernährungsmedizin“, 2. Auflage, 2007



### 2.3.8 Qualifikation Tabakentwöhnung

Zur Umsetzung der vom Vorstand 2005 verabschiedeten 20-stündigen Qualifikation „Tabakentwöhnung“ wurde ein modulares Curriculum erarbeitet, das 12 Stunden Präsenzeinheiten und 8 Stunden online-gestützte Selbstlernmodule in einem sogenannten Blended-Learning-Konzept umfasst. Zur Erarbeitung der Inhalte wurde eine Expertengruppe einberufen, in der neben der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Nordrhein, der Bundesverband der Pneumologen, der Wissenschaftliche Arbeitskreis Tabakentwöhnung und ein Allgemeinmediziner vertreten sind.

Die Struktur des Curriculums sieht vor, dass propädeutische Inhalte im tutoriell betreuten Online-Selbststudium erworben werden sollen, während Gesprächs- und Beratungskompetenzen sowie die praktische Implementierung der Tabakentwöhnung im Praxis- bzw. Klinikalltag durch Training und Übungen in Präsenz unterrichtet werden.

Ein erster Pilotkurs in dieser Form ist für Februar 2008 in der Akademie der Ärztekammer Nordrhein geplant. Anschließend soll diese Fortbildungsmaßnahme inkl. Online-Modulen flächendeckend allen anderen Kammern zur Verfügung gestellt werden.

### 2.3.9 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.

#### Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung

Die „Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung“ wurden überarbeitet und in der 3. Auflage im Mai 2007 auf den Internetseiten der Bundesärztekammer veröffentlicht.

Ziel der Überarbeitung war unter anderem, dass sich die in der (Muster-)Fortbildungssatzung festgelegten Definitionen (z. B. der Kategorien) und Regularien in den Empfehlungen wiederfinden und dort ausführlich beschrieben werden. Dies betraf vor allem die Inhalte der Fortbildung, die Fortbildungsmethoden sowie das Procedere der Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen Dritter. Des Weiteren wurden die Empfehlungen hinsichtlich der durch das SGB V geschaffenen Sachverhalte ergänzt und aktualisiert.

Neuer Bestandteil der Empfehlungen ist das Papier „Fortbildung und Sponsoring“ vom 17. April 2007, das die Position der Ärzteschaft in dieser Thematik klar darlegen und den Beteiligten als Handlungsmaxime dienen soll.

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

### 2.4.1 EU-Berufsanerkennung

Mit der Richtlinie 93/16/EWG vom 5. April 1993 „zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise“ wurden die zeitlichen Mindestanforderungen in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung harmonisiert und das Prinzip der automatischen Anerkennung eingeführt. Die Richtlinie 93/16/EWG war eine von 15 sektoralen sog. „Freizügigkeits“-Richtlinien für reglementierte Berufe.

Am 20.10.2005 ist die so genannte Berufsanerkenntnisrichtlinie 2005/36/EG in Kraft getreten, die bis zum 20.10.2007 in nationales Recht umzusetzen war. Sie ersetzt und implementiert ab dem 20.10.2007 die bestehenden sektoralen Richtlinien – darunter die Richtlinie 93/16/EWG. Die Berufsanerkenntnisrichtlinie erfasst sektorübergreifend mitgliedstaatliche Regulierungen der Berufsausübung und des Zugangs zur Berufsausübung. Dabei behält sie das Prinzip der automatischen Anerkennung bei. Einen Schwerpunkt der Richtlinie bildet das Erfordernis der verstärkten Verwaltungszusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten. Durch die Berufsanerkenntnisrichtlinie sind insbesondere die Bundesärztleitung, die Heilberufe- und Kammergesetze der Länder und die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern betroffen. Entsprechend befassten sich der Ausschuss Weiterbildung, die Ständige Konferenz Weiterbildung und die Ständige Konferenz Europäische Angelegenheiten mit der Berufsanerkenntnisrichtlinie. Letztere gründete die Arbeitsgruppe Berufsanerkenntnisrichtlinie, die unter der Leitung der Rechtsabteilung in mehreren Sitzungen seit Anfang 2006 die Auswirkungen der Richtlinie analysierte und die Landesärztekammern hinsichtlich des Umsetzungsbedarfes unterstützte. Die Rechtsabteilung erarbeitete unter Mitwirkung der Arbeitsgruppe ein Arbeitspapier zur Umsetzung der Richtlinie, erstellte tabellarische Übersichten über betroffene Vorschriften in den Weiterbildungsordnungen und in den Heilberufe- und Kammergesetzen, fertigte eine Analyse zur Umsetzung der Richtlinie in die Heilberufe- und Kammergesetze und verfasste zwei Stellungnahmen an das Bundesgesundheitsministerium zur Umsetzung der Richtlinie in die Bundesärztleitung. Der Umsetzungsprozess war Ende 2007 weitestgehend abgeschlossen.

### 2.4.2 „Health Care Professionals Crossing Borders“ Initiative

Die im Dezember 2004 ins Leben gerufene Initiative „Health Care Professionals Crossing Borders“ (HCPCB) hatte die Entwicklung eines beruflichen Führungszeugnisses für Heilberufe im EU-Raum zum Ziel, dem so genannten „Certificate of Current Professional Status“ (ehemals „Certificate of Good Standing“).

Die Bundesärztekammer hatte im Februar 2007 im Rahmen der deutschen EU-Ratspräsidentschaft die Gelegenheit, die HCPCB Arbeitsgruppe für eine ihrer halbjährlichen internationalen Sitzungen nach Berlin einzuladen. Insgesamt 35 Repräsentanten aus zehn EU-Mitgliedsstaaten diskutierten über die Implementierung der im Oktober 2006 auf der „European Consensus Conference“ in Edinburgh bereits erreichten Übereinkunft in Bezug auf die fallspezifische und pro-aktive Informationsweitergabe der zuständigen Behörden bei anhängenden Verfahren. In Beiträgen aus Estland, Zypern, Österreich und Frankreich wurde der jeweilige Stand der Implementierung des so genannten „Edinburgh Agreements“ vorgestellt. In der anschließenden Diskussion wurde deutlich, dass insbesondere die Möglichkeit der pro-aktiven Informationsweitergabe sehr unterschiedlich gehandhabt und bewertet wird. Während die skandinavischen Länder Schweden, Dänemark, Norwegen, Finnland und Island bislang gute Erfahrungen mit der pro-aktiven Weitergabe von Informationen zu Disziplinarmaßnahmen gemacht haben, ist zum Beispiel in Deutschland dieser Austausch aufgrund der strengen Datenschutzbestimmungen nur sehr begrenzt möglich. Es wurde zunächst beschlossen, dass die Länder, die bereits pro-aktiv Informationen austauschen, weiterhin Erfahrungen auf diesem Gebiet sammeln und darüber regelmäßig in der HCPCB Arbeitsgruppe berichten. Im Rahmen einer Unterarbeitsgruppe wurde 2007 außerdem an einer Übereinkunft gearbeitet („Portugal Agreement“), die auf der HCPCB Konferenz in Lissabon, Portugal im Oktober 2007 beraten wurde. Diese Übereinkunft beinhaltet drei Hauptziele: Die Identifizierung gemeinsamer Prinzipien der unterschiedlichen Regulierungsbehörden in den einzelnen EU-Mitgliedsstaaten; Transparenz und Zugänglichkeit nationaler Regulierungen für Heilberufler; sowie Qualitätsnachweise und Kompetenzerhalt. Die Inhalte der Übereinkunft werden zurzeit im Rahmen der Arbeitsgruppe überarbeitet und revidiert. Die Ergebnisse werden bei der nächsten Sitzung, die voraussichtlich im Frühjahr 2008 stattfinden wird, beraten. Als Vertreter der Bundesärztekammer betonte Dr. Parsa-Parsi bei den Arbeitsgruppensitzungen, dass die HCPCB Initiative die Maßnahmen und den aktuellen Stand des parallel anlaufenden IMI-Projektes der Europäischen Kommission (Internal Market Information System, s. Kapitel 2.4.4, S. 81) berücksichtigen sollte, um eine effektive und effiziente Arbeit sicherzustellen. Vertreter des IMI-Projektes sollen entsprechend zum nächsten HCPCB Arbeitstreffen eingeladen werden.

### 2.4.3 Anerkennung der Weiterbildung in Europa

#### Anerkennung von Berufsqualifikationen

Durch die Erweiterungsverträge mit zehn neuen Mitgliedsstaaten im Mai 2004 und Bulgarien und Rumänien im Januar 2007 wurden die Richtlinie 93/16/EWG sowie bestimmte Richtlinien im Bereich Freizügigkeit anlässlich der neuen Beitritte angepasst.

Der Auslandsdienst begleitete intensiv die Reformierung der Richtlinie 93/16/EWG und die Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung der Berufsqualifikationen. Dies erfolgte sowohl auf europäischer Ebene als auch innerhalb der Bundesärztekammer durch die Einbeziehung des Auslandsdienstes in die Arbeiten

der Arbeitsgruppe „Berufsanerkennungs-Richtlinie“ (s. Kapitel 2.4.1, S. 78). Durch die neue Richtlinie 2005/36/EG ergaben sich insbesondere für die (Muster-)Weiterbildungsordnung und die Heilberufskammergesetze Änderungen.

In der Praxis herrschte angesichts der Beurteilung und Einschätzung von Diplomen, Zertifikaten und Ausbildungsnachweisen zunächst große Unklarheit.

So gab es viele Anfragen von Ärzten aus Rumänien und Bulgarien, die ihre ärztliche Ausbildung oder auch ihre Facharzt diplome anerkennen lassen wollten. Der Auslandsdienst stand in ständigem Kontakt mit den auf nationaler Ebene zuständigen Stellen sowie mit der Generaldirektion „Internal Market and Services – Regulated Professions“ der EU-Kommission. Als Kontaktstelle für die betroffenen Ärzte lagen dem Auslandsdienst durch den Infoaustausch konkrete Beispiele aus der Verwaltungspraxis im Detail vor. Diese Erfahrungen waren auch hilfreich in Gesprächen mit dem Bundesgesundheitsministerium zum Thema Anerkennung von bulgarischen und rumänischen Approbationen. Probleme gab es vor allem bei der Anerkennung der so genannten „Gleichwertigkeitsbescheinigungen“ für rumänische und bulgarische Approbationen sowie dem Verständnis der so genannten „erworbenen Rechte“ im Herkunftsland Rumänien bzw. Bulgarien. Die Gespräche verliefen sehr erfolgreich und führten bezüglich der Anerkennung von Approbationen zu einer einheitlichen Handhabung auf Länderebene.

Die Rolle des Auslandsdienstes als nationale und internationale Anlaufstelle für die zuständigen Behörden und den von der tatsächlichen Verwaltungspraxis betroffenen Ärzten wurde immer mehr geschätzt und genutzt. Vermehrt traten 2007 auch die Landesärztekammern an den Auslandsdienst heran mit der Bitte um Empfehlungen bei der Beurteilung von Zertifikaten und Qualifikationsnachweisen. In ständigem Kontakt mit den Weiterbildungsabteilungen der Landesärztekammern wurden diese über aktuelle Entwicklungen bezüglich der gegenseitigen Anerkennung von Berufsqualifikationen informiert und beraten.

Durch die Aktualisierung des Internetauftrittes sowie die intensive Kooperation mit den oben genannten zuständigen Stellen konnte der Auslandsdienst den deutlich vermehrten und qualitativ komplexeren Fragestellungen gerecht werden.

Der Auslandsdienst setzte sich auch im Jahre 2007 weiterhin intensiv und kontinuierlich für die Anerkennung deutscher Ausbildungs- und Facharzt diplome innerhalb der Europäischen Union ein.

So gab es mehrere bilaterale Treffen mit der französischen Ärztekammer wegen gehäufter Anfragen deutscher Ärzte zu einer Tätigkeit in Frankreich. Es gab vermehrt Probleme bei der Anerkennung von in Deutschland absolvierten Facharztzeiten. Wenn diese Zeiten in Frankreich nicht anerkannt wurden, bedeutete dies eine niedrigere Einstufung gegenüber den französischen Kollegen mit der gleichen Facharzt erfahrung. Durch ein entsprechendes Dekret des französischen Ministeriums wurde deshalb beschlossen, dass das Datum der Facharzt erteilung in Deutschland nach Einzelfallprüfung berücksichtigt wird. Der Auslandsdienst steht diesbezüglich weiterhin in Kontakt mit dem französischen Gesundheitsministerium sowie der französischen Ärztekammer.

Aus Österreich kamen zahlreiche Anfragen von österreichischen Universitätsabsolventinnen und -absolventen (Dr. med. univ.), sowie von Deutschen, die in Österreich studiert hatten und an einer Tätigkeit als Assistenzärztin beziehungsweise Assistenzarzt in Deutschland interessiert waren. Nach § 10 Absatz 5 der Bundesärzteordnung in Deutschland wurde ihnen eine Berufserlaubnis erteilt. Anspruch auf die Approbation bestand nicht, da Österreich in den Richtlinien 93/16/EWG sowie 2005/36/EG die Kombination aus Studienabschluss und Abschluss der Weiterbildung (Turnus) gelistet hat. Anspruch auf die selbständige Berufsberechtigung (jus practicandi) besteht erst nach erfolgreicher Absolvierung der gesamten Weiterbildung in Österreich. In manchen Fällen führte die fehlende Approbation in Deutschland insbesondere bei der Vertragsgestaltung zu Nachteilen für die betroffenen Assistenzärztinnen und Assistenzärzte. Durch intensive Beratungsarbeit konnte hier Abhilfe geschaffen werden.

Der Auslandsdienst wird seine effektive Servicearbeit weiterhin leisten und intensivieren. Seit Dezember 2007 ist Frau Elisabeth Jibikilayi für Migrationsangelegenheiten im Auslandsdienst der Bundesärztekammer zuständig.

#### **2.4.4 Internal Market Information System (IMI)**

Das IMI bzw. Binnenmarktinformationssystem (BIS), das aus einer durch die EU-Kommission eingesetzten Arbeitsgruppe im Mai 2005 hervorging, ist ein EDV-gestütztes Informationssystem für den Binnenmarkt und soll den Austausch von Informationen zwischen zuständigen Behörden und beruflichen Organisationen ermöglichen. Das Projekt ist in Verbindung mit der Dienstleistungsrichtlinie zu sehen und gelangt zunächst im Rahmen der Artikel 8 und 56 der Berufsanerkenntnisrichtlinie 2005/36/EG zur Anwendung. Artikel 8 regelt das Verwaltungsverfahren bei der Dienstleistungserbringung und der Niederlassung der Ärzte in einem anderen Mitgliedstaat als dem Herkunftsmitgliedstaat. Artikel 56 regelt die Zusammenarbeit der zuständigen Behörden im Aufnahme- und Herkunftsmitgliedstaat bei der Dienstleistungserbringung und der Niederlassung.

Das EDV-System soll die Verwaltungskooperation zwischen den Mitgliedstaaten erleichtern, indem es einen Fragenkatalog zu berufsrelevanten Informationen in 23 Sprachen implementiert. An der Gestaltung des Fragenkatalogs war das CPME unmittelbar und mittelbar auch die Bundesärztekammer beteiligt. Ziel des IMI ist die Ersparnis von Zeit und die Verringerung der Sprachenprobleme durch strukturierte und übersetzte Bildschirminformationen. Der konkrete Aufbau und die Überprüfung der Einsatzfähigkeit des IMI beginnen mit einer Pilotphase in 2008. Neben Steuerberatern, Apothekern und Physiotherapeuten wird auch die Berufsgruppe der Ärzte in die Pilotphase eingebunden. Die Struktur, welche Behörden im Einzelnen für die Nutzung des Systems registriert werden, befindet sich derzeit im Aufbau. Einer Umfrage bei den Landesärztekammern im Herbst 2007 zufolge sind einige Landesärztekammern bereit, sich für die Nutzung registrieren zu lassen.

