

## 2. Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten

### 2.1 Ärztliche Ausbildung

Während der ärztlichen Ausbildung entwickeln sich die Medizinstudierenden von heute zu den Ärzten von morgen. Damit die begrenzten Studienplätze von den bestgeeigneten Bewerbern besetzt werden und die ärztliche Ausbildung theoretisch-wissenschaftliche und klinisch-praktische Elemente optimal verbindet, um den Nachwuchs für den Arztberuf zu befähigen und zu begeistern, steht die Bundesärztekammer in enger Verbindung mit allen, die hierbei Verantwortung tragen. Die Vertretungen, Verbände und verfassten Organe der Medizinstudierenden, der Medizinischen Fakultäten und Hochschulen, der Gesundheits-, Forschungs- und Bildungspolitik sind die ständigen Gesprächspartner und Anlaufstellen der Bundesärztekammer in allen Fragen der ärztlichen Ausbildung. Weiterentwicklungen und Neuerungen sind hierbei wichtig und notwendig, doch sie müssen zielgerichtet und rational begründet sein. Im Jahr 2010 trifft dies besonders zu auf die Entwicklungen beim Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM), jedoch in keiner Weise auf die Bestrebungen, die ärztliche Ausbildung in die Bachelor-/Masterstruktur zu überführen.

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

Das Medizinstudium übt weiterhin eine hohe Anziehungskraft aus, die sich in Bewerberzahlen vierfach über den verfügbaren Studienplatzkapazitäten widerspiegelt. Auswahl- und Zulassungsverfahren sind daher unabdingbar und sollen in einer Weise gestaltet werden, welche die Individualität der Bewerber und das Profil der Ausbildungsstätten angemessen berücksichtigt und der dauerhaften medizinischen Versorgung der Bevölkerung am besten dient. Die Stiftung für Hochschulzulassung (SfH) führt als Nachfolgeeinrichtung der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS) das bundesweite Auswahlverfahren zum Medizinstudium im staatlichen Auftrag durch. Für bestimmte Bewerbergruppen (Nicht-EU-Ausländer, Sanitätsoffizieranwärter der Bundeswehr, Härtefälle, Zweitstudienbewerber u. a.) gibt es eine Vorabquote in Höhe von 15 Prozent der circa 10.000 Medizinstudienplätze, die bundesweit jährlich zur Verfügung stehen. Von den verbleibenden Studienplätzen werden 20 Prozent ausschließlich nach der Abiturdurchschnittsnote und weitere 20 Prozent nach der Wartezeit zentral durch die Stiftung für Hochschulzulassung vergeben. Die verbleibenden 60 Prozent der Studienplätze werden in einem Auswahlverfahren der Hochschulen vergeben. Dabei muss die Abiturdurchschnittsnote zwar einen maßgeblichen Einfluss behalten, kann aber von den 36 Medizinischen Fakultäten bzw. Hochschulen individuell durch weitere Kriterien ergänzt werden. Zur Auswahl stehen beispielsweise bestimmte Einzelnoten des Zeugnisses, das Ergebnis von fachspezifischen Studierfähigkeitstests, die Art der Berufsausbildung bzw. Berufstätigkeit oder das Ergebnis eines Auswahlgesprächs. Grundüberlegungen bei der Ausgestaltung der hochschuleigenen Auswahlverfahren dürften u. a. sein, dass diese gerichtsfest sein müssen und mit vertretbarem Mehraufwand eine noch bessere Vorhersage des Studienerfolgs erzielen, als dies allein mit der

äußerst treffsicheren Abiturdurchschnittsnote für alle Beteiligten kostenneutral bereits möglich ist.

Der Deutsche Ärztetag hat 2010 den Stellenwert der Abiturdurchschnittsnote im Rahmen der Auswahlverfahren bekräftigt und plädiert zusätzlich dafür, dass vor Studienbeginn im medizinischen Bereich absolvierte Praktika und Ausbildungen ein höheres Gewicht erhalten. Die Medizinischen Fakultäten und Hochschulen werden aufgefordert, ihren Spielraum bei der Gestaltung der Auswahlverfahren effektiv zu nutzen und anhand des Studienerfolgs zu evaluieren. Im hochschuleigenen Auswahlverfahren können die Universitäten ihr Profil schärfen, die dazu am besten passenden Studienbewerber auswählen und eine langfristige Bindung zu ihnen aufbauen. Der Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ der Bundesärztekammer unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, unterstützt eine stärkere Autonomie der Universitäten bei den Auswahlverfahren zur Zulassung zum Medizinstudium und steht einer Beteiligung der Ärztekammern – ungeachtet ihrer Expertise z. B. bezüglich der ärztlichen Weiterbildung – kritisch gegenüber. Die Frage, wer einmal ein „guter Arzt“ wird, kann angesichts der Bandbreite des Berufsbilds und der Vielfalt der Beurteilungskriterien im Rahmen von Auswahl- bzw. Zulassungsverfahren zum Medizinstudium unmöglich in seriöser Weise beurteilt werden. Den Zugang zum Medizinstudium mit bestimmten Festlegungen bzw. Verpflichtungen zu verknüpfen, wie dies die Politik mit einer Landarztquote angeregt hat, ist als unzuverlässig anzusehen und wird vom Deutschen Ärztetag ausdrücklich abgelehnt. Eine vergleichbare Regelung, die es der Bundeswehr ermöglicht, Studienplätze für künftige Truppenärzte im Rahmen einer Vorabquote in Höhe von 2 Prozent zu erhalten, hat den eklatanten Nachwuchsmangel in diesem Bereich nicht verhindern können und bietet daher keinen erfolgversprechenden Lösungsansatz für die vermehrte Gewinnung von Landärzten.

### 2.1.2 Anzahl an Studienplätzen

Die Bundesärztekammer tritt dafür ein, alle Medizinischen Fakultäten und Hochschulen in Deutschland zu erhalten. Die Pläne der Landesregierung von Schleswig-Holstein, das Medizinstudium in Lübeck im Rahmen eines Sparpakets zur Sanierung des Landeshaushalts auslaufen zu lassen und dort ab dem Wintersemester 2011/12 keine neuen Studierenden mehr zu immatrikulieren, werden von der Bundesärztekammer gemeinsam mit dem Deutschen Hochschulverband, dem Medizinischen Fakultätentag und allen weiteren Trägern der Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin als wissenschaftlich, ökonomisch und strukturpolitisch verfehlt abgelehnt. Stattdessen befürworten die Bundesärztekammer und der Deutsche Ärztetag in Übereinstimmung mit der Politik Überlegungen über eine moderate Anhebung der Anzahl an Studienplätzen um etwa zehn Prozent. Die quantitative Erhöhung muss unter Beibehaltung der Qualität der ärztlichen Ausbildung erfolgen und ist durch die Medizinischen Fakultäten und Hochschulen ohne solide Gegenfinanzierung nicht zu bewältigen. Die Sächsische Landesärztekammer hat beispielsweise schon konkrete Verhandlungen mit der Landesregierung zur Anhebung der Kapazitäten in entsprechender Höhe aufgenommen. Diesem Beispiel sollten die anderen Länder folgen und überdies für den Erhalt sämtlicher 36 Medizinischen Fakultäten in Deutschland sorgen. Der Bund und die Länder werden aufgefordert, die

benötigten Ressourcen bereitzustellen. Dort wo es zur Sicherstellung eines Hochschulstandorts unumgänglich ist, wird das gesteigerte Engagement des Bundes bei der Finanzierung der medizinischen Ausbildung – wie zuletzt im Fall Lübeck – ausdrücklich begrüßt.

### 2.1.3 Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO)

In einer Entschließung hat der 113. Deutsche Ärztetag 2010 gefordert, die Approbationsordnung für Ärzte dahingehend zu ändern, den schriftlichen Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung wieder vor das Praktische Jahr zu verlagern, wie dies lange Jahre praktiziert worden war. Vertreter von Studierenden, Lehrenden und Prüfenden haben diese Frage im Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ der Bundesärztekammer (Wahlperiode 2007/2011) nochmals erörtert und sich ebenfalls für eine Rückkehr zur Aufteilung des Zweiten Teils der Ärztlichen Prüfung in einen schriftlichen Teil vor dem Praktischen Jahr und einen mündlich-praktischen Teil nach dem Praktischen Jahr ausgesprochen. Diese Entflechtung erscheint u. a. deshalb sinnvoller, weil damit die theoretischen Kenntnisse der Studierenden vor der überwiegend praktisch orientierten Ausbildung im Praktischen Jahr überprüft werden. Das Bundesgesundheitsministerium wird aufgefordert, den Prüfungsmodus des Zweiten Teils der Ärztlichen Prüfung entsprechend anzupassen.

Der Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ der Bundesärztekammer spricht sich gegen Änderungen der Approbationsordnung für Ärzte aus, die darauf abzielen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst als zusätzliches Querschnittsfach im Medizinstudium zu etablieren. Die zentralen Ausbildungsinhalte sind nach Auffassung des Ausschusses bereits an anderen Stellen verankert (z. B. Sozialmedizin, Hygiene) und Eingriffe in die bestehende Struktur könnten ungewollt sogar nachteilige Effekte haben, indem sie z. B. von der weiteren Verbreitung von Präventionskonzepten in den klinischen Fächern ablenken.

### 2.1.4 Bachelor-/Masterabschlüsse in der Medizin

In Deutschland ist auch 2010 die breite Ablehnung der zweigeteilten ärztlichen Ausbildung mit getrennten Bachelor- und Masterstudiengängen (BA/MA) deutlich geworden. Im März 2010 luden der Medizinische Fakultätentag (MFT) und der Verband der Universitätsklinika (VUD) unter der Fragestellung „Frischer Wind im Heiligtum?“ gemeinsam zu einem Bologna-Symposium nach Berlin ein. Von der Sinnhaftigkeit einer Aufspaltung der ärztlichen Ausbildung schienen nicht einmal die dort vertretenen internationalen Referenten, in deren Ländern die Bologna-Reform das Medizinstudium bereits erfasst hat, überzeugt zu sein. Auch in den Niederlanden und Großbritannien gibt es für den Medizin-Bachelor keine echte Berufsperspektive, und die einhellige Erfahrung zeigt, dass niemand das Medizinstudium mit der Absicht beginnt, nach drei Jahren in ein anderes Fach umzusatteln. Umso drängender stellt sich die Frage, was die ärztliche Ausbildung hierzulande positiv auszeichnet. Die Experten zählen hierzu die hohen Studiererfolgsquoten, die hohe Mobilität der Studierenden, die vergleichbaren Prüfungen mit externer Qualitätssicherung, die geregelte Anerkennung der Abschlüsse in der Euro-

päischen Union und die Wertschätzung, die deutsche Ärzte international genießen. Kurzum, die wesentlichen Ziele des Bologna-Prozesses sind auch ohne Strukturreform längst erreicht. Entsprechend einig sind sich der Deutsche Hochschulverband, die Hochschulrektorenkonferenz und die Gesundheitspolitik darin, an der einstufigen Studienstruktur und dem einheitlichen Staatsexamen festzuhalten.

Der 113. Deutsche Ärztetag hat im Mai 2010 zum wiederholten Mal die Einführung einer Bachelor-/Masterstruktur in der Medizin entschieden abgelehnt. Das Medizinstudium soll ebenso wie die Rechtswissenschaften von der Bologna-Reform ausgenommen bleiben und weiterhin mit dem Staatsexamen abschließen. Für die notwendigen Reformen des Medizinstudiums lässt die Approbationsordnung für Ärzte den Medizinischen Fakultäten nach Ansicht der Bundesärztekammer ausreichend Spielraum. Wie dieser genutzt werden kann, wurde im Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ der Bundesärztekammer u. a. mit Vertretern der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) und dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) mehrfach erörtert. Im Oktober 2010 zog der Medizinische Fakultätentag in einer öffentlichen Veranstaltung unter der Überschrift „Innovationen im Medizinstudium“ eine positive Zwischenbilanz. Reformierte medizinische Regel- und Modellstudiengänge gewährleisten einen frühzeitigen Patientenkontakt und bedienen sich vielfältiger Möglichkeiten, die Studierenden optimal auf den klinisch-praktischen Teil ihres Studiums vorzubereiten. Beispielsweise gibt es in Münster mittlerweile ein Studienhospital, in dem Studierende die klinischen Arbeitsabläufe systematisch einüben und selbst Notfallsituationen anhand realistischer Simulationen beherrschen lernen. Das Theatrum Anatomicum in Ulm führt den Studierenden anschaulich vor Augen, wie das im Präparierkurs Erlernte im Operationsaal Anwendung findet. Praktisch jede Medizinische Fakultät verfügt inzwischen über Einrichtungen zum Üben praktischer Fertigkeiten, sei es anhand von Phantomen, Schauspielerpatienten oder anderen Lehr- und Lernmitteln.

Nachdem sich die öffentliche Meinungsbildung deutlich gegen Bachelor- und Masterstudiengänge (BA/MA) in der Medizin darstellt, konzentrierte sich die Bundesärztekammer 2010 auf die Beobachtung des einzig verbleibenden Projekts dieser Zielrichtung, die European Medical School Oldenburg-Groningen. In einer grenzüberschreitenden Kooperation soll in gemeinsamer Trägerschaft der Carl von Ossietzky Universität im deutschen Oldenburg und der Rijksuniversiteit im niederländischen Groningen eine europäische Medizinische Fakultät (European Medical School) entstehen. Das Land Niedersachsen hat den Wissenschaftsrat gebeten, das Konzept zu begutachten. An sein im November 2010 veröffentlichtes, grundsätzlich positives Votum knüpft der Wissenschaftsrat einige Bedingungen, da noch erheblicher Nachbesserungsbedarf besteht. Die Kritikpunkte betreffen insbesondere die personelle Abdeckung einzelner medizinischer Fächer, die rechtliche Ausgestaltung eines Universitätsklinikums auf deutscher Seite und Teile des Finanzierungskonzeptes. Die Bundesärztekammer hat ihre ablehnende Haltung zur Einführung eines Bachelor- und Masterstudiengangs quasi durch die Hintertür seit Bekanntwerden des Projekts stets deutlich formuliert und wird nun aufmerksam weiter verfolgen, inwieweit die notwendigen Qualitätsansprüche an Lehre, Forschung und Krankenversorgung tatsächlich erfüllt werden. Der erste Jahrgang soll zum Wintersemester 2011/2012 mit 40 Studienanfängern beginnen, die am Ende des sechsjährigen Studiums die Möglichkeit erhalten, das Studium entweder mit dem niederländischen „Master of Science in Geneeskunde“ oder mit dem deutschen Staatsexamen ab-

zuschließen. Beide Abschlüsse befähigen nach der europarechtlichen Berufsanerkenntnisrichtlinie 2005/36/EG zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in allen Staaten der Europäischen Union. Obwohl auf deutscher Seite das Staatsexamen als Abschluss somit gewahrt bleibt, bildet das Projekt nach Einschätzung der Bundesärztekammer dennoch ein mögliches Einfallstor für zweigestufte Medizinstudiengänge in Deutschland. Da an der European Medical School Oldenburg-Groningen nach drei Jahren der „Bachelor of Science in Geneeskunde“ erworben werden kann, wird kritisch zu beobachten sein und sich zeigen, welche medizinischen Berufsbereiche davon profitieren könnten, denn für die ärztliche Tätigkeit qualifiziert dieser Abschluss eindeutig nicht.

### 2.1.5 Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM)

Die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) hat auch im Jahr 2010 die Entwicklung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin voran getrieben. Die Steuergruppe für den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin hat die Arbeit aufgenommen und sich zu ersten Beratungen getroffen. Diverse Unterarbeitsgruppen bearbeiten momentan einzelne Fragestellungen und Abschnitte des komplexen Projekts mit den sieben Kompetenzbereichen „Medizinischer Experte (Expertiseentwicklung)“, „Kommunikator“, „Interprofessioneller Partner“, „Verantwortungsträger (Manager)“, „Gesundheitsberater und Gesundheitsforscher“, „Wissenschaftler und Lehrer“ sowie „Professionelles Vorbild“. Die Erarbeitung von Abschlussergebnissen wird noch einige Zeit in Anspruch nehmen.

Die Abstimmungsverfahren bei der Entwicklung des NKLM sollen sich an den Konsensprozessen der Leitlinienentwicklung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) orientieren. Die Bundesärztekammer begleitet auch diese Phase des Projekts mit dem Ziel, eine optimale Gewichtung theoretisch-wissenschaftlicher und klinisch-praktischer Ausbildungsinhalte zu erreichen. Im Blick bleibt dabei stets die Vereinbarkeit mit der (Muster-)Berufsordnung, der europäischen Berufsanerkenntnisrichtlinie 2005/36/EG und der Anschlussfähigkeit an die (Muster-)Weiterbildungsordnung.

### 2.1.6 Praktisches Jahr

Im Jahr 2010 setzte sich der Deutsche Ärztetag in mehreren Anträgen mit Verbesserungen der ärztlichen Ausbildung im Praktischen Jahr auseinander. Ein grundsätzliches Anliegen besteht in der Erhöhung der Freizügigkeit innerhalb Deutschlands mit dem Ziel, eine bundesweite Mobilität zu schaffen. Während einige Medizinische Fakultäten dies bereits weitgehend gewährleisten, handhaben andere Hochschulstandorte die bundesweite Freizügigkeit im Vergleich zu internationalen Wahlmöglichkeiten noch vergleichsweise restriktiv. Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte die nationale und internationale Mobilität im Praktischen Jahr in vergleichbarer Weise behandelt werden und eine Angleichung der Regelungen ist daher zu begrüßen.

Die Forderung, Krankenhäuser der Regelversorgung grundsätzlich für die Ausbildung im Praktischen Jahr zu öffnen, stößt beim Medizinischen Fakultätentag auf Bedenken.

In der geltenden Approbationsordnung für Ärzte sind Standards für die Strukturqualität des Praktischen Jahrs niedergelegt, die weiterhin als notwendig angesehen werden. Da anerkannt wird, dass das alleinige Vorhandensein struktureller Voraussetzungen noch keine gute Ausbildung für Studierende im Praktischen Jahr garantiert, wird die Evaluation anhand weiterer Qualitätsmerkmale angeregt. Darüber hinaus stellt sich die Frage, inwieweit ein objektiver Bedarf für eine zahlenmäßige Kapazitätsausweitung überhaupt gegeben ist. Allein die Medizinische Hochschule Hannover verfügt über mehr als 50 akademische Lehrkrankenhäuser, die weiträumig verteilt sind und sämtliche Versorgungskategorien abdecken. Der Medizinische Fakultätentag (MFT) führt derzeit eine Umfrage unter allen Medizinischen Fakultäten und Hochschulen zum Bedarf an zusätzlicher Ausbildungskapazität für das Praktische Jahr durch, über deren Ergebnis zu gegebener Zeit berichtet wird.

An der bestehenden Struktur des Praktischen Jahrs mit zwei Pflichttertialen in Innerer Medizin und Chirurgie und einem Tertial in einem klinisch-praktischen Wahlfach soll grundsätzlich festgehalten werden. Allen Bestrebungen, das Praktische Jahr in vier Quartale zu unterteilen, von denen drei verpflichtend in den Gebieten Innere Medizin, Chirurgie und Allgemeinmedizin abzuleisten sind und nur noch ein Wahlquartal verbleibt, wird eine Absage erteilt. Eine Verkürzung der Ausbildungsdauer auf Quartale würde zu einer Verflachung und Minderung der Ausbildungsqualität in allen Abschnitten führen. Eine Anhebung der Zahl der Pflichtabschnitte würde überdies die Möglichkeit unverhältnismäßig einschränken, weitergehende Erfahrungen in einem Wahlfach zu sammeln.

Bei den Wahlfächern sollten die Universitäten ihren bisherigen Gestaltungsspielraum behalten und im Praktischen Jahr z. B. den betriebsärztlichen Dienst als klinisch-praktische Tätigkeit je nach örtlichen Gegebenheiten in gewissem Umfang anerkennen können. Alle Wahlfächer für alle 36 Medizinischen Fakultäten und Hochschulen allgemeinverbindlich zu definieren, würde aus Sicht der Bundesärztekammer eine Überregulierung bedeuten und der erwünschten Profilbildung der Universitäten zuwiderlaufen. Die eingangs erwähnte erleichterte bundesweite Mobilität im Praktischen Jahr kommt den Bedürfnissen aller Beteiligten auch in dieser Hinsicht besser entgegen.

## 2.2 Ärztliche Weiterbildung

### 2.2.1 Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Nach dreijähriger Bearbeitungszeit konnte die Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) in diesem Jahr mit der Verabschiedung der MWBO 2003 (Stand 25.06.2010) abgeschlossen werden. Der Vorstand der Bundesärztekammer hatte Ende 2007/Anfang 2008 beschlossen, die Anregung der Landesärztekammern sowie Hinweise der Fachgesellschaften und Berufsverbände, die sich auf Grund praktischer Erfahrungen bei der Umsetzung der Weiterbildungsordnungen ergeben haben, gebündelt und strukturiert für eine Beratung auf dem Deutschen Ärztetag vorzubereiten.

Die Überarbeitung der MWBO wurde erstmalig in einem neuen Beratungsverfahren zwischen den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer, dem sogenannten

Zweistufigen Normsetzungsverfahren, durchgeführt. Dieses zwischen den Kammern verabredete Koordinierungsverfahren soll zu einer möglichst verbindlichen einheitlichen Rechtssetzung – hier: bundeseinheitliche Umsetzung des Ärztetagsbeschlusses zur MWBO – führen. Nach Ablauf der Rückmeldefrist für die Landesärztekammern, Berufsverbände und Fachgesellschaften am 30.05.2008 waren die teilweise mehrtägigen Sitzungen der Weiterbildungs-gremien in den letzten Jahren von diesem Thema dominiert. Ziel der Überarbeitung der MWBO war es, die einzelnen Änderungsvorschläge zusammenzuführen. Ausdrücklich nicht vorgesehen waren grundlegende strukturelle Änderungen der MWBO, d. h. eine sogenannte Novelle. Aus berufspolitischen Gründen sowie dem europarechtlichen Überhang wurde in Bezug auf die Allgemeinmedizin von diesem Grundsatz abgewichen. Die entsprechenden Beschlüsse hierzu wurden, losgelöst vom Zweistufigen Normsetzungsverfahren, ausschließlich im Vorstand der Bundesärztekammer gefasst.

Der Vorstand der Bundesärztekammer legte einen Antrag zur MWBO auf dem 113. Deutschen Ärztetag 2010 in Dresden vor, welcher unter Berücksichtigung von vier Änderungsanträgen beschlossen wurde.

Die an den Vorstand überwiesenen Ärztetagsanträge zur Überarbeitung der MWBO wurden vom Vorstand der Bundesärztekammer beraten (siehe Kapitel 13.2.1).

Die Ärztetagsanträge zur Überarbeitung der Zusatz-Weiterbildung Akupunktur sowie der Weiterbildungsinhalte zur Selbsterfahrung im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wurden berücksichtigt. Die aktuelle MWBO (Stand 25.06.2010) ist auf der Internetseite der Bundesärztekammer abrufbar (<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.128.129>)

## 2.2.2 Überarbeitung der (Muster-)Richtlinien, der (Muster-)Kursbücher und der (Muster-)Logbücher

Im Nachgang zur Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) müssen folgende Unterlagen angepasst werden:

- In die (Muster-)Kursbücher müssen die Veränderungen, z. B. die Splittung von Kursen in Grund- und Aufbaukurse sowie die Festlegung der zeitlichen Reihenfolge, eingearbeitet werden.
- Auf der Basis der überarbeiteten Fassung der MWBO 2003 (Stand 25.06.2010) hat der Vorstand der Bundesärztekammer den Auftrag zur Überarbeitung der (Muster-)Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung im September 2010 erteilt. Die meisten Richtzahlen werden voraussichtlich Bestand haben. Einige sind jedoch anzupassen bzw. neu festzulegen. Nur dieser, als relativ gering eingeschätzter Änderungsbedarf der Richtzahlen ist nach entsprechender Vorbereitung in den Weiterbildungs-gremien, den betroffenen Fachgesellschaften und Berufsverbänden zur kurzfristigen Stellungnahme im September 2010 zugeleitet worden. Die Beratung in den Weiterbildungs-gremien erfolgt abschließend voraussichtlich im Januar 2011, sodass ggf. bereits im Februar 2011 ein entsprechender Vorstandsbeschluss zu den überarbeiteten (Muster-)Richtlinien 2003 erfolgen kann.
- Im Nachgang sind dann die (Muster-)Logbücher anzupassen.

### 2.2.3 Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Um ihre Zukunftsfähigkeit langfristig zu gewährleisten, bedarf die ärztliche Weiterbildung einer kontinuierlichen Weiterentwicklung, bei der z. B. neue technische Entwicklungen aufgegriffen und die strukturellen Ausgestaltungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) überprüft und angepasst werden. Der Arbeitsausschuss „Ärztliche Weiterbildung“ hat sich 2010 mit beiden genannten Entwicklungsaspekten beschäftigt. Zum einen wurde die Frage diskutiert, wie die neuen elektronischen Medien in angemessener Form Eingang – zunächst in die ärztliche Kursweiterbildung – erhalten können; zum anderen wurden Überlegungen zu einer Strukturdiskussion im Sinne der Etablierung von Weiterbildungsmodulen auf den Weg gebracht.

Nach Auffassung des Arbeitsausschusses „Ärztliche Weiterbildung“ kann die Vermittlung theoretischer Weiterbildungsinhalte bei der Kursweiterbildung in gewissem Umfang und unter Berücksichtigung der einschlägigen rechtlichen Bestimmungen durchaus auch auf elektronischem Weg erfolgen. Das sogenannte E-Learning („elektronisches Lernen“) nimmt in der Erwachsenenbildung einen zunehmenden Stellenwert ein und wurde bereits vom ärztlichen Fortbildungswesen erfolgreich aufgegriffen und anhand eigens entwickelter Qualitätskriterien zertifiziert ([http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/eLearningKriterienkatalog\\_V70.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/eLearningKriterienkatalog_V70.pdf)). Da in der ärztlichen Weiterbildung jedoch nicht nur theoretisches Wissen erlangt, sondern auch Fähigkeiten und Fertigkeiten erworben werden müssen, kann E-Learning dort nur ein Baustein innerhalb eines Gesamtgefüges sein, das mit dem Begriff „Blended Learning“ (sinngemäß „verbundenes Lernen“) anschaulich beschrieben werden kann. Das „verbundene Lernen“ besteht darin, dass sich Präsenzphasen mit Phasen des mediengestützten Lernens abwechseln. Um die hierdurch erreichbare Flexibilisierung und verbesserte Familienfreundlichkeit von Kursweiterbildungen bei gleichbleibender Weiterbildungsqualität sicherstellen zu können, plant der Arbeitsausschuss „Ärztliche Weiterbildung“, einen eigenen Kriterienkatalog für die Weiterbildung – in Analogie zu den für Fortbildungen bereits geltenden „Qualitätskriterien E-Learning der Bundesärztekammer“ – zu definieren.

Die im Arbeitsausschuss „Ärztliche Weiterbildung“ unter dem Stichwort „Moduldebatte“ begonnene Strukturdiskussion erfolgt in direktem Anschluss an die Überarbeitung der MWBO 2003 in der Fassung vom 25.06.2010. Die Erfahrungen mit den im Überarbeitungsverfahren vorgebrachten Änderungswünschen zeigten, dass sich einige Vorstellungen problemlos in die bestehende Weiterbildungsstruktur integrieren ließen, andere hingegen Kompatibilitätsprobleme zu Tage förderten. Letztere waren Auslöser der Moduldebatte, die allerdings noch am Anfang steht und mit größter Umsicht geführt wird. Im Arbeitsausschuss „Ärztliche Weiterbildung“ wurde zunächst sorgfältig analysiert und abgewogen, was sich an der bestehenden Systematik der MWBO so weit bewährt hat, dass es auch in einem künftigen Modulsystem grundsätzlich erhalten bleiben soll. Die ebenfalls identifizierten, strukturellen Schwachstellen der MWBO sind der eigentliche Antrieb und Prüfstein für die Weiterbildungsmodule, die als in sich geschlossene Einheiten verstanden werden sollen.

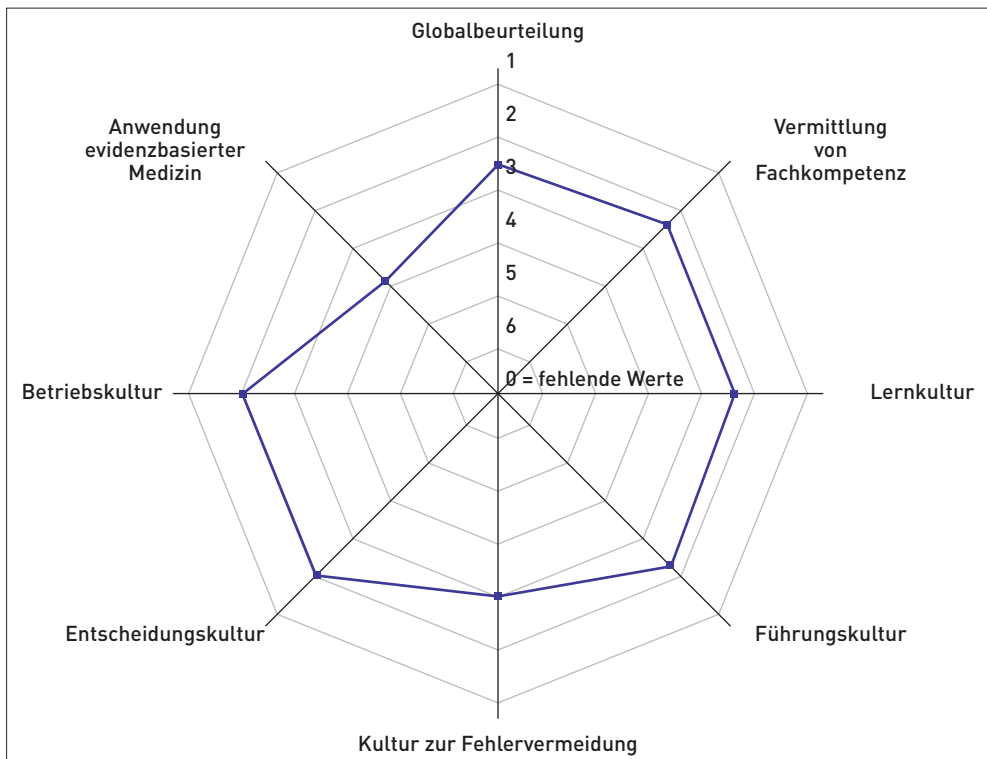
Die fachlichen Diskussionen und inhaltlichen Abstimmungen auf beiden Feldern der Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung wurden im dritten und vierten Quartal des Berichtsjahrs intensiviert und sollen in die Erstellung von Konzepten münden, die im Laufe des Jahres 2011 zur weiteren Beratung vorgelegt werden können.



### 2.2.4 Projekt „Evaluation der Weiterbildung“ in Deutschland

Das von der Bundesärztekammer gemeinsam mit den Landesärztekammern verantwortete Projekt „Evaluation der Weiterbildung“ in Deutschland dient der kontinuierlichen Sicherung der Qualität der Weiterbildung. Zwischen Juni und September 2009 fand die erste bundesweite Online-Befragung der weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte (WBA) und deren Weiterbildungsbefugten (WBB) unter wissenschaftlicher Begleitung der Eidgenössischen Technischen Hochschule (ETH) Zürich statt. Die umfangreichen Ergebnisse stehen im Berichtsjahr 2010 in Form von Grafiken, Diagrammen und Tabellen auf den Internetseiten von Bundesärztekammer und Landesärztekammern ([www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)) zur Verfügung und können dort in Form von Länderrapporten und einem Bundesrapport abgerufen werden.

Über das Webportal [www.evaluation-weiterbildung.de](http://www.evaluation-weiterbildung.de) ergeben sich erweiterte Möglichkeiten zur Darstellung der Ergebnisse über eine interaktive Grafik, die sogenannte „Dynamische Spinne“. Sie ermöglicht es, Vergleichskombinationen aus 59 Fachrichtungsgruppen auf Bundes- und Länderebene zu erstellen. Jeder Interessierte hat somit die Möglichkeit, die Qualität der Weiterbildung seiner eigenen Fachrichtungsgruppe mit anderen Fachrichtungsgruppen auf Bundes- und/oder Länderebene in einen direkten Vergleich zu setzen. Die Darstellung als Schulnoten zwischen 1 und 6, deren Mittelwerte



**Abbildung 1:** Bundesweite Evaluationsergebnisse der Weiterbildung über alle Fachrichtungen als Mittelwert von Schulnoten zwischen 1 und 6 („Bundesspinne“)

verglichen werden, ist intuitiv eingängig und anschaulich. In der folgenden Abbildung ist die sogenannte „Bundesspinne“ dargestellt mit den bundesweiten Mittelwerten zur Evaluation der Weiterbildung in den acht Kategorien „Globalbeurteilung“, „Vermittlung von Fachkompetenz“, „Lernkultur“, „Führungskultur“, „Kultur zur Fehlervermeidung“, „Entscheidungskultur“, „Betriebskultur“ und „Anwendung der evidenzbasierten Medizin“.

Das Reizvolle an dem Design des Evaluationsprojekts ist nicht nur die Darstellung einer punktuellen Ist-Analyse, sondern auch das Benchmarking für die eigene Fachrichtungsgruppe, das durch eine regelmäßig wiederkehrende Befragung seine besondere Bedeutung erlangt. Somit kann sich die Weiterbildung über Feedback-Schleifen zu einem kontinuierlich lernenden System entwickeln. Verbesserungen können sich allerdings nur dort einstellen, wo die WBB gemeinsam mit den WBA ihre eigenen Evaluationsdaten analysieren und zum Ausgangspunkt von Prozessoptimierungen machen. Ärztliche Weiterbildung darf nicht nur als ein „Nebenprodukt“ ärztlicher Tätigkeit verstanden werden, die unstrukturiert und unreflektiert „nebenher“ ablaufen kann.

Es sind alarmierende Ergebnisse, wenn bei Antritt der Weiterbildung nur die Hälfte aller Weiterzubildenden einen strukturierten Weiterbildungsplan erhält und fast 40 Prozent der Weiterzubildenden angeben, dass keine Lern- bzw. Weiterbildungsziele vereinbart werden. Dies läuft allen Bestrebungen der verfassten Ärzteschaft zur Qualitätssicherung und Lernzielorientierung der Weiterbildung zuwider, die ihren Niederschlag in der (Muster-)Weiterbildungsordnung, den (Muster-)Richtlinien, (Muster-)Logbüchern und (Muster-)Kursbüchern finden. Der 106. Deutsche Ärztetag 2003 hat bereits festgelegt, dass sich der Befugte und der Weiterzubildende nach Abschluss eines jeden Weiterbildungsabschnitts, mindestens jedoch einmal jährlich, zu einem Gespräch zusammenfinden sollen, um den Stand der Weiterbildung miteinander zu erörtern und zu beurteilen. Das durch die erste Befragung aufgedeckte Umsetzungsdefizit kann nur vor Ort behoben werden, und hierbei sind vor allem die Landesärztekammern gefordert, die Einhaltung der Standards zu forcieren.

Von April bis Juni 2011 wird die nächste bundesweite Befragung von Weiterzubildenden und Weiterbildern stattfinden, an der sich alle Ärztekammern beteiligen werden. Die Bundesärztekammer greift im Rahmen der aktuellen Vorbereitung dieser zweiten Befragungsrunde die Erfahrungen aus der ersten Befragung auf und diskutierte Lösungen gemeinsam mit allen Projektpartnern. Insbesondere gilt es, die Verfahren für eine direkte Adressierung der Weiterzubildenden sowie für die Veröffentlichung der weiterbildungsstättenbezogenen Ergebnisse in einer Weise zu optimieren, die allen datenschutzrechtlichen Anforderungen vollumfänglich gerecht wird.

In den Folgejahren soll die Evaluation der Weiterbildung in zweijährlichen Abständen fortgeführt werden, um über longitudinale Vergleiche belastbare Aussagen zu Stärken, Schwachstellen und Verbesserungspotentialen während der Weiterbildung treffen zu können. Aussagekräftige und vergleichbare Daten können nur bei anhaltend hoher Beteiligung erreicht werden. Daher werden Bundesärztekammer und Landesärztekammern intensiv über die Internetseiten ([www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)) und in den entsprechenden Organen auf die nächsten Befragungen hinweisen und alle an einer guten Weiterbildung Interessierten dazu auffordern, das Projekt „Evaluation der Weiterbildung“ in Deutschland weiter aktiv zu unterstützen.

## 2.2.5 Gebietszugehörigkeit ärztlicher Leistungen

Im Berichtsjahr 2010 hat sich der gemeinsam von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eingerichtete Ausschuss „Gebietszugehörigkeit ärztlicher Leistungen“ mit Qualitätssicherungsvereinbarungen und insbesondere den Bestimmungen der Fachkunde nach § 135 Absatz 2 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) beschäftigt. Dabei handelt es sich um Berufsausübungsregelungen auf sozialrechtlicher Grundlage, die dazu dienen sollen, Einschränkungen für die Teilnahme von Ärzten an der vertragsärztlichen Versorgung mittels Qualitäts- bzw. Qualifikationsanforderungen zu regeln. Dabei spielen u. a. Richtzahlen bei bestimmten Untersuchungen bzw. Behandlungen und Prüfungen (Kolloquien) als Nachweis besonderer Kenntnisse und Erfahrungen eine zentrale Rolle. Der Ausschuss „Gebietszugehörigkeit ärztlicher Leistungen“ hat daher einen systematischen Abgleich der Richtzahlen und Prüfungsanforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V mit denen der (Muster-)Weiterbildungsordnung bzw. (Muster-)Richtlinien der Bundesärztekammer und den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern vorgenommen.

Die bei den Richtzahlen festgestellten Abweichungen liegen nach Auffassung des Ausschusses vor allem darin begründet, dass diese nicht auf den Ergebnissen wissenschaftlicher Studien beruhen, sondern von Sachverständigen mit jeweils unterschiedlichen Intentionen festgelegt wurden. Die (Muster-)Weiterbildungsordnung und (Muster-)Richtlinien der Bundesärztekammer sowie die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern verfolgen didaktische Ziele im Sinne einer „Bildungsordnung“. Die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach SGB V haben die Zielsetzung einer vertragsärztlichen Steuerung im Sinne einer „Berufsausübungsordnung“. Richtzahlen im erstgenannten Fall sind daher als Mindestanforderungen für die allgemeine Beherrschung einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode ausgelegt. Richtzahlen im letztgenannten Fall beziehen sich hingegen auf die selbständige Beherrschung von Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden im vertragsärztlichen Kontext. Bestimmte Abweichungen innerhalb und zwischen beiden Bereichen sind jedoch auch unter Beachtung der genannten unterschiedlichen Zielsetzungen in dieser Form nicht plausibel und sollten daher hinterfragt und ggf. korrigiert werden.

Ein weiteres Thema waren die zusätzlichen Prüfungen vor der Kassenärztlichen Vereinigung, denen sich Ärzte nach bestandener Facharztprüfung in bestimmten Fällen unterziehen müssen, um bestimmte vertragsärztliche Leistungen abrechnen zu können. Diese als Kolloquien bezeichneten Prüfungsverfahren stoßen auf erhebliche Kritik, denn sie werden von den Betroffenen vielfach als unnötige Doppelprüfungen angesehen und stellen nach Auffassung von Kritikern das Weiterbildungsrecht insgesamt in Frage.

Um der festgestellten Tendenz einer Auseinanderentwicklung von Sozial- und Weiterbildungsrecht, wie sie sich in den Richtzahlen und Prüfungsverfahren manifestiert, entgegenzuwirken, empfiehlt der Ausschuss „Gebietszugehörigkeit ärztlicher Leistungen“ die Herstellung einer inhaltlichen Definitionskompetenz der Bundesärztekammer auf sozialgesetzlicher Grundlage. Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben gemeinsam Eckpunkte für einen Vorschlag zu einer entsprechenden Gesetzgebungsinitiative vorbereitet, um diese bei passender Gelegenheit – dann konkret ausformuliert – einbringen zu können.

## 2.2.6 (Muster-)Kursbuch „Suchtmedizinische Grundversorgung“

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat am 24.09.2010 das (Muster-)Kursbuch „Suchtmedizinische Grundversorgung“ zur Regelung der Kursweiterbildung zum Erwerb der entsprechenden Zusatz-Weiterbildung beschlossen. Damit wird das Curriculum „Suchtmedizinische Grundversorgung“ abgelöst. Die Änderung wurde erforderlich, nachdem das Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung am 20.07.2009 in Kraft getreten war. Darin ist geregelt, dass Patienten mit schwerster Opiatabhängigkeit, bei denen vorherige Abstinenz- und Substitutionsversuche gescheitert waren, in zugelassenen Zentren mit Diamorphin behandelt werden können. In die insgesamt 50 Stunden umfassende Kursweiterbildung wurden daher mit dem (Muster-)Kursbuch „Suchtmedizinische Grundversorgung“ bestimmte, speziell die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung betreffende, Lehr- und Lerninhalte aufgenommen. Das Wahlthema „Substitution mit Diamorphin“ fasst diese in sechs Kursstunden zusammen. Vermittelt werden darin u. a. Besonderheiten der Substitution mit Diamorphin auf Grundlage der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV), der Richtlinien der Bundesärztekammer und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, Besonderheiten der Beigebrauchskontrollen, Besonderheiten der Patientenaufklärung und Dokumentation, Notfälle in der Substitution, begleitende Hilfen und Erfordernisse an Einrichtungen zur Substitution mit Diamorphin. Das (Muster-)Kursbuch „Suchtmedizinische Grundversorgung“ dient als methodische und inhaltliche Grundlage. Alle Anbieter und Veranstalter der entsprechenden Kursweiterbildung werden zu seiner Beachtung und Umsetzung aufgefordert.

## 2.2.7 Sachbearbeitertagung

Am 22./23.11.2010 fand der bereits bewährte jährliche Erfahrungsaustausch zwischen Mitarbeitern der Weiterbildungsabteilungen der Landesärztekammern und der Weiterbildungsabteilung der Bundesärztekammer in Berlin statt. Themenschwerpunkte waren europarechtliche Angelegenheiten im Zusammenhang mit der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG sowie die überarbeitete (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 25.06.2010. Eingeleitet durch Impulsreferate der Rechtsabteilung, des Auslandsdienstes und des Dezernats Weiterbildung der Bundesärztekammer, entwickelte sich eine aufschlussreiche Diskussion zur konkreten Umsetzung der angesprochenen Bereiche vor Ort. Die Beteiligten waren sich einig, den Dialog kontinuierlich weiterzuführen. Der nächste Erfahrungsaustausch soll im Herbst 2011 stattfinden.

## 2.3 Ärztliche Fortbildung

Fortbildung gehört seit jeher zum Selbstverständnis des ärztlichen Berufsbildes und ist in der Berufsordnung und den Heilberufsgesetzen verankert. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) von 2004 führte zusätzlich eine gesetzliche Pflicht für die Fortbildung von Fachärzten ein, die vorsieht, dass Fortbildungsaktivitäten dokumentiert und nachgewiesen werden müssen. Der erste Stichtag für Vertragsärzte (§ 95d SGB V) war der 30.06.2009, für Krankenhausärzte (§ 137 SGB V) ist es der 31.12.2010.

Der Nachweis erfolgt mit dem Fortbildungszertifikat der Ärztekammern, das erteilt wird, wenn ein Arzt 250 Fortbildungspunkte innerhalb eines Fünfjahreszyklus gesammelt hat.

Der für die Unterstützung der Ärzte von den Kammern entwickelte Prozess der Fortbildungsverwaltung und -dokumentation sowie das elektronische Verfahren zur Erfassung und Verteilung von Fortbildungspunkten – der sogenannte EIV – haben sich bereits im ersten Fünfjahres-Fortbildungszyklus bewährt.

Der umfassende Datenbestand, der durch die Dokumentation angesammelt wurde, verdeutlicht, dass Ärzte sich umfassend und stetig fortbilden und dass das Angebot anerkannter Fortbildungsmaßnahmen vielseitig und äußerst umfangreich ist.

Ziel der Kammern ist es, das Fortbildungsangebot so zu gestalten, dass es die Motivation des einzelnen Arztes zur Optimierung seiner Patientenversorgung anspricht, sein Wissen, Können, Verhalten und seine Haltung festigt und weiterentwickelt und im Ergebnis die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung verbessert.

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

Ärztliche Fortbildung kann daher nur erfolgreich sein, wenn sie einerseits dem subjektiv empfundenen Bedürfnis des Arztes entspricht und andererseits objektive Bildungsziele aufgreift, die durch sich wandelnde 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.

Ein Themenschwerpunkt im Berichtszeitraum waren die möglichen Zukunftsszenarien der ärztlichen Fortbildung insbesondere durch den Einsatz von E-Learning und sogenannten Web-2.0-Anwendungen im Internet.

Zu den dazu geführten Diskussionen lassen sich folgende Überlegungen festhalten:

Es ist wichtig, dass sich das zukünftige Fortbildungsangebot didaktisch und technologisch an den Lernerfahrungen und -erwartungen der heutigen Studierenden anpasst. Diese sind gekennzeichnet durch stärkere Individualisierung, Lernerzentriertheit und Verwendung vielfältiger neuer Wissensquellen und medialer Anwendungen.

Die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen und die Bereitstellung der Ressourcen und des Know-hows für solche zukunftsorientierten Lernszenarien in der ärztlichen Fortbildung liegen in der Verantwortung der Selbstverwaltung. Besonders der Einsatz von E-Learning fördert das lernerzentrierte, individuelle Lernen. Hier wird ein großes Potential bei der gemeinsamen Nutzung von Ressourcen im Kammernverbund gesehen.

Im Zuge der Individualisierung des Lernprozesses wächst zudem die Bedeutung der Kompetenzdiagnostik (Kompetenzzustand, Kompetenzziele, Kompetenzzuwachs). Eine Bewertung der Kompetenz allein durch die Anzahl von Fortbildungspunkten wird mittelfristig nicht ausreichend sein. Sinnvolle, praktikable Alternativen sind gefragt und müssen eruiert, erprobt und evaluiert werden.

Als eine Maßnahme für die zukunftsorientierte Ausrichtung der Fortbildung hat eine Arbeitsgruppe des Senats die Überarbeitung der Fortbildungssatzung begonnen. Die Satzung, die nun seit 2004 Anwendung findet, soll anhand der gemachten Erfahrungen an die aktuellen Rahmenbedingungen und Gegebenheiten angepasst werden. Hierzu gehört insbesondere die Einführung neuer Fortbildungskategorien, die E-Learning- und Blended-Learning-Maßnahmen berücksichtigen.

Auch die Mitarbeit des Dezernats 1 an der Weiterentwicklung der „Arztbibliothek“, die vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) im Auftrag der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) betrieben wird, verfolgt das Ziel, neue Formen der Wissensakquise und des Lernens zu fördern. Die Arztbibliothek soll durch die Bündelung von Informationen, Fortbildungsangeboten sowie weiteren unterstützenden Maßnahmen auf einem Online-Portal u. a. eine intensivere Implementierung von Leitlinien in die ärztliche Praxis gewährleisten.

Im Rahmen der stetigen Qualitätsverbesserung der Fortbildung wurde auch das „Interdisziplinäre Forum – Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ der Bundesärztekammer einer kritischen Prüfung unterzogen. Es wurde festgestellt, dass insbesondere die Interdisziplinarität ein wertvolles und wichtiges Alleinstellungsmerkmal ist, das es in der Ausrichtung der Veranstaltung zu betonen gilt. Ein zusätzlicher Fokus soll verstärkt auch auf didaktische Aspekte ärztlicher Fortbildung gerichtet werden, z. B. auf die Vermittlung von Kompetenzen für ein lernerzentriertes, lebenslanges Lernen und Lehren in zukunftsorientierten Lernszenarien.

Ein weiteres intensiv behandeltes Thema des Senats im Berichtszeitraum war – auch Bezug nehmend auf den entsprechenden Tagesordnungspunkt des 112. Deutschen Ärztetages 2009 in Mainz – die medizinische Versorgung von behinderten Menschen.

Dieses Thema wird vom Senat als sehr wichtig erachtet. Jeder Arzt mit Patientenbezug sollte über entsprechendes fundiertes Wissen verfügen.

Es ist vorgesehen, das Thema auf dem Interdisziplinären Forum 2012 zu behandeln und in der regelhaften Gremienarbeit stärker zu berücksichtigen. Bei diesem Engagement ist

jedoch zu beachten, dass andere Themen nicht ins Hintertreffen geraten. Auch muss klargestellt werden, dass die Versorgung von Menschen mit Behinderungen ein vorrangig gesellschaftliches und strukturelles und erst nachrangig ein medizinisches Problem ist. So können zwar Fortbildungsangebote für konkrete Problemstellungen geschaffen werden (z. B. bei der adäquaten Betreuung von Patienten im Rahmen eines stationären Aufenthalts oder bei Fragen der Praxisausstattung oder Wartezimmerbetreuung behinderter Menschen), das notwendige Adressieren der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung zur Behandlung der Problematik muss jedoch von übergeordneter Stelle erfolgen.

Des Weiteren befasste sich der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung u. a. mit folgenden Themen für curricular zu vermittelnde Fortbildungen:

### **Osteopathische Verfahren**

In der Vergangenheit wurden Fortbildungsmaßnahmen zu osteopathischen Verfahren in der Regel zum Erwerb von Fortbildungspunkten abgelehnt. Auf Veranlassung einer Arbeitsgruppe „Osteopathie“ des Wissenschaftlichen Beirats hat sich der Vorstand der Bundesärztekammer mit der wissenschaftlichen Bewertung osteopathischer Verfahren befasst und im Jahre 2009 eine entsprechende Stellungnahme veröffentlicht. Hier wurden bestimmte Bereiche der Osteopathie als Bestandteil und Erweiterung der manuellen Medizin definiert. Auf der Grundlage dieser Stellungnahme ist nun von Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Osteopathische Verfahren“ des Wissenschaftlichen Beirats ein Fortbildungscurriculum entwickelt worden.

Osteopathische Verfahren werden von den Mitgliedern des Senats als nicht unproblematisch gesehen. Da sich jedoch der Wissenschaftliche Beirat unter Vorsitz von Prof. Dr. Norbert Haas, Unfallchirurg der Charité, sehr intensiv und kritisch mit den Chancen und Risiken der osteopathischen Verfahren auseinandergesetzt hat, besteht nach reiflicher Diskussion Konsens, erste Kurse auf der Grundlage dieses Curriculums zu initiieren und kritisch zu begleiten. Die Inhalte des Kurses sollen von Ärzten vermittelt werden. Die Osteopathie soll sich so in seriöser Weise in das ärztliche Handlungsfeld integrieren.

### **Krankenhausthygieniker**

Nach dem Tod von drei Säuglingen in der Mainzer Universitätsklinik ist eine neue Debatte über Krankenhaushygiene und vor allem bundesweit einheitliche Hygienevorschriften in Krankenhäusern entbrannt. Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch-Instituts hat Empfehlungen zur personellen und organisatorischen Voraussetzung zur Prävention nosokomialer Infektionen veröffentlicht. Da die Zahl an Ärzten für Hygiene zu gering ist, um flächendeckend eine optimale krankenhaushygienische Versorgung sicherzustellen, erscheint die Qualifizierung von Fachärzten zum Krankenhaushygieniker eine gute Alternative. Bei stationären Einrichtungen wird ab einer Zahl von 400 Betten ein hauptamtlicher Krankenhaushygieniker für sinnvoll erachtet. Eine Qualifikation zum Krankenhaushygieniker bzw. zum hygienebeauftragten Arzt wird für sinnvoll erachtet. Zusammen mit den entsprechenden wissenschaftlichen Gesellschaften soll gemeinsam ein entsprechendes Curriculum entwickelt werden.

## **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.

Anlässlich des fünfjährigen Bestehens der Arbeitsgruppe haben die Teilnehmer einen Workshop („Zukunftswerkstatt“) veranstaltet, um ihre spezifische Sachkompetenz, ihre Erfahrung und die gemeinsame Motivation für eine kritische Überprüfung ihrer bisherigen Aktivitäten und für Anregungen zu möglichen neuen Ansätzen für ihre Arbeit im Bereich der Fortbildung zu nutzen. In strukturierter und moderierter Form wurden unter der Fragestellung „Was soll bleiben?/Was soll sich ändern?“ verschiedene Themenkomplexe bearbeitet. Zusammenfassend war der Workshop, in dem Visionen und Vorstellungen informell und frei geäußert wurden, für die Teilnehmer eine sehr motivierende Erfahrung. Die Arbeitsergebnisse stellen einen wertvollen Abgleich und sinnvolle Ansätze für den Fokus bei der Ausrichtung und Koordination der weiteren Aktivitäten der Arbeitsgruppe dar.

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

Die von der Initiative E-Learning entwickelten „Qualitätskriterien E-Learning“ wurden im Berichtszeitraum den Gremien der Weiterbildung vorgestellt, wo sie als Grundlage für die Anerkennung von Weiterbildungskursen in Form von Blended-Learning-Maßnahmen dienen sollen.

Auf Empfehlung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung und der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern zur gegenseitigen Unterstützung der Kammern beim Anerkennungsprozedere nach den „Qualitätskriterien E-Learning“ hat die Initiative E-Learning sich mit der Gestaltung eines Amtshilfeverfahrens befasst und in einigen ersten Praxisfällen erprobt. Ziel ist die zeitnahe, flächendeckende Implementierung der Qualitätskriterien.

Im Berichtszeitraum veranstaltete die Initiative E-Learning im Auftrag des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung zwei E-Learning-Schulungsmaßnahmen in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum eLearning der Charité, die auf großes Interesse stießen.

Der Kurs „Blended Learning – Wissen für die Praxis“ fand im Rahmen des 34. Interdisziplinären Forums der Bundesärztekammer „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ am 27. und 28. Januar 2010 statt. Ziel der zweitägigen Fortbildung war es, die Teilnehmer in die Lage zu versetzen, Fortbildungsveranstaltungen didaktisch sinnvoll mit elektronischen Informations- und Kommunikationsmedien anzureichern. Die Teilnehmer lernten, eine Blended-Learning-Fortbildung zu konzipieren, erfolgreich durchzuführen und deren Online-Anteil in einem Lernmanagementsystem (LMS) umzusetzen.



Im „Medienworkshop“ am 29. September 2010 erhielten die Teilnehmer Gelegenheit, sich näher mit Werkzeugen, Produkten und Geräten der Internet- und Medienwelt zu beschäftigen und sich ein Bild zu machen über Nutzen, Anwendungsmöglichkeiten, Handhabbarkeit, Mehrwert und Ökonomie von neuen medialen Entwicklungen für die ärztliche Fortbildung.

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 1. Juli und 25./26. November 2010 fanden zwei Sitzungen der Ständigen Arbeitsgruppe „Weiter- und Fortbildung“ der deutschsprachigen Ärzteorganisationen statt.

Schwerpunktthemen dieser Sitzungen waren der Austausch über Analysen und Ausblicke zur Qualität der ärztlichen Fortbildung sowie zur Evaluierung und Harmonisierung der Aus- und Weiterbildung in Europa.

Des Weiteren befassten sich die Teilnehmer mit der Gestaltung und Handhabung von Fehlermeldesystemen und -prozessen, Shared-Decision-Making sowie Teach-the-Teacher-Konzepten.

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

Namhafte Wissenschaftler, die über neue Erkenntnisse und Methoden in der Medizin berichten, können für das Forum gewonnen werden. 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-Nutzen-Verhältnis der empfohlenen beziehungsweise verglichenen Diagnostik- und Therapieverfahren?
- Was muss dringend über die Fortbildung weitergegeben werden?

Folgende Themen wurden auf dem 34. Interdisziplinären Forum behandelt:

- Therapie depressiver Störungen
- Anti-Aging – Wunsch und Wirklichkeit
- Aktuelle Themen aus dem HNO-Bereich
- Individuell zielgerichtete Therapie maligner Tumoren
- Unabhängige Arzneimittelinformation

Der Abendvortrag befasste sich mit dem Thema „Keine Experimente? – Innovation und Ethik“. Vortragender war der Mediziner, Jurist und Publizist Dr. med. Dr. jur. Rainer Erllinger, München.

Die Dokumentation der Referate erfolgt nunmehr in Form von Podcasts. Diese Form der Dokumentation wird zukünftig den gedruckten Forumband ablösen. Die Podcasts werden interessierten Ärzten auf der Internetseite der Bundesärztekammer zur Verfügung stehen. Sie können künftig 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.

### **Fortbildungstagung zur Versorgung chronischer Schlaganfallpatienten**

In Deutschland erleiden ca. 250.000 Menschen jährlich einen Schlaganfall, der bei fast 40 Prozent der Betroffenen eine Behinderung hinterlässt. In den letzten Jahren konnte durch die Behandlung in spezialisierten Zentren und durch eine effektive Rehabilitation eine deutliche Verbesserung der Beschwerdesymptomatik erreicht werden. Im Mittelpunkt der Veranstaltung stand der Schlaganfallpatient in seinem häuslichen Umfeld und die Frage der Kooperation und Koordination der beteiligten Berufsgruppen, um eine effektive Versorgung der Patienten zu gewährleisten.

Die Konzeption der von der Bundesärztekammer am 24. April 2010 in Berlin veranstalteten Tagung „Die Versorgung des chronischen Schlaganfallpatienten – wie können unterschiedliche Berufsgruppen zum Wohle des Patienten effektiv zusammenarbeiten?“ war in zweierlei Hinsicht neuartig: Zum einen handelte es sich um eine interprofessionelle Fortbildungsveranstaltung, zum anderen fand die Arbeit in moderierten Kleingruppen in Form von interprofessionellen Fallkonferenzen mit Simulationspatienten statt. An dem gemeinsamen Dialog waren Vertreter der Ärzteschaft, medizinischen Fachangestellten, Pflege, Diätassistenten, Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapie beteiligt.

Unter der Moderation von Dr. Anne Barzel, Fachärztin für Allgemeinmedizin und wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Hamburg, wurden das Konzept und die Rolle der Simulationspatienten in mehreren interprofessionell besetzten Telefonkonferenzen entwickelt.

Der Einstieg in das Thema erfolgte durch Vorträge aus der Perspektive der Spezialisten und ihre Ansätze bei der Rehabilitation des Schlaganfallpatienten. Im Mittelpunkt stand hier der Hausarzt als Case Manager (Referentin Dr. Cornelia Goesmann). Den Abschluss bildete die Vorstellung eines guten Beispiels der interprofessionellen Zusammenarbeit, die Berliner Schlaganfall-Allianz. Danach erfolgte die Arbeit in Kleingruppen: Nach dem Anamnesegespräch mit dem Simulationspatienten entwickelten die Teilnehmer gemeinsam ein Behandlungskonzept für diesen Patienten. Hierbei traten mögliche Schnittstellproblematiken deutlich zutage, es wurden aber auch Wege aufgezeigt, wie sie überwunden werden können.

Durch diese interprofessionellen Fallkonferenzen konnten die Teilnehmer für die Perspektive anderer Berufsgruppen sensibilisiert werden und Erkenntnisse zur Verbesserung des Behandlungsprozesses des Schlaganfallpatienten erwerben.

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

In den vergangenen Jahren wurde ein tiefgreifender Veränderungsprozess des deutschen Gesundheitswesens in Gang gesetzt, der sowohl den ambulanten als auch den stationären Sektor betrifft. Damit Ärzte diesen Prozess aktiv mitgestalten können, sind Kenntnisse im Bereich der Ökonomie, des Managements und der ärztlichen Führung unabdingbar. Seit dem Jahr 2007 führt die Bundesärztekammer eine Fortbildungsreihe zum Thema „Medizin und Ökonomie“ durch.

Für die fünftägige Veranstaltung, die in enger Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung des Dezernats 5 der Bundesärztekammer vom 4. bis 8. Oktober 2010 durchgeführt wurde, konnten wieder namhafte Dozenten und Referenten aus dem Bereich der Gesundheitsökonomie, innovativer Unternehmungen im Versorgungssektor, der Krankenkassen und Vertreter des Vorstands der Bundesärztekammer und der wissenschaftlich-medizinischen Gesellschaften gewonnen werden (siehe auch Kapitel 3.4.1, S. 109).

## **Erstes Gutachterkolloquium der Bundesärztekammer**

Die fundierte Entscheidung in einer arzthaftungsrechtlichen Auseinandersetzung erfordert grundsätzlich auch ein medizinisches Sachverständigen Gutachten. Im Rahmen der Veranstaltung wurden die aus der Gutachtenerstellung gewonnenen Erkenntnisse aus erster Hand präsentiert und gemeinsam mit den gutachterlich tätigen Ärztinnen und Ärzten beraten.

Das Kolloquium, das in Zusammenarbeit mit der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern am 3. und 4. Dezember 2010 stattfand, gliederte sich in zwei Themenschwerpunkte: allgemeine juristische Fragestellungen zur Gutachtertätigkeit und gutachterlicher Umgang bei Beschwerdebildern auf dem Gebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe.

Die Pilotveranstaltung unter der Moderation von Dr. Franz-Joseph Bartmann, Vorsitzender des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung, und Prof. Dr. Walter Schaffartzik, Vorsitzender der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern, wandte sich an Ärzte, die Gutachten für die Schlichtungsstellen für Arzthaftpflichtfragen erstellen. Ziel der Fortbildungsveranstaltung war es, die aus Gutachtenerstellung gewonnenen Erkenntnisse zu präsentieren und gemeinsam zu beraten, mit dem Ziel, die Qualität der Gutachten kontinuierlich zu verbessern und somit auch die Qualität der Entscheidungen der Schlichtungsstelle zu optimieren. Die Veranstaltung gliederte sich in zwei Teile: Der eine befasste sich mit allgemeinen und juristischen Fragestellungen zur Gutachtertätigkeit. Der zweite Teil wandte sich an Ärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe und den gutachterlichen Umgang bei Beschwerdebildern in diesem Fachgebiet.

Die Resonanz auf diese Fortbildungsveranstaltung war außerordentlich groß und ging weit über den Kreis der Fachärzte für Gynäkologie hinaus. Die Durchführung weiterer Fortbildungsmaßnahmen zum Thema „ärztliche Begutachtung“ ist geplant.

## **Tagung „Ambulante Palliativversorgung“**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Bundesärztekammer hatten am 6. November 2010 Vertreter der Ärzteschaft, der Patienten sowie Betreiber von Einrichtungen, wie z. B. Hospizen, zur Kooperationstagung „Ambulante Palliativversorgung – Vision und Wirklichkeit“ eingeladen, um gemeinsam mit dem KBV-Vorstand, Dr. Carl-Heinz Müller, dem Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Christoph Fuchs, und dem Beauftragen der Bundesregierung für Belange der Patientinnen und Patienten, Wolfgang Zöller (MdB/CSU), über die Situation der ambulanten Palliativversorgung zu diskutieren.

In diesem Rahmen wurde u. a. der Vertragsentwurf „zur qualifizierten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen“ (AAPV) der KBV vorgestellt. Ziel dieser Konzeption ist es, einen fließenden Übergang zwischen der kurativen und der palliativen Versorgung zu schaffen.

Hervorzuheben ist, dass in den vielfältigen Referaten stets die wichtige Rolle des Hausarztes in der ambulanten Palliativversorgung betont wurde.

### 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 15. September 2010 darüber hinaus u. a. mit der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der ambulanten und stationären Versorgung, mit einer strukturierten Fortbildung für Allgemeinmediziner als Angebot der Ärztekammern sowie speziellen Fortbildungsmaßnahmen in den Bereichen Psychiatrische Grundversorgung und Pädiatrie.

### 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.

Diese erworbenen Qualifikationen sind grundsätzlich anzeigefähig. Nach § 27 Abs. 4 Zi. 2 (Muster-)Berufsordnung (MBO) können Ärztinnen und Ärzte nach sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen anzeigen. Solche Qualifikationen dürfen nur angekündigt werden, wenn diese Angaben nicht mit den nach geregelter Weiterbildungserwerbten Qualifikationen verwechselt werden können und die Ärztin/der Arzt diese Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt (vgl. § 27 Abs. 4 und 5 MBO).

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

- Curriculum „Herzschrittmachertherapie“, 2. Auflage, 2008
- Curriculum „Gesundheitsförderung und Prävention“, 1. Auflage, 2008
- Curriculum „Ernährungsmedizin“, 2. Auflage, 2007
- Curriculum „Umweltmedizin“, 2006
- Curriculum „Reisemedizinische Gesundheitsberatung“, 2004

Weitere Curricula der Bundesärztekammer:

- Curriculum „Begutachtung psychoreaktiver Traumafolgen im sozialen Entschädigungsrecht“, 1. Auflage, 2009
- Curriculum „Suchtmedizinische Grundversorgung“, 1. Auflage, 1999, Anpassung 2009
- Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“, 2. Auflage, 2008
- Curriculum „Organspende“, 1. Auflage, 2008
- Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“, 1. Auflage, 2008
- Curriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“, 2005

### 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 wurde das Curriculum durch ein achtstündiges Aufbaumodul „Tabakentwöhnung mit strukturiertem Therapieprogramm“ ergänzt. Das Aufbaumodul wurde vom Dezernat 1 zusammen mit den führenden Anbietern bereits bestehender Programme – dem Institut für Therapieforschung (IFT), dem Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e. V. der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Tübingen und dem Institut für Raucherberatung und Tabakentwöhnung (IRT) – entwickelt und vom Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung in seiner Sitzung am 30. September 2010 verabschiedet.

Es qualifiziert den Arzt u. a. für die Erfüllung der im Präventionsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen definierten Anforderungen zur Durchführung von §-20-Kursen zur Tabakentwöhnung im Gruppensetting. Diese Anforderungen sehen vor, dass ein Arzt in der Durchführung eines wissenschaftlich evaluierten, anerkannten Programms geschult wird.

### 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 weitergeführt. 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 EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG ist, soweit dieser im Verantwortungsbereich der Ärztekammern liegt, nach Kenntnisstand der Rechtsabteilung vollständig abgeschlossen.

Die Europäische Kommission ist angehalten, im Jahr 2012 eine Überprüfung der bestehenden Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG durchzuführen. Um den Implementierungsstand abzufragen und den Überarbeitungsbedarf zu ermitteln, hat die Europäische Kommission ein informelles Netzwerk der für die Anerkennung von Berufsab-

schlüssen zuständigen Behörden initiiert. Der Auslandsdienst hat in enger Abstimmung mit der Rechtsabteilung und dem Dezernat für Weiterbildung die Bundesärztekammer in diesem Netzwerk vertreten.

Aufgabe des Netzwerkes war es, auf Grundlage eines selbstentwickelten Fragebogens, über die praktischen Erfahrungen der Mitgliedstaaten mit der Berufsanerkenntnisrichtlinie zu berichten. Die aus den Rückmeldungen von 13 Landesärztekammern synthetisierte Stellungnahme der Bundesärztekammer ist zusammen mit den Antworten der Approbationsbehörden in einen gemeinsamen Erfahrungsbericht für Ärztinnen und Ärzte in Deutschland eingeflossen, welcher am 17. September 2010 der Generaldirektion Binnenmarkt und Dienstleistungen der Europäischen Kommission zugeleitet wurde.

Zur Vorbereitung der nationalen Erfahrungsberichte fanden auf europäischer Ebene drei Treffen der zuständigen Behörden statt. Die zwei ersten Treffen am 7. Mai 2010 in Paris und am 2. Juli 2010 in London dienten dem gemeinsamen Erfahrungsaustausch. Mit Hinblick auf die zu erstellenden nationalen Berichte wurde bei den Treffen, an denen auch Vertreter der Europäischen Kommission als Beobachter teilnahmen, in Referaten und Diskussionen die Anerkennung von Berufsabschlüssen in den am Netzwerk teilnehmenden Mitgliedstaaten im Detail erörtert.

Abgeschlossen wurde der erste Abschnitt des Netzwerkprozesses mit einem auf Einladung der Bundesärztekammer am 13. September 2010 in Berlin abgehaltenen Treffen. Unter der Leitung von Dr. Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer, nahmen 39 Vertreter aus 18 Ländern an der Sitzung teil. Als Ergebnis des Treffens konnte ein gemeinsamer Beschluss formuliert werden, der an die Europäische Kommission gerichtete Erwartungen für die anstehende Evaluierung der Berufsanerkenntnisrichtlinie zusammenfasst. Das sogenannte „Berlin Statement“ wurde durch 25 zuständige Behörden aus 23 Mitgliedstaaten unterstützt.

Im Zuge der erfolgreichen Zusammenarbeit der zuständigen Behörden im informellen Netzwerk konnte Konsens darüber erzielt werden, den Netzwerkprozess fortzusetzen. Ein weiteres Treffen der zuständigen Behörden ist für das Frühjahr 2011 vorgesehen. Nach Abschluss der Erfahrungsberichte gilt die Hauptaufgabe des informellen Netzwerkes in Zukunft der weiteren Begleitung der Evaluierungsbemühungen der Europäischen Kommission. Wenngleich ein Entwurf für die Überarbeitung der Richtlinie durch die Kommission erst für das Jahr 2012 angekündigt ist, eröffnet diese bereits im Januar 2011 eine öffentliche Konsultation. Für das Jahr 2011 bereitet sie zudem die Veröffentlichung eines Grünbuchs vor, das die inhaltliche Grundlage für die Diskussion über die Berufsanerkenntnisrichtlinie bilden wird.

#### 2.4.2 Health Care Professionals Crossing Borders

Die Bundesärztekammer war durch einen Mitarbeiter des Auslandsdienstes am Treffen der Initiative Health Care Professionals Crossing Borders am 29. November 2010 in Budapest vertreten. Die Initiative ist ein informeller Zusammenschluss der zuständigen Behörden für die Heilberufe in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union, um die Zusammenarbeit in verschiedenen Bereichen, insbesondere in Fragen des Berufszugangs und der Berufsausübung, zu vereinfachen.

Aufgrund der für das Jahr 2012 vorgesehenen Überprüfung der EU-Berufsanerkenntnisrichtlinie 2005/36/EG und der dazu im Dezember 2010 beginnenden Konsultation der Europäischen Kommission wurde im Rahmen des diesjährigen Treffens die Evaluierung der Richtlinie vor dem Hintergrund zu erwartender Auswirkungen für migrierende Angehörige der medizinischen Berufe beraten. Zur Veranstaltung in Budapest trug die Bundesärztekammer durch eine Zusammenfassung der Ergebnisse des informellen Netzwerks zuständiger Behörden für den Arztberuf bei. Die zuständigen Behörden aus 23 Mitgliedstaaten hatten sich dabei über ihre Erfahrungen bei der Implementierung der Berufsanerkenntnisrichtlinie ausgetauscht. Gemeinsam mit den ebenfalls vertretenen informellen Netzwerken zuständiger Behörden der anderen sektoralen Berufe wurden in Budapest Lösungen gesucht, wie im Zuge der Evaluierung der Berufsanerkenntnisrichtlinie die Migration von Angehörigen der Heilberufe mit gleichzeitiger Gewährleistung der Patientensicherheit vereinbar sein kann.

### 2.4.3 Anerkennung der Weiterbildung in Europa

Die Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 07.09.2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen war im Jahre 2010 in sämtlichen Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) sowie in Norwegen, Liechtenstein und Island in Kraft. Die infolge dieser Richtlinie vereinfachte Berufsankennung und die einhergehend steigende Bedeutung der Migration innerhalb der EU schlugen sich in einer auch in 2010 gewachsenen Zahl telefonischer oder elektronischer Anfragen nieder, die die Bundesärztekammer von Ärztinnen und Ärzten erreichten. Die Bundesärztekammer hat sich hierbei auf nationaler und internationaler Ebene als kompetenter Ansprechpartner beim gegenseitigen Informationsaustausch zu Fragen in den Bereichen Migrationsangelegenheiten, Aus- und Weiterbildung sowie Anerkennung von Berufsqualifikationen bewährt.

Der Auslandsdienst hat sich in diesem Zusammenhang als wichtige Kontaktstelle für Fragen zur Umsetzungs- bzw. Anwendungspraxis der Richtlinie 2005/36/EG etabliert. In Fragen der Berufsankennung und Evaluierung von ärztlichen Befähigungsnachweisen bestand zum einen ein reger Austausch mit den zuständigen Stellen auf nationaler Ebene. In Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern konnten dabei qualifizierte Empfehlungen bei der Beurteilung von Zertifikaten und Qualifikationsnachweisen abgegeben werden. Zum anderen erreichten den Auslandsdienst individuelle Fragen zu Migration und Berufsankennung von Ärztinnen und Ärzten. Die intensive Service- und Beratungsarbeit, die der Auslandsdienst in enger Abstimmung mit dem Dezernat Weiterbildung und der gemeinsamen Rechtsabteilung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung anbietet, wurde von der Ärzteschaft zunehmend in Anspruch genommen.

Eine Vielzahl der Anfragen kam von deutschen Ärztinnen und Ärzten, die ihre Weiterbildung teilweise oder ganz im Ausland absolvieren wollen. Sie bezogen sich in der Regel auf Rückkehrmöglichkeiten nach Vollendung der Weiterbildung. Fragen zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit im Ausland bezogen sich auf die im Ausland zur Anerkennung vorzulegenden Zeugnisse und Diplome. Darüber hinaus trafen vermehrt Anfragen deutscher Staatsbürgerinnen und -bürger ein, die zwar ihre medizinische Ausbil-



derung in Deutschland genossen haben, ihre Weiterbildung aber in einem Drittstaat absolviert haben. Im Falle eines konkreten Arbeitsplatzangebotes in Deutschland war der Umzug aus dem Ausland nach Deutschland oft mit langen Wartezeiten im Anerkennungsverfahren verbunden, sodass ein übergangsloser Wechsel zur neuen Arbeitsstelle nicht möglich war und Konsequenzen in arbeitsrechtlicher Hinsicht befürchtet wurden.

Auch eine Zunahme von Anfragen ausländischer Ärztinnen und Ärzte zur ärztlichen Tätigkeit in Deutschland war im Berichtszeitraum zu verzeichnen. Je nach Herkunftsland des Antragstellers hatten die Anfragen jedoch unterschiedliche Schwerpunkte. Einen Schwerpunkt bildeten dabei die Beurteilung und die Einschätzung von Diplomen, Zertifikaten und Konformitätsbescheinigungen aus den mittel- und osteuropäischen Staaten. Bei der Anerkennung von Berufsqualifikationen gab es zum Beispiel häufig Klärungsbedarf im Zusammenhang mit slowakischen Diplomen ersten Grades und Bescheinigungen über sogenannte erworbene Rechte.

Einen weiteren Schwerpunkt bildeten aufgrund der intensiven Migration zwischen den deutschsprachigen Ländern Fragen aus der Schweiz und aus Österreich. Bezüglich der Anerkennung von Schweizer Facharzt diplomen waren wie bereits im Jahre 2009 zahlreiche Anfragen zu verzeichnen. Diese bezogen sich unter anderem auf die Richtlinie 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 Vorgängerrichtlinie zur Richtlinie 2005/36/EG. Da die Richtlinie 1993/16/EWG für die Schweiz weiterhin Gültigkeit besitzt, bestehen für die EU-Mitgliedstaaten und die Schweiz jeweils unterschiedliche Rechtssysteme bei der Prüfung auf eventuelle Anrechenbarkeit von fachärztlichen Diplomen.

Wiederholt wurde auch nach dem Zeitpunkt der Erteilung des österreichischen „jus practicandi“ (Zulassung zum ärztlichen Beruf in Österreich) gefragt. Ärzte mit abgeschlossener österreichischer Grundausbildung, die jedoch weder den sogenannten „Turnus“ noch eine fachärztliche Weiterbildung in Österreich absolviert haben, arbeiteten in Deutschland bislang mit einer Berufserlaubnis nach § 10 Abs. 5 der Bundesärzteordnung. Die Berufserlaubnis ist auf ein Bundesland begrenzt und zeitlich befristet. Im Falle der Migration aus Österreich in ein anderes EU-Mitgliedsland soll in Zukunft eine österreichische ärztliche Zulassung unmittelbar nach dem Abschluss des Medizinstudiums erteilt werden („jus migrandi“). Für die österreichischen Assistenzärztinnen und -ärzte in Deutschland hätte die vorgezogene Approbationserteilung nach dem Medizinstudium in Österreich den Vorteil, dass sie bereits zu Beginn der Weiterbildung in Deutschland eine Approbation erhalten könnten. Die hierfür notwendige Änderung der österreichischen Notifizierung im Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG wurde am 14.12.2010 im Amtsblatt der Europäischen Kommission veröffentlicht.

Weitere Anfragen bezogen sich auf die Anrechenbarkeit von Diplomen im fachärztlichen Bereich, für die die Richtlinie 2005/36/EG nicht einschlägig ist. Beispiele dafür sind der „Europäische Facharzt“, der in bestimmten Sektionen der Union des Médecins Spécialistes (UEMS) nach Erlangen des nationalen Facharztgrades zusätzlich durch eine Prüfung erworben werden kann. Gleiches gilt für Prüfungszeugnisse aus dem Vereinigten Königreich, die die Mitgliedschaft in einem für das jeweilige Fachgebiet zuständigen „Royal College“ begründen. Diese Diplome bescheinigen eine nach nationalen Maßgaben zusätzlich zum fachärztlichen Diplom erfolgreich abgeschlossene Prüfung in einem bestimmten Fachgebiet.

Neben Ärztinnen und Ärzten aus Mitgliedstaaten der EU, deren Migration durch die Richtlinie 2005/36/EG geregelt ist, erreichten die Bundesärztekammer in 2010 auch eine Vielzahl von Anfragen aus sogenannten „Drittstaaten“, also Ländern, die weder der Europäischen Union angehören noch dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) zuzurechnen sind.

Hilfreich für die korrekte Einschätzung von Zertifikaten und Qualifikationsnachweisen waren die engen internationalen Kontakte, die die Bundesärztekammer in den zurückliegenden Jahren aufbauen konnte. Sie ermöglichen einen regelmäßigen und intensiven Austausch mit den für die Ausstellung bzw. Evaluierung von ärztlichen und fachärztlichen Befähigungsnachweisen zuständigen Stellen der jeweiligen Länder. Zudem bestehen Kontakte zur Generaldirektion Binnenmarkt und Dienstleistungen der Europäischen Kommission, etwa durch die Mitwirkung am informellen Netzwerk der zuständigen Behörden für den Arztberuf, das die Europäische Kommission im Zuge der für 2012 vorgesehenen Überarbeitung der Richtlinie 2005/36/EG initiiert hat (siehe Kapitel 2.4.1).

Ein weiteres Forum für den Austausch über die oben aufgeführten Fragestellungen ist die Konsultativtagung der deutschsprachigen Ärzteorganisationen, die jährlich in einem anderen deutschsprachigen Land abgehalten wird. Im Jahre 2010 hatte die österreichische Ärztekammer nach Kärnten eingeladen. Die Agenda der Tagung sah neben der Vorstellung der deutschen Evaluierung der Weiterbildung auch die Abstimmung eines gemeinsamen Vorgehens im Bereich der Anerkennung der spezifischen Ausbildung in der Allgemeinmedizin vor (siehe Kapitel 1.3.6).

Über die aktive Mitwirkung in Gremien hinaus hat sich eine rege bilaterale Zusammenarbeit entwickelt. Die guten Beziehungen zu den Ansprechpartnern bei den nationalen Kontaktstellen für die Richtlinie 2005/36/EG in den EU-Mitgliedstaaten/EWR-Staaten erlaubten gezielte Rückfragen zur Notifizierung von fachärztlichen Ausbildungsnachweisen, zu entsprechenden Konformitätsbescheinigungen sowie bezüglich der Verifizierung von Diplomen. Dabei hat sich die Bundesärztekammer intensiv und kontinuierlich um eine komplikationslose Anerkennung deutscher Ausbildungs- und Facharzt diplome innerhalb der Europäischen Union bemüht. Insbesondere für die nach Frankreich und in die Schweiz migrierenden Ärztinnen und Ärzte konnte aufgrund guter Kontakte zu den national zuständigen Stellen sowie zu den Kolleginnen und Kollegen der nationalen Ärztevereinigungen der Anerkennungsprozess durch fundierte Auskünfte signifikant verkürzt werden.

Darüber hinaus übernahm der Auslandsdienst bei der Verifizierung von Diplomen eine wichtige Mittlerrolle. Insbesondere aus den arabischen Golfstaaten gingen wiederholt Bitten um die sogenannte Primary Source Verification ein, d. h. die Überprüfung der Echtheit und Legalität von Facharzturkunden bei den für die Ausstellung der Urkunden zuständigen Stellen in Deutschland.

Obwohl die Migration von Ärztinnen und Ärzten innerhalb der Europäischen Union durch die Richtlinie 2005/36/EG bereits eine deutliche Vereinfachung erfahren hat, treten in der praktischen Anwendung der Richtlinie weiterhin Probleme auf, derer sich die Bundesärztekammer auch 2011 annehmen wird. Im Hinblick auf die für 2012 vorgesehene Überarbeitung der Richtlinie 2005/36/EG soll zudem der gegenseitige Erfahrungsaustausch mit anderen zuständigen Stellen auf nationaler und europäischer Ebene vertieft werden.

#### 2.4.4 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 Stellen registriert. Derzeit wird im Zuge der Evaluation der Berufsanerkenntnisrichtlinie auf Kommissionsebene diskutiert (siehe Kapitel 2.4.1), die Funktionen des IMI an einen Frühwarnmechanismus entsprechend den Vorgaben der Dienstleistungsrichtlinie anzupassen.

