

## 2. Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten

### 2.1 Ärztliche Ausbildung

Themen zur ärztlichen Ausbildung nehmen in der aktuellen Gesundheitspolitik einen immer höheren Stellenwert ein. Im Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ der Bundesärztekammer erörtern Vertreter maßgeblicher Institutionen und Organisationen regelmäßig aktuelle Fragen zum Medizinstudium und zur Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten. In diesem Beratungsgremium der Bundesärztekammer sind u. a. die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd), der Medizinische Fakultätentag (MFT), das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP), die Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) sowie die Landesärztekammern vertreten. Themenbezogen werden darüber hinaus Einzelexperten als Gäste in die Beratungen einbezogen.

#### 2.1.1 Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte

Mit der am 23.07.2012 in Kraft getretenen Ersten Änderungsverordnung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen richtigen Weg bei der Reform der ärztlichen Ausbildung beschritten, den die Bundesärztekammer gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ausdrücklich begrüßt hat. Zahlreiche Forderungen, die von der deutschen Ärzteschaft in den vergangenen Jahren wiederholt erhoben wurden, finden in Zukunft Anwendung.

#### Änderung der Prüfungsabläufe

Der schriftliche Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung wird mit Stichtag zum 01.01.2014 vom mündlich-praktischen Teil getrennt und vor das Praktische Jahr (PJ) verlagert. Mit dieser Entkoppelung des vielfach auch als „Hammerexamen“ kritisierten Prüfungsverfahrens wird erreicht, dass die Studierenden im schriftlichen Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung zunächst die erforderlichen theoretischen Kenntnisse nachweisen, bevor sie ihr PJ beginnen. Während des Praktischen Jahres können sich die Studierenden dafür besser auf die praktischen Ausbildungsinhalte konzentrieren und dabei auf ihren theoretischen Kenntnissen aufbauen und diese weiter vertiefen. Als einziger Prüfungsabschnitt nach dem PJ verbleibt lediglich noch der mündlich-praktische Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung. Diese Aufteilung ist nicht nur didaktisch äußerst sinnvoll, sondern wird auch in vielen Fällen wieder zu einem schnelleren Absolvieren des Studienabschlusses und einer im Durchschnitt verkürzten Studiendauer führen.

In engem politischem Schulterschluss zwischen Bundesärztekammer, bvmd und Marburger Bund konnte noch bei weit fortgeschrittenem Stadium der parlamentarischen Beratungen über die neue Änderungsverordnung im Bundesrat durch eine konzertierte Aktion verhindert werden, dass die Vorbereitungszeit auf den schriftlichen Teil der ärztlichen Prüfung um ca. vier Wochen gekürzt wird und an anderer Stelle unnötige Leer-

laufzeiten ohne studienbezogene Verwendung entstehen. Damit wären unnötige Lücken und Erschwernisse zwischen den Prüfungsabschnitten und dem Praktischem Jahr entstanden.

### **Intensivierung der Allgemeinmedizinischen Ausbildung**

Die Bundesärztekammer erkennt die in der Änderungsverordnung der Approbationsordnung vorhandenen Bemühungen der Bundesregierung an, die Allgemeinmedizin im Medizinstudium zu stärken, hält sie jedoch in der jetzigen Approbationsordnung nicht für ausreichend geregelt. Das Blockpraktikum in Allgemeinmedizin wurde von einer auf zwei Wochen verlängert. Die Ausbildungsplätze in der Allgemeinmedizin sollen im Praktischen Jahr für das Wahltertial aufgestockt werden. Diese Maßnahmen sind zwar gute Ansätze, die allerdings hinter den Möglichkeiten und Erfordernissen für eine nachhaltige Aufwertung der Allgemeinmedizin zurückbleiben. Alle Universitäten sollten über angemessen ausgestattete Lehrstühle für Allgemeinmedizin verfügen, was derzeit nachweislich nicht der Fall ist. Auch müssen Anbindungen an leistungsfähige Netzwerke von Lehrbeauftragten und allgemeinmedizinischen Lehrpraxen erreicht werden, um den Studierenden schon während des Studiums realistische Einblicke in die hausärztliche Versorgung zu geben, damit sich die Studierenden auf diese Weise an positiven Rollenvorbildern orientieren können. Damit gelingt es am ehesten, Berührungsängste und Vorbehalte gegenüber der abwechslungsreichen und anspruchsvollen hausärztlichen Tätigkeit abzubauen und in diesem vom Ärztemangel besonders stark betroffenen Bereich für eine erfolgreiche Nachwuchsentwicklung zu sorgen.

Jenseits gesetzlicher Maßnahmen hat sich der Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ der Bundesärztekammer zudem dafür ausgesprochen, Informationskampagnen zur Pflichtfamulatur in Allgemeinpraxen, welche insbesondere von der bvmkd initiiert werden, zu unterstützen. Im Zentrum der Kampagnen steht, bei Hausärzten dafür zu werben, dass sich das Angebot der Famulaturstellen erhöht.

### **Schmerztherapie als neuer Querschnittsbereich**

Nachdem es erst vor wenigen Jahren gelungen war, die Palliativmedizin als weiteren Querschnittsbereich in die Approbationsordnung aufzunehmen, wurde nunmehr auch die Schmerzmedizin in einem eigenen Querschnittsbereich ergänzt, wofür sich die Bundesärztekammer ausgesprochen hatte.

### **Flexiblere Gestaltung des Praktischen Jahres**

Das Praktische Jahr gliedert sich nach wie vor in drei Abschnitte (Tertiale) mit je 16 Wochen Dauer. Diese Zeiträume werden aus Sicht der Ärzteschaft benötigt, um in den beiden Pflichtfächern, Innere Medizin und Chirurgie, sowie im klinisch-praktischen Wahlfach die erforderliche Ausbildungstiefe erreichen zu können. Eine weitere Untergliederung des Praktischen Jahres, z. B. in Quartale und einem zusätzlichen Pflichtabschnitt, hätte zu einer weiteren Reglementierung geführt. Dass es bei der jetzigen Reform der Approbationsordnung zunächst bei der bewährten Gliederung geblieben ist, wird von der Bundesärztekammer grundsätzlich begrüßt.

Da sich immer mehr medizinische Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich verlagern, bleiben die Forderungen der Deutschen Ärztetage aktuell, dass sich dies auch in der Ausgestaltung des Praktischen Jahres niederschlägt. Es müssen zukünftig vermehrt Möglichkeiten geschaffen werden, PJ-Tertiale grundsätzlich auch in der ambulanten Versorgung zu absolvieren.

### **Praktisches Jahr in Teilzeit**

Auch die neu aufgenommene Regelung, dass das Praktische Jahr auf Wunsch in Teilzeit abgeleistet werden kann, wird es vielen Studierenden ermöglichen, Familie und Studium besser in Einklang zu bringen. Diesem begrüßenswerten Ziel dient auch die Erhöhung der zulässigen Fehlzeiten von 20 auf 30 Tage, die durch Schwangerschaft, Krankheit oder andere vom Studierenden nicht zu vertretende Gründe entstehen können. Anzuregen ist aus Sicht der Bundesärztekammer eine weitere Ergänzung, die sich ausdrücklich auch auf Pflgezeiten von Angehörigen als zulässige Fehlzeiten bezieht.

### **Auswahl von Lehrkrankenhäusern**

Die vom Bundesministerium für Gesundheit in der Approbationsordnung vorgenommene erweiterte Wahlmöglichkeit unter universitären Ausbildungseinrichtungen für das Praktische Jahr eröffnet den Medizinstudierenden nun auch innerhalb Deutschlands eine Flexibilität, die de facto bei universitären Ausbildungseinrichtungen im Ausland bereits seit längerem besteht. Diese Gleichbehandlung kommt einer langjährigen Forderung der Deutschen Ärztetage nach. Das Anliegen des Ordnungsgebers, die Qualität bzw. Kompatibilität der Ausbildung mit derjenigen der Heimatuniversität mittels eines Ausbildungsplans, z. B. einem Logbuch, regeln zu wollen, ist nachvollziehbar. Darin werden die Lernziele, die Zulassung zum mündlich-praktischen Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung sowie deren erforderlichen Inhalte dargestellt. Die Bundesärztekammer begrüßt, dass die Ausbildungsqualität im Praktischen Jahr u. a. hierdurch bundesweit vergleichbar wird. Die in § 3 Abs. 7 ÄAppO festgelegte Evaluation der Ausbildung kann einer flächendeckend vergleichbaren Ausbildungsqualität vor allem dann dienlich sein, wenn sie von unabhängiger Seite erfolgt.

Bei der Durchführung des Praktischen Jahres in außeruniversitären Ausbildungseinrichtungen sind die bisher angegebenen Strukturanforderungen (Röntgen- und Laborabteilung, Bibliothek, Sektionsraum sowie Aufenthalts- und Unterrichtsräume) weiterhin als notwendige, aber keinesfalls hinreichende Voraussetzungen für eine qualitativ gute Lehre anzusehen. Insofern erscheint es sinnvoll und gerechtfertigt zu sein, zusätzliche flankierende Maßnahmen vorzusehen, um den angestrebten Ausbildungsstandard zu gewährleisten. Neben dem zuvor erwähnten Logbuch und einer Evaluation, deren Ergebnisse bekannt zu geben sind, stellt auch die Benennung eines eigenen Beauftragten für das Praktische Jahr gemäß § 4 Abs. 4 ÄAppO einen guten Ansatz dar.

### **Keine Verkürzung des Krankenpflegepraktikums**

Wenn in der aktualisierten Approbationsordnung auf der einen Seite neue Inhalte aufgenommen oder Umfänge erweitert wurden, hätten auf der anderen Seite auch Reduzierungen oder Begrenzungen erfolgen sollen, damit es nicht zur Überfrachtung des Studiums kommt. Die Bundesregierung ist dem Votum des Deutschen Ärztetages diesbe-

zöglich nicht gefolgt, mehr Freiraum für klinische Ausbildungsinhalte zu schaffen, indem das Krankenpflegepraktikum von drei auf zwei Monate verkürzt werden sollte. Begründet wurde das Petitum des Deutschen Ärztetages damit, dass zum Erwerb eines grundlegenden Verständnisses der Arbeit von Pflegekräften und des Stationsablaufs in einer Klinik ein zweimonatiges Pflegepraktikum ausreicht. Medizinstudierende sollten nicht dafür herangezogen werden, den durch den Wegfall der Wehrpflicht entstandenen Mangel an Ersatzdienstleistenden auszugleichen.

### **2.1.2 Änderung der Ersten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte**

Bereits im Dezember 2012 musste der Bundesrat durch die „Verordnung zur Änderung von Vorschriften über die ärztliche Approbation“ eine in der Ersten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vorgenommene Regelung zur Höhe der Vergütung im Praktischen Jahr klarstellen. Bei der Berechnung der Höchstgrenze für die Ausbildungspauschalen im PJ werden nun auch die Kosten der Unterkunft und gegebenenfalls erhöhte Aufwendungen bei einem Auslandsaufenthalt einbezogen. Der Höchstbetrag steigt somit von 224 auf 597 Euro im Monat. Zudem soll zur Abgeltung des besonderen Bedarfs bei einer Ausbildung im Ausland die Höchstgrenze gegebenenfalls bis zur Höhe der BAföG-Empfängern zustehenden Leistungen steigen, die zur Deckung von Studiengebühren im Ausland und von Reisekosten zum Ort der ausländischen Ausbildung gewährt werden – außerhalb eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder der Schweiz auch um einen monatlichen Auslandszuschlag als Kaufkraftausgleich.

Der Gesetzgeber kommt mit diesen Änderungen einer Forderung von Bundesärztekammer und Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland nach, die sich für eine angemessene Entschädigung ausgesprochen hatten. In einem Schreiben an die Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Bundesrates hatte die Bundesärztekammer davor gewarnt, die Leistungen auf den BAföG-Satz von 373 Euro – wie in der Ersten Änderungsverordnung vorgesehen – zu begrenzen. Auch die Studierenden hatten gefordert, den vollen Höchstsatz nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz als Obergrenze zu definieren, um PJler von einer weiteren Erwerbstätigkeit neben der Stationsarbeit zu entlasten.

### **2.1.3 Studienplatzkapazitäten**

Im Zusammenhang mit der Ersten Änderungsverordnung der Approbationsordnung für Ärzte wurde auch stets eine maßvolle Anhebung der Zahl von Studienplätzen thematisiert. Die Berechnung der Platzkapazitäten für das Medizinstudium basiert in Deutschland auf einer seit vielen Jahren unverändert geltenden Kapazitätsverordnung, die nicht mehr zeitgemäß ist. Es ist nach wie vor Aufgabe des Ordnungsgebers, die sogenannten Curricularnormwerte zu reformieren und den Universitäten mehr Gestaltungsspielraum zur Profilbildung der jeweiligen Standorte und somit individuelle Anreize für eine qualitativ gute Ausbildung zu geben. Unter definierten Bedingungen sollte es möglich sein, die Betreuungsrelationen von Lehrenden zu Studierenden anzuheben, ohne dass sich dies automatisch kapazitätssteigernd auswirken muss.

Bei der aktuellen Bemessung der Anzahl an Medizinstudienplätzen muss die durch die doppelten Abiturjahrgänge und die Aussetzung der Wehrpflicht erhöhte Nachfrage angemessen berücksichtigt werden. Anhebungen der Studienplatzzahlen – insbesondere im klinischen Ausbildungsabschnitt – dürfen nicht zu Lasten der Ausbildungsqualität gehen und können daher nur bei adäquater Ausstattung und Gegenfinanzierung realisiert werden. Da das Medizinstudium eine der kostenintensivsten Hochschulausbildungen ist, muss weiterhin geprüft werden, wie eine Kapazitätserweiterung vernünftig umgesetzt werden könnte. Dabei sind moderate Erhöhungen der Ausbildungskapazitäten bestehender, leistungsfähiger Universitäten gegenüber Neugründungen auch unter Wirtschaftlichkeitsaspekten abzuwägen. Die Bundesärztekammer verfolgt kritisch, wie effektiv und nachhaltig Kooperationsprojekte zwischen deutschen und ausländischen Partnern (z. B. Hamburg – Budapest, Oldenburg – Groningen, Kassel – Southampton) zum Aufbau zusätzlicher Medizinstudienplatzkapazitäten beitragen und ob daraus tatsächlich ein Zugewinn an kurativ tätigen Ärztinnen und Ärzten für das deutsche Gesundheitswesen resultiert.

Gemäß Forderungen der Deutschen Ärztetage hat die Bundesärztekammer die Gesundheitsminister- und die Kultusministerkonferenz aufgefordert, sich für Steigerungen der klinischen Ausbildungskapazitäten an Universitätskliniken und die stärkere Förderung der universitären Allgemeinmedizin einzusetzen. Beide Anliegen hängen zusammen und weisen auf den dringenden Reformbedarf der Kapazitätsverordnungen hin, die sich stärker an den aktuellen Versorgungskonzepten und -bedürfnissen und weniger an starren überholten strukturellen Rahmendaten wie Bettenzahlen orientieren müssen. Die Bundesärztekammer wird dieses Ziel auch in der Zukunft weiter eng verfolgen.

#### **2.1.4 Zugangsvoraussetzungen/Auswahlverfahren zur Zulassung zum Medizinstudium**

Eng verknüpft mit der Anzahl an Studienplätzen sind Zugangsvoraussetzungen zum Medizinstudium. Nach wie vor bewerben sich in Deutschland vier bis fünf Interessenten auf einen Studienplatz in der Medizin. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Abwanderung von jungen Ärztinnen und Ärzten aus der kurativen Versorgung in besser dotierte und familienfreundlichere Arbeitsfelder fragt es sich, ob das Kriterium „Numerus clausus“ weiterhin das maßgebliche Auswahlkriterium für die Zulassung zum Medizinstudium sein kann. Vielmehr sollten nach Auffassung der Ärzteschaft bei der Auswahl von Bewerbern um einen Medizinstudienplatz neben kognitiven Fähigkeiten verstärkt auch soziale Kompetenzen berücksichtigt werden, die wesentlich zur späteren Ausübung des Arztberufs in der Patientenversorgung beitragen können. Wichtige Aspekte hierbei sind Empathie, Einfühlungsvermögen und Teamfähigkeit, die sich weniger an Schulnoten oder Testfragen, sondern eher an erfolgreich abgeschlossenen Berufsausbildungen, Praktika oder nachgewiesenem sozialem Engagement im Gesundheitsbereich ablesen lassen. Der Deutsche Ärztetag unterstreicht immer wieder seinen Appell an die Universitäten und Medizinischen Hochschulen, die ihnen zur Verfügung stehenden Spielräume bei der Ausgestaltung der hochschuleigenen Auswahlverfahren zur Zulassung zum Medizinstudium zu nutzen und die für die Eignung zum Arztberuf relevanten sozialen Kompetenzen vermehrt zu berücksichtigen.

### 2.1.5 Nachwuchsförderung

Eine weitere Folge des unzureichenden Studienplatzangebots sowie gleichzeitig der zunehmenden Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten ist der für eine flächendeckende Versorgung bedrohliche Nachwuchsmangel in bestimmten Regionen Deutschlands sowohl in der ambulanten wie auch stationären Versorgung. In den vergangenen Jahren konnten rund 5.500 ärztliche Vollzeitstellen in deutschen Krankenhäusern nicht adäquat besetzt werden, und niedergelassene Ärzte fanden beim Eintritt in den Ruhestand vielfach keine geeigneten Praxisnachfolger. Dieser Missstand wird sich den Prognosen zufolge in den kommenden Jahren weiter verschärfen, weil die Nachwuchsentwicklung den Ersatz- und Ergänzungsbedarf an praktisch tätigen Ärzten immer weniger decken kann.

Vor diesem Hintergrund hatte der Vorstand der Bundesärztekammer eine Projektgruppe unter Leitung von Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, mit einer Bestandsaufnahme und Bewertung von Maßnahmen zur Nachwuchsförderung/-gewinnung von Ärzten für die kurative Versorgung beauftragt. Der Projektbericht war dem Vorstand der Bundesärztekammer Mitte 2011 vorlegt worden und wies über 80 Einzelmaßnahmen und Maßnahmenbündel auf, welche auf die jeweiligen regionalen Erfordernisse und Möglichkeiten eingehen. Am häufigsten anzutreffen sind Informations- und Beratungsangebote, Service- und Vermittlungsleistungen sowie finanzielle Anreiz- und Förderprogramme. Zuschnitt und Ausrichtung der dargestellten Maßnahmen orientieren sich vorwiegend an der regionalen bzw. lokalen Bindungswirkung und sind auf den Verbleib von Ärzten in der dortigen Patientenversorgung ausgerichtet. Die Zielgruppen umfassen Schüler, Studierende und Ärzte verschiedener Alters- und Fachgruppen im In- und Ausland. In einigen Bundesländern werden die verschiedenen Einzelmaßnahmen auf Informationsplattformen zusammengefasst bzw. durch regionale Netzwerke koordiniert.

Im Jahr 2012 war dieser Bericht – auch außerhalb der Ärztekammern – nach wie vor sehr nachgefragt. Insofern hat auch der 115. Deutscher Ärztetag 2012 in Nürnberg dem Thema Nachwuchsmangel einen hohen Stellenwert eingeräumt und zum Ausdruck gebracht, dass es ein Grundanliegen der verfassten Ärzteschaft ist, den ärztlichen Nachwuchs zu fördern und sich für deren Belange einzusetzen. Das Projekt hat sich somit als Auftakt für eine permanente Bearbeitung und Darstellung von Möglichkeiten bewährt, wie der ärztliche Nachwuchs adressiert und motiviert werden kann, damit die nachwachsenden Ärztgenerationen auch weiterhin bereit sind, sich einer ärztlichen Tätigkeit in der unmittelbaren Patientenversorgung – insbesondere auch jenseits von Ballungszentren – zu widmen.

### 2.1.6 Arzt-Patienten-Kommunikation

Ein zentrales Thema im Jahr 2012 war die Ausgestaltung der Lehre, um in Vorbereitung auf die ärztliche Berufsausübung frühzeitig bei allen Ärztinnen und Ärzten die für ein gutes Patienten-Arzt-Verhältnis erforderliche Kommunikationskompetenz zu entwickeln.

Im Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ der Bundesärztekammer wurden Fragen zur Kompetenzvermittlung von Kommunikation

und Empathie intensiv erörtert. Es wurde diskutiert, ob die während des Studiums nachlassende Empathie der Studierenden möglicherweise durch spezifische Stressoren zu erklären sei, z. B. durch Prüfungen, die familiäre Situation oder anderes. Möglicherweise handelt es sich um ein passageres Phänomen und die Empathie nimmt mit dem Einstieg in den Arztberuf und mit zunehmender Berufspraxis wieder zu. Derzeit liegen hierzu noch keine longitudinalen Daten vor. Auch kausale Fragestellungen scheinen in der Forschung bisher noch nicht gut untermauert zu sein. Welcher Raum und welcher Rahmen in der Lehre für geeignet erachtet wird, diese Kompetenzen zu schulen, konnte abschließend noch nicht beantwortet werden. Insbesondere wurde darauf eingegangen, ob es sich um eigenständige oder um kombinierte Vermittlungen im Rahmen anderer klinischen Tätigkeiten oder Fertigkeiten handeln soll. Wichtig war die Feststellung, dass die eingangs ganz offensichtlich in hohem Maße vorhandene Empathie Teil der Motivation ist, das Medizinstudium zu beginnen, und es während des Medizinstudiums vor allen Dingen darum geht, diese zu erhalten. Im Hinblick auf „Self Care“ ist zu berücksichtigen, dass dieser Aspekt offenbar individuellen Kriterien unterliegt. Das komplexe Gefüge zwischen Kommunikation und Empathie einerseits und anderen ärztlichen Grundfertigkeiten sowie sozialen Erwartungen und Rahmenbedingungen andererseits lässt sich einer systematischen wissenschaftlichen Erforschung nur schwerlich zuführen.

Die Befassung mit diesem Thema macht allerdings deutlich, dass Kommunikation wesentlich dazu beitragen kann, in der zunehmend technisierten Medizin wichtige Balancen zu halten. Für Ärztinnen und Ärzte besteht zunehmend die Herausforderung, sich im Rahmen von Self Care auch um ihre eigenen Belange zu kümmern und unter den sich verschärfenden ökonomischen und sonstigen Anforderungen mit Themen wie Kommunikation und Empathie vertiefend auseinanderzusetzen. Das Hochschulgremium plädiert u. a. dafür, spezielle Angebote zu Medical Self Care an den Medizinischen Fakultäten vermehrt anzubieten.

### 2.1.7 Nationaler kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM)

Die Entwicklung des Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) kam im Jahr 2012 deutlich voran. Durch die Einrichtung einer eigenen Geschäftsstelle bei der Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) konnte die Koordinierung der vielen Arbeitsgruppen und Unterarbeitsgruppen effektiv begleitet werden, sodass der erste öffentliche Entwurf des NKLM mit weiteren Gruppierungen – z. B. den wissenschaftlichmedizinischen Fachgesellschaften und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – im Frühjahr 2013 diskutiert werden soll. Die Bundesärztekammer beteiligt sich intensiv an diesem Projekt, das für die Kompetenzbereiche „Medizinischer Experte (Expertiseentwicklung)“, „Kommunikator“, „Interprofessioneller Partner“, „Verantwortungsträger (Manager)“, „Gesundheitsberater und Gesundheitsfürsprecher“, „Wissenschaftler und Lehrer“ sowie „Professionelles Vorbild“ spezifische Lernziele entwickeln möchte. Das Anliegen der Bundesärztekammer besteht darin, theoretische und klinisch-praktische Ausbildungsinhalte optimal zu gewichten sowie die Notwendigkeit zum Erwerb naturwissenschaftlichen Grundlagenwissens hervorzuheben.



Im Berichtszeitraum wurde in Anlehnung an den NKLM auch ein „Nationaler kompetenzbasierter Lernzielkatalog für die Zahnmedizin“ (NKLZ) in Arbeit genommen, welcher die auch von Bundesärztekammer und Bundeszahnärztekammer befürwortete Verschränkung der beiden Studiengänge beflügeln wird. Auf den Vorerfahrungen des NKLM aufbauend, kommt die Ausgestaltung des NKLZ entsprechend zügig voran.

Bei einem derart komplexen Projekt wie dem NKLM bzw. NKLZ ist ein sinnvoller Kompromiss zwischen Pragmatik und Perfektion unabdingbar. Die in diesen Projekten zusätzlich erworbenen Methodenkompetenzen werden allen beteiligten Akteuren auch in Zukunft dabei helfen, z. B. bei weiteren Entwicklungen der Approbationsordnung noch besser und zielgerichteter Einfluss nehmen zu können. Die Bundesärztekammer wird diese Entwicklungen weiterhin eng begleiten.

### **2.1.8 Bologna-Prozess: Bachelor- und Masterstrukturen**

Die Hochschulrektorenkonferenz (HRK), die seit Jahren den Bologna-Prozess immer nur in Bezug auf seine Zielsetzung gesehen und positiv bewertet hat, kommt in ihrer aktuellen Bilanz zu dem Ergebnis, dass sich in den Studiengängen, die in die Bachelor-/Masterstruktur überführt wurden, eine gewisse „Bologna-Prozess“-Ernüchterung breit gemacht hat. Viele der anvisierten Ziele konnten nicht erreicht werden. Dazu zählt z. B. die Verbesserung der Mobilität, die im Gegenteil abgenommen hat, da die Studiengänge immer weniger vergleichbar werden. Dort, wo in der Medizin umgestellt wurde, wie z. B. in den Niederlanden, erfolgte dies ohne inhaltliche Reform des Studiengangs, sondern lediglich über die Umwidmung der Vorklinik als Bachelorstudium und des Klinischen Abschnitts als Masterstudium. Damit sind dort jedoch Möglichkeiten verpasst worden, das Medizinstudium selbst zu reformieren. Auch ist die Abbrecherquote in den Bachelor- und Masterstudiengängen extrem angestiegen. Insofern hat es sich bewährt, dass in Deutschland in der Medizin und in der Rechtswissenschaft keine Umstellungen auf diese Struktur erfolgt sind. Der erforderliche Reformbedarf, den es permanent gibt, konnte genauso gut bzw. besser durch Änderung der Approbationsordnung angegangen werden.

### **2.1.9 Neue Studiengänge im Gesundheitswesen**

Da sich das medizinische Wissen rasant entwickelt und in manchen Bereichen etwa alle fünf Jahre verdoppelt, werden weitere Anpassungen der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) auch in Zukunft in regelmäßigen Abständen erforderlich sein. Neben den inhaltlichen Aspekten wird künftig ein zunehmendes Augenmerk nicht nur auf die Vermittlungsweise von Wissen zu richten sein, sondern auch auf die Rahmenbedingungen, unter denen die Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten stattfindet. Das Medizinstudium soll jedoch seine eingliedrige Struktur und den einheitlichen Abschluss mit dem Staatsexamen unverändert beibehalten und wie oben beschrieben nicht in ein Bachelor-/Masterstudium überführt werden. Auch die Verknüpfung des Medizinstudiums mit der Ausbildung anderer Gesundheitsberufe in einer Art „Common Trunk“ wird seit Jahren von der Ärzteschaft vehement abgelehnt. Die Bundesärztekammer wird sich andererseits konstruktiv in eine sinnvolle Gestaltung der ärztlichen Ausbildung einbringen und alle Entwicklungen aufmerksam verfolgen.



Zur hochschulischen Qualifikation für das Gesundheitswesen hat der Wissenschaftsrat nach zwei Anhörungsrunden, an denen unter anderem die Bundesärztekammer und der Medizinische Fakultätentag (MFT) beteiligt waren, seine Empfehlungen vorgelegt. Eine schriftliche Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin wurde in Abstimmung der dort vertretenen Organisationen im Juli 2012 abgegeben. Die Bundesärztekammer betrachtet das Thema der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe im Kontext einer längeren Auseinandersetzung, die unter anderem im Vorjahr in einem Dialogforum bei der Bosch-Stiftung geführt wurde. Grundsätzlich sind der Teamansatz und das Anliegen, Synergien zu nutzen, zu begrüßen. Akademisierung darf jedoch kein Selbstzweck sein. Der Arzt muss die medizinische Letztverantwortung behalten und kann in diesem Zusammenhang zum Mittel der Delegation greifen. Die Substitution ärztlicher Kernleistungen durch andere Berufsgruppen wird jedoch durchgängig abgelehnt. Davon abzukoppeln ist die Diskussion um die Akademisierung von Gesundheitsfachberufen, die der Wissenschaftsrat u. a. mit der Argumentation eines „Reflective Practitioner“ begründet. Für die AG Hochschulmedizin beim Deutschen Hochschulverband, der auch die Bundesärztekammer angehört, darf keine Zwangsakademisierung im großen Umfang ohne entsprechende argumentative und finanzielle Grundlage in Angriff genommen werden. Hierdurch können vielmehr die tatsächlich vorhandenen Probleme, z. B. in der Pflege, weiter verschärft werden.

Auch am Beispiel des Rettungswesens zeigt sich, dass unter den Bedingungen des Ärztemangels neue Studiengänge entwickelt werden, die sich als neue Versorgungsebenen bzw. „Zwischenebenen“ mit eigenständigem, direktem Patientenzugang verstehen und dazu führen können, dass funktionierende Systeme ausgehöhlt werden. Im Bereich der Notfallmedizin ergeben sich besondere Probleme, wenn Hochschulen Ausbildungsgänge anbieten und diese in zum Teil irreführender Weise bewerben, ohne dass diesen ein entsprechendes Berufsbild und eine gesetzliche Legitimation zugrunde liegen (Beispiel: Hochschule Rheine).

Aufgrund historischer Gegebenheiten gibt es an manchen Universitäten oder Medizinischen Fakultäten (z. B. Charité) Studiengänge für Gesundheitsfachberufe, die im Zuge der Bologna-Reform in die Bachelor-/Masterstruktur überführt wurden. An anderen Universitäten werden neue Studiengänge für Gesundheitsfachberufe etabliert, bei denen nicht selten Kooperationen mit Fachhochschulen auch seitens der Aufsichtsbehörden gefordert werden. Als Begründung wird u. a. angeführt, dass ein stärkerer Praxisbezug auf diesem Wege erzielt werden soll.

Problematisch wird vor allem die Vermarktung dieser Qualifizierungsangebote gesehen, die mit zum Teil irreführenden Formulierungen berufliche Tätigkeitsfelder anpreisen, deren Zugang gesetzlich anderweitig reglementiert ist. Von Seiten der ärztlichen Selbstverwaltung existieren allerdings wenig direkte Eingriffsmöglichkeiten, da die Verantwortung bei den Zulassungs- und Akkreditierungsstellen liegt.

Die Verknüpfung der Debatten um Ärzte- und Fachkräftemangel im Gesundheitswesen mit Fragen von Delegation und Substitution behindern sachliche Lösungsansätze, in deren Zentrum vielmehr die Patientensicherheit stehen sollte. Diese Entwicklung wird von der Ärzteschaft mit Skepsis und Sorge betrachtet und muss auch in der Zukunft weiter sorgfältig beobachtet werden.

### **2.1.10 Evaluierung von Modellstudiengängen in der Medizin**

Die Modellstudiengänge in der Medizin lagen im Jahr 2012 erneut im Zentrum der Aufmerksamkeit. Sowohl die Jahrestagung der Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) als auch der Wissenschaftsrat haben sich die Bewertung der Modellstudiengänge zur Aufgabe gestellt. Der Wissenschaftsrat hat im Herbst 2012 begonnen, nach einem publizierten Standardverfahren eine Evaluation an den betroffenen Universitäten unter den Stichwörtern „erforderliche Änderungen der ärztlichen Approbationsordnung“, „interprofessionelle Ausbildung“ und „Dialog mit medizinischen Fachberufen“ durchzuführen. Es ist beabsichtigt, das Ergebnis der Analysen im Frühjahr 2013 zu publizieren.

Sehr gespannt muss man auf die Darstellung sein, wie positive Aspekte der Reformstudiengänge in den Regelbetrieb überführt werden können. Alle bisherigen regionalen Erhebungen zeigen die höhere Zufriedenheit und das bessere Abschneiden der Studierenden in den Reformstudiengängen. Diese Ergebnisse werden voraussichtlich auch in der Erhebung des Wissenschaftsrats sowie weiteren Längsschnitterhebungen zu beobachten sein.

### **2.1.11 Hygiene an den Hochschulen in Lehre und Forschung**

Angesichts der gestiegenen Gefahren durch nosokomiale Infektionen, zunehmende Antibiotikaresistenzen und die Stagnation bei der Entwicklung neuer Antibiotika hat sich der Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ der Bundesärztekammer mit der Frage befasst, ob die gegenwärtig verbliebenen zwölf Lehrstühle für Hygiene an deutschen Universitäten ausreichen, dieses inzwischen „kleine Fach“ ausreichend in Lehre und Forschung zu vertreten. Dadurch, dass sich die ärztliche Ausbildung und die Hochschulstandorte in Deutschland vorrangig an sich wandelnden – zum Teil stark ökonomisch ausgerichteten – Rahmenbedingungen orientiert, treten inzwischen deren unmittelbaren Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung deutlich zu Tage. Auch wenn in Hygieneverordnungen der Länder vordergründig dem Defizit entgegengesteuert wird, genügt dies nicht, um die nach wie vor essenzielle Forschung und Lehre in Hygiene als Grundlage einer jeglichen modernen Medizin ausgleichen zu können. Die über längere Zeit defizitäre Forschungsbilanz in diesem Bereich muss dringend zeitnah ausgeglichen werden.

### **2.1.12 Entwicklung computergestützter Prüfungen**

Das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) beschäftigt sich derzeit intensiv damit, die Prüfungen auf Computer umzustellen, und hat hierfür bereits einige Probeläufe veranstaltet, die wertvolle Erfahrungen gebracht haben. Eine solche Umstellung kann nicht kostenneutral erfolgen, sodass zunächst beabsichtigt ist, mit der Umstellung der kleineren Studiengänge zu beginnen. Erste Schritte werden bei der Prüfung der Psychotherapeuten vorgenommen, dann bei den Apothekern, und schließlich, nicht vor dem Jahr 2015/2016, werden die Prüfungen für Mediziner folgen.

Die Bedingungen für computergestützte Prüfungen sind weltweit sehr unterschiedlich. Erfahrungsgestützte Bedenken bezüglich der Sicherheit werden sehr ernst genommen und z. B. durch die physikalische Trennung der Netze in jedem Prüfungsraum von jeder externen Internetverbindung realisiert. Das IMPP verwendet ausschließlich eigene Software und eine zeitgemäße Verschlüsselungstechnik. Es ist auch bei der computergestützten Prüfungsdurchführung erforderlich, dass zeitgleich die gleichen Fragen vorgelegt werden.

Großer Wert wird auch auf ein sogenanntes Ausfallkonzept bei technischem Versagen gelegt, das mehrstufig abgesichert werden muss, damit in jedem Fall ein ordnungsgemäßer Ablauf einer Prüfung gewährleistet wird. Einzige nicht regulierbare Ausnahme wären kriminelle Eingriffe von außen, die auch bei konventionellen Prüfungen niemals ausgeschlossen werden können.

Grundsätzlich hat sich der Umgang mit Computern jedoch als kulturelle Errungenschaft so weit verbreitet und sich die Software so weit an die Nutzerbedürfnisse angepasst, dass der Einsatz auch in Staatsprüfungen keine wesentliche Hürde mehr darstellen dürfte. In den kommenden Jahren wird der Austausch über die Anwendungspraxis von computergestützten Prüfungen zwischen denjenigen Fakultäten, die seit längerem Erfahrungen mit der neuen Prüfungstechnik gesammelt haben, auch von der Bundesärztekammer begleitet werden.

## 2.2 Ärztliche Weiterbildung

### 2.2.1 Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003

Auf Basis der Ärztetagsanträge und Grundsatzbeschlüsse der letzten Jahre haben Bundesärztekammer und Landesärztekammern im Jahr 2012 gemeinsam das Strukturkonzept für eine grundlegende Reform der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) entwickelt. Die in den ersten Diskussionen angedachte Struktur einer modularen Gliederung der Weiterbildungsinhalte wurde nach einer grundlegenden Überprüfung verlassen und stattdessen eine kompetenzbasierte inhaltliche Neustrukturierung der MWBO erarbeitet. Dabei soll die bewährte Gliederung der MWBO in die Abschnitte A, B und C erhalten bleiben. Zusätzlich soll ein Abschnitt D in die MWBO eingeführt werden, um eine strukturierte, theoretische (berufsbegleitende) Weiterbildung unter Supervision zu ermöglichen und auf diese Weise z. B. kurzfristig zu regelnde Vorgaben des Gesetzgebers wie die genetische Beratung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) abzubilden oder eine Nachqualifikation bei neu eingeführten Bezeichnungen zu erleichtern.

Weiterbildungsinhalte sollen künftig in Kompetenzblöcken anstelle der bisherigen kleinteiligen Spiegelstrich-Aufzählungen dargestellt werden, denen bestimmte Kompetenzlevel zugeordnet sind. Die Intensität, in welcher sich die in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte mit Krankheitsbildern des Gebietes befassen sollen, wird anhand folgender vier Kompetenzlevel festgelegt, welche Kenntnisse, Erfahrungen, Fähigkeiten und nicht zuletzt Fertigkeiten beschreiben, die mit realistischen versorgungsbezogenen Richtzahlen belegt werden können:

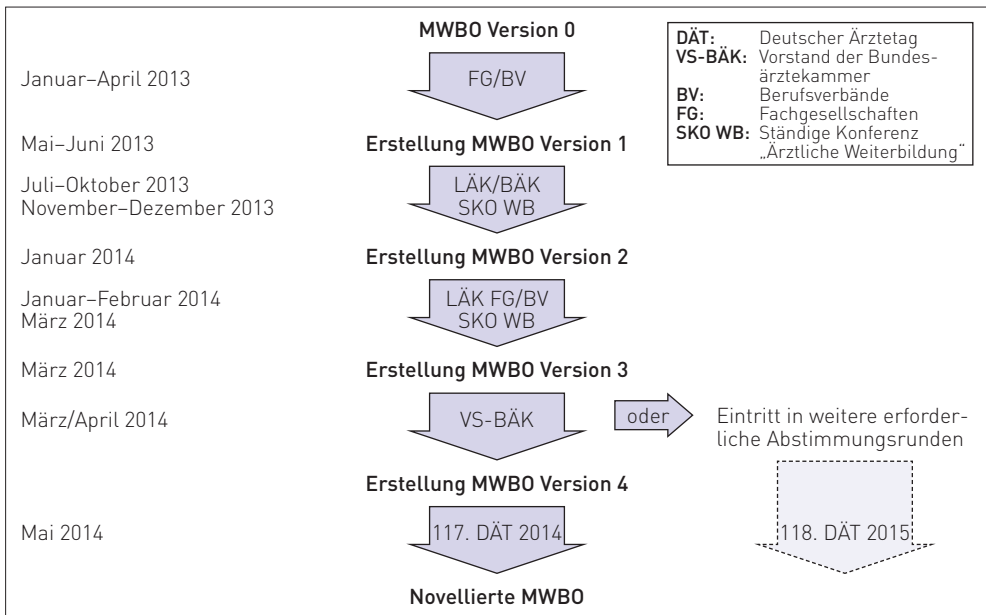
- **Level 1** beschreibt die Kompetenz, die mit erfolgreichem Abschluss des Medizinstudiums erworben wurde und Voraussetzung für den Beginn der Weiterbildung ist. Level 1 ist nicht Gegenstand der Kompetenzbeschreibung in der MWBO.
- **Level 2** beschreibt eingehende Kenntnisse in Bezug auf die Vorbeugung (Prävention), Früherkennung, Erkennung (Symptomatologie), Diagnostik, Differentialdiagnostik, konservative und operative Behandlung (Therapie), Nachsorge und Rehabilitation der wesentlichen Krankheitsbilder bzw. Handlungsfelder des Kompetenzblocks.
- **Level 3** beschreibt Erfahrungen und setzt die Fähigkeit voraus, medizinische Maßnahmen bei den wesentlichen Krankheitsbildern/Handlungsfeldern des Kompetenzblocks anzuwenden.
- **Level 4** beschreibt die über die erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fähigkeiten hinausgehenden Fertigkeiten in Bezug auf konservative und operative Untersuchungs- und Behandlungsverfahren der wesentlichen Krankheitsbilder/Handlungsfelder des Kompetenzblocks, welche selbständig und routinemäßig durchgeführt werden.

Um die kompetenzbasierte Gestaltung einer Weiterbildungsbezeichnung zu demonstrieren, haben die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer ein Musterbeispiel anhand des Fachgebiets Urologie und auf dieser Basis ein Raster für die Übertragung von Weiterbildungsinhalten in Kompetenzblöcke für andere Gebiete erstellt. Diese sogenannte Nullversion der MWBO ist auf einer interaktiven elektronischen Plattform (WIKI-BÄK) hinterlegt. Fachgesellschaften und Berufsverbände werden auf diese Weise direkt in den Reformprozess eingebunden. Die erstmals eingesetzte EDV-technische Unterstützung soll den Novellierungsprozess während des gesamten Projektverlaufs transparent und flexibel gestalten und diesen hierdurch deutlich vereinfachen.

Auf der WIKI-BÄK-Plattform für die Novellierung der MWBO sind die Zugriffsrechte der Nutzer eindeutig festgelegt. Die Fachgesellschaften erhalten als federführend zuständige Organisationen („Editoren“) das Schreibrecht für das jeweils eigene Fach, Berufsverbände und Dachorganisationen als „Partner“ ein universelles Lese- und Kommentarrecht.

Ende des Berichtsjahres sind ca. 250 zu beteiligende Organisationen über das Verfahren, die erforderliche Zuarbeit sowie den individuellen Zugang zu WIKI-BÄK schriftlich informiert worden. Bis Ende April 2013 soll zu jeder Weiterbildungsbezeichnung ein konsentierter Vorschlag der Fachexperten auf der WIKI-Plattform vorliegen.

Aus den Rückläufen wird die Bundesärztekammer in den Monaten Mai bis Juni eine MWBO Version 1 als Gesamtprodukt erstellen. Den Fachgesellschaften, Berufsverbänden und weiteren Organisationen bleibt – nach Abschalten der Schreibrechte für die MWBO Version Null – das Lese- und Kommentarrecht auch nach dieser Abgabefrist erhalten. In einem nächsten Schritt werden Bundesärztekammer und Landesärztekammern in das weitere (kammerinterne) Konvergenzverfahren eintreten, um alle Vorschläge im Einzelnen zu diskutieren. Es ist geplant, die Novelle der MWBO nach Beratung in den zuständigen Ärztekammergremien dem Deutschen Ärztetag 2014 zur Verabschiedung vorzulegen.



**Abbildung 1:** Zeitplan zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

### Beziehung zu Fachgesellschaften und Berufsverbänden

Aus den Erfahrungen mit der Umsetzung der MWBO 2003 und in Anbetracht des wissenschaftlich-technischen Fortschritts sowie der realen Versorgungsstrukturen hat sich bereits in den letzten Jahren ein relevanter fachlicher und berufspolitischer Änderungsbedarf für die MWBO ergeben. Daher wurden der Bundesärztekammer auch 2012 wieder kontinuierlich Vorschläge von Fachgesellschaften und Berufsverbänden für Anpassungen, Änderungen oder die Neuaufnahme von Weiterbildungsbezeichnungen eingereicht. Umfassende Änderungen und Hinweise, die erst weit nach Ablauf der definierten Rückmeldefrist eingegangen sind, konnten im Rahmen der letzten Überarbeitung der MWBO im Jahr 2010 zum Teil nicht berücksichtigt werden und sind auf Beschluss der Weiterbildungsgremien für die jetzige Strukturnovelle der MWBO vorgesehen. Im Zusammenhang mit den eingereichten Änderungswünschen oder strategischen Überlegungen zur Weiterbildung werden von den Fachexperten regelmäßig Gesprächswünsche an die Bundesärztekammer herangetragen. Im Berichtsjahr wurde eine Vielzahl an Gesprächsterminen zu Fragen der Weiterbildungsinhalte und -zeiten bestehender Weiterbildungsgänge sowie zur Neukonzeption von Zusatzbezeichnungen durchgeführt. Neben der Weiterentwicklung der Gebiete Innere Medizin und Chirurgie, ging es dabei u. a. um die Zukunft der Geriatrie sowie die Einführung und Ausgestaltung neuer Zusatz-Weiterbildungen in der MWBO, wie z. B. Transplantationsmedizin, Sexualmedizin sowie Interdisziplinäre Notaufnahme. Im letzten Drittel des Jahres mehrten sich Anfragen zum Verfahren der Novellierung der MWBO und zur kompetenzbasierten Gestaltung der Weiterbildungsinhalte sowie zu deren technischer Umsetzung auf der WIKI-Plattform.

Da in Zeiten des Ärztemangels auch zunehmend Weiterbildungsfragen auf der Tagesordnung bundesweiter Kongresse und weiterer Veranstaltungen der Fachgesellschaften und Berufsverbände stehen, war die Bundesärztekammer auch im Berichtsjahr 2012 fast wöchentlich bei anfragenden Organisationen präsent, um Vorträge zu Weiterbildungsthemen bzw. zur Novellierung der MWBO zu halten.

### **2.2.2 Vereinheitlichung von Qualifikationen im Berufs- und Sozialrecht/ Gebietszugehörigkeit ärztlicher Leistungen**

Seit Jahren und mit wachsender Intensität beklagen Fachärzte, die in die Niederlassung streben, dass die Qualifikation, die sie durch die Facharztprüfung erlangt haben, dort nur zum Teil anerkannt wird und durch gesonderten Nachweis im Rahmen von Qualitätsvereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung ergänzt werden muss. Die Ärztekammern haben sich dieses Anliegens angenommen und fordern seit langem, die berufs- und sozialrechtlichen Anforderungen an die ärztlichen Qualifikationen in Einklang zu bringen. Zuletzt hat der 115. Deutsche Ärztetag 2012 gefordert, dass sich Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) verstärkt für eine Harmonisierung der berufs- und vertragsarztrechtlichen Vorgaben für Qualifikationsanforderungen einsetzen. Im Berichtsjahr 2012 hat sich der gemeinsam von der Bundesärztekammer und der KBV eingerichtete Ausschuss „Gebietszugehörigkeit ärztlicher Leistungen“ mit der Harmonisierung bzw. besseren Abstimmung von Berufs- und Sozialrecht, insbesondere mit der Diskrepanz zwischen den Vorgaben der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) und dem Weiterbildungsrecht befasst. Auch wenn vorangegangene Bemühungen um eine Angleichung der Vorgaben, z. B. im Zuge von Änderungen des SGB V, vorläufig nicht durchgesetzt werden konnten, haben Bundesärztekammer und KBV bekräftigt, die Interessen der Ärzteschaft noch wirksamer gegenüber der Politik zu vertreten.

In der anstehenden Novellierung der MWBO sieht der Ausschuss „Gebietszugehörigkeit ärztlicher Leistungen“ eine gute Gelegenheit, der Auseinanderentwicklung von Sozial- und Weiterbildungsrecht durch stärkere Konzentration auf die fachlichen Kernkompetenzen sowie eine flexiblere Gestaltung der ärztlichen Weiterbildung, auch im Hinblick auf veränderte Lebens- und Arbeitsentwürfe, insbesondere auf eine stärker ambulant ausgerichtete Versorgung, entgegenzuwirken. Für die KBV könnten über die neu strukturierte Weiterbildungsordnung mit Kompetenzlevel bestimmte Leistungen ggf. besser definiert und bestimmten Gebieten zugeordnet werden, als dies über Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V erreichbar ist. Bundesärztekammer und KBV haben vereinbart, durch eine engmaschige Abstimmung sowohl auf Arbeits- wie auch auf Entscheidungsebene künftig präventiv vorzugehen, um Verwerfungen zwischen Sozial- und Weiterbildungsrecht von vornherein zu vermeiden. In diesem Zusammenhang wurde eine Arbeitsgruppe „Sonografie“ eingerichtet, die sich zunächst mit dem Abgleich der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Ultraschalldiagnostik mit den entsprechenden Vorgaben der Weiterbildungsordnung befasst, um ggf. im Rahmen der Novellierung der MWBO Angleichungen von Richtzahlen vorzunehmen und in einem nächsten Schritt auch weitere relevante Qualitätssicherungsvereinbarungen mit der MWBO abzugleichen mit dem Ziel, die Richtzahlen zu vereinheitlichen.

### 2.2.3 Finanzierung der Weiterbildung und Stärkung der ambulanten Weiterbildung

Nach fester Etablierung des DRG-Systems finden in zunehmendem Maße Grundsatzdiskussionen über die Finanzierung der Weiterbildung statt. Anlass, über die Finanzierung der Weiterbildung erneut nachzudenken, war u. a. die Übernahme des DRG-Systems in der Schweiz, wo die Kantone die Finanzierung der Weiterbildung übernommen haben. Weitere Ländervergleiche ergeben ein uneinheitliches Bild, bieten aber insgesamt Anregungen für eine Überarbeitung des Finanzierungskonzepts der ärztlichen Weiterbildung in Deutschland. Daraus entstand unter anderem die Idee, aus dem Gesundheitsfonds einen Strukturfonds für die Weiterbildung zu gründen. Mittels eines Modellprojekts auf Landesebene für die Gebiete Anästhesiologie, Chirurgie und Innere Medizin sollen erste Erfahrungen mit einem neuen Finanzierungskonzept gesammelt werden. Auch soll die ambulante Versorgungsebene stärker einbezogen werden.

Ärztliche Leistungen verlagern sich zunehmend in den ambulanten Sektor, was sich auf die Qualität der Weiterbildung auswirken kann, indem bestimmte Inhalte (fast) nur noch dort zu erlernen sind. In der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) sind ambulante und stationäre Bereiche bisher grundsätzlich gleichberechtigt. Praktisch stellt sich die Situation allerdings so dar, dass jenseits von Förderprogrammen wie in der Allgemeinmedizin ein Großteil der Weiterbildung im stationären Bereich stattfindet. Zur Begründung werden häufig die finanziellen Rahmenbedingungen genannt, die es Praxen erschweren, sich mehr in der Weiterbildung zu engagieren. Eine wesentliche Voraussetzung zur Stärkung der ambulanten Weiterbildung kann daher die (Re-)Finanzierung der in der MWBO festgeschriebenen angemessenen Vergütung der Berufstätigkeit der weiterzubildenden Ärzte darstellen.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 hat mehrere Anträge zur Stärkung der ambulanten Weiterbildung verabschiedet bzw. an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen. Unter anderem wurde die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vom 115. Deutschen Ärztetag aufgefordert, gemeinsam mit den Krankenkassen und der Politik die erforderlichen finanziellen Voraussetzungen zu schaffen (DÄT-Drs. IV-14). Für die KBV haben obligate Weiterbildungsabschnitte im ambulanten Bereich in der MWBO einen berufspolitisch hohen Stellenwert. Eine Verankerung obligater Weiterbildungsabschnitte in der ambulanten Versorgung wird von den Weiterbildungsgremien allerdings abgelehnt, solange eine tarifgerechte Bezahlung der in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte nicht sichergestellt ist.

Der Vorstand hat die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer gebeten, dem 116. Deutschen Ärztetag 2013 ein Konzept zur ambulanten Weiterbildung vorzulegen. Zur Erarbeitung eines konkreten Vorschlags zur Stärkung der ambulanten Weiterbildung unter besonderer Berücksichtigung der Finanzierungsthematik wurde eine dezentalsübergreifende Arbeitsgruppe „Ambulante Weiterbildung“ in der Bundesärztekammer eingerichtet.



## 2.2.4 Quereinstieg in die Allgemeinmedizin

Angesichts des drohenden Hausärztemangels und in Umsetzung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetags 2011 hatte der Vorstand der Bundesärztekammer im Oktober 2011 die Empfehlung für den „Quereinstieg in die Allgemeinmedizin“ als Handreichung für eine möglichst bundeseinheitliche Umsetzung in den Landesärztekammern beschlossen.

Als Quereinsteiger werden Fachärzte/innen anderer Gebiete der Patientenversorgung bezeichnet, die eine Facharztanerkennung im Gebiet Allgemeinmedizin anstreben und sich zu diesem Zwecke weiterbilden.

Mit dieser Empfehlung soll interessierten Fachärztinnen und -ärzten aufgezeigt werden, unter welchen Voraussetzungen der Quereinstieg in die Allgemeinmedizin möglich ist. Für die Erlangung der Facharztanerkennung Allgemeinmedizin sind als Minimalanforderung die zu erfüllenden Weiterbildungsinhalte der Allgemeinmedizin ebenso nachzuweisen wie die 24 Monate ambulante Weiterbildung in der hausärztlichen Versorgung. Die Bundesärztekammer hat sich bei den Vertragspartnern der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung dafür erfolgreich eingesetzt, dass der Förderbeitrag auch für in Weiterbildung befindliche Quereinsteiger gezahlt wird.

Die Handreichung zum „Quereinstieg in die Allgemeinmedizin“ stellt eine Rahmenvorgabe für einen „abweichenden Weiterbildungsgang“ dar, soll jedoch nicht Bestandteil der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) oder der Weiterbildungsordnungen (WBO) der Landesärztekammern werden. Für eine kritische Begleitung des Projektes ist die Maßnahme zeitlich bis zum 31.05.2015 befristet und wird jährlich evaluiert. Die Daten der Erhebung werden registriert, und die anonymisierten Ergebnisse dem Vorstand der Bundesärztekammer im Frühjahr 2015 vorgestellt, um auf dieser Grundlage eine qualifizierte Entscheidung über Beendigung oder Fortführung des „Quereinstiegs“ treffen zu können.

Nach einer Abfrage in den Landesärztekammern in Vorbereitung des 115. Deutschen Ärztetags 2012 lagen bis Ende Mai insgesamt 110 Anträge von Fachärztinnen und Fachärzten aus 13 von 17 Ärztekammern zum Quereinstieg in die Allgemeinmedizin vor. Dabei verfügt die Mehrzahl der antragstellenden Fachärzte bereits über eine Anerkennung in den Gebieten Anästhesiologie bzw. Chirurgie. Endgültige Zahlen, wie viele der Ärzte sich als Hausarzt tatsächlich niederlassen werden, liegen zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht vor.

## 2.2.5 Psychoonkologie

In Umsetzung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetags 2011 hat sich die Bundesärztekammer auch im Berichtsjahr intensiv mit den bestehenden und künftig von der Ärzteschaft zu etablierenden Qualifizierungsangeboten in der Psychoonkologie befasst. Vor dem Hintergrund der Bestrebungen konkurrierender Verbände und Institutionen, wie z. B. der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), die Ärzte u. a. im Rahmen von lukrativen Zertifizierungsverfahren zu aufwendigen und teuren Kursen für Zusatzqualifika-

tionen in Psychoonkologie verpflichtet, konnte die Bundesärztekammer insbesondere in Gesprächen mit der DKG verdeutlichen, dass der von Ärzten in Aus-, Weiter- und Fortbildung erworbene Bestand an Wissen und Fertigkeiten im Rahmen der Anforderungen an eine Tätigkeit in zertifizierten onkologischen Organzentren angemessen zu berücksichtigen ist. Die DKG hat zugleich auch weiterhin ihr besonderes Interesse an einer stärkeren Berücksichtigung der Interdisziplinarität u. a. in der ärztlichen Weiterbildung sowie an multiprofessionellen Qualifizierungsangeboten betont.

Das von der DKG etablierte Zertifikat zur „Psychoonkologischen Kompetenz“, welches durch Teilnahme an einem interdisziplinären Curriculum auch von nichtärztlichen Professionen erworben werden kann und unter Federführung nichtärztlicher Berufsgruppen, vor allem Psychologen, erfolgt, beinhaltet den Nachweis sowohl von interprofessioneller psychoonkologischer als auch von psychosozialer Kompetenz. Die Bundesärztekammer setzt sich dafür ein, dass bereits mit der Weiterbildung erworbene (Teil-)Kompetenzen künftig anerkannt werden bzw. nicht vorhandene (Teil-)Kompetenzen im Rahmen ärztlicher Fortbildung ausgeglichen werden können, um dem Zertifikat der Deutschen Krebsgesellschaft zu entsprechen.

Die Weiter- und Fortbildungsstellen der Bundesärztekammer haben sich wiederholt mit dem Thema befasst und sind zu der Auffassung gelangt, dass der Aufwand für die Ärzte am ehesten dadurch zu reduzieren ist und ihre bisher erworbene Aus- und Weiterbildung am besten geschützt werden kann, wenn darauf aufbauende differenzierte psychoonkologische Qualifizierungsangebote durch die Ärzteschaft selbst entwickelt werden. Dabei sind auch die Inhalte der 80 Kursstunden „Psychosomatische Grundversorgung“, die einen Großteil psychoonkologischer Themen abdeckt, angemessen zu berücksichtigen. Derzeit werden maßgeschneiderte Fortbildungsblöcke entwickelt, um den Ärzten die Möglichkeit zu geben, auch Teilkompetenzen im Rahmen der ärztlichen Fortbildung zu erwerben. Die Abstimmungen mit der DKG werden 2013 fortgesetzt.

### **2.2.6 Kompetenzstärkung der wissenschaftlich begründeten Medizin in der Weiterbildung**

Die Befragungen von Weiterzubildenden und Weiterbildungsbefugten im Rahmen der Evaluation der Weiterbildung in den Jahren 2009 und 2011 haben kritische Ergebnisse im Fragenkomplex „Evidenzbasierte/wissenschaftlich begründete Medizin“, insbesondere auch eine große Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung, gezeigt. Als Konsequenz aus diesen Ergebnissen hat der Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen, dass die Bundesärztekammer aus bereits existierenden Fortbildungseinheiten ein niedrigschwelliges Blended-Learning-Konzept im Umfang von ca. 20 Stunden zusammen mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) erarbeitet. Ziel dieser Maßnahme ist es, die vorhandenen Kompetenzen zu stärken, den Umgang mit wissenschaftlich begründeter Medizin im klinischen Alltag zu verbessern und Anreize für Befugte im Sinne von Train-the-Trainer-Programmen für die Anwendung in der Weiterbildung zu setzen. Das Konzept wird derzeit erstellt und soll vor einer bundesweiten Anwendung als Pilotprojekt in einzelnen Landesärztekammern erprobt werden.

## 2.2.7 Überarbeitung von (Muster-)Kursbüchern

In der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) sind ca. 20 (Muster-)Kursbücher vorgesehen, die laufend bezüglich aktueller Vorgaben überprüft und angepasst werden müssen. So hat u. a. der Ausschuss „Notfall-/Katastrophenmedizin und Sanitätsdienst“ der Bundesärztekammer den Weiterbildungsgremien im Berichtsjahr eine Überarbeitung des (Muster-)Kursbuches Notfallmedizin vorgeschlagen. Nach mehrjähriger Erfahrung mit der 80-Stunden-Kurs-Weiterbildung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin ist eine inhaltliche Aktualisierung und Themengewichtung dringend erforderlich. Der Ausschuss „Ärztliche Weiterbildung“ hat eine entsprechende Anpassung befürwortet. Die Vorbereitungen zur Neuauflage des (Muster-)Kursbuches werden im Jahr 2013 fortgesetzt.

## 2.2.8 Evaluation der Weiterbildung

Nach Vorliegen der Ergebnisse der zweiten Befragungsrunde 2011 der Evaluation der Weiterbildung und deren Vorstellung in allen betroffenen Gremien auf Bundesebene wurde zu Beginn des Berichtsjahres eine Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern eingerichtet, um das Projekt nachzubereiten sowie parallel dazu eine Neukonzeption der Befragung vorzubereiten.

Im Rahmen der Nachbereitung wurden die Konsequenzen aus den Ergebnissen der Evaluation beraten und nachfolgende Handlungsoptionen mit den Landesärztekammern abgestimmt, um eine Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Weiterbildung anzuregen sowie den ärztlichen Nachwuchs für Tätigkeiten in der Patientenversorgung in Deutschland zu motivieren:

- Eintreten in einen strukturierten Dialog
- Aufzeigen von Best-Practice-Modellen
- Entwicklung von gegliederten Weiterbildungs-/Rotationsplänen
- Bildung von Verbund-Weiterbildungen (auch ambulant-stationär)
- Gestaltung der Weiterbildungsordnung (unnötige Anforderungen, überhöhte Richtzahlen)
- Entwicklung eines Mentorensystems (enge didaktische Begleitung, vor allem zu Beginn der Weiterbildung)
- Angebote von Train-the-Trainer-Programmen für Weiterbildungsbefugte
- Verbesserung der Rahmenbedingungen (u. a. Arbeitszeitmodelle)

In vielen Ärztekammern fand eine Identifikation besonders positiv und negativ bewerteter Weiterbildungsstätten statt, die zu gezielten Gesprächen und Workshops mit Weiterbildungsbefugten und Weiterzubildenden, Visitationen von Einrichtungen sowie weiteren Maßnahmen wie z. B. Peer-Review-Verfahren und Train-the-Trainer-Programmen geführt haben.

Bei unzureichender Umsetzung der Weiterbildungsordnung in einzelnen Weiterbildungsstätten bieten die Landesärztekammern den Befugten bereits verschiedene unterstützende Maßnahmen an, um eine Verbesserung der Weiterbildung vor Ort zu erreichen. Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 hatte die Ärztekammern aufgefordert, Verstöße

gegen gesetzliche Regelungen, die bei der Evaluation der Weiterbildung zu Tage treten, zu überprüfen und konsequent auf eine Beendigung der Missstände hinzuwirken. Das Thema wurde von den Weiterbildungsgremien im Zusammenhang mit der persönlichen Eignung als Weiterbildungsbefugter intensiv beraten. Im Ergebnis hat die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ den Landesärztekammern empfohlen, eine ergänzende Formulierung zum Widerruf der Befugnis bei wiederholten Pflichtverletzungen des Befugten in den Weiterbildungsordnungen – angelehnt an die Bremer Weiterbildungsordnung – aufzunehmen und eine endgültige Fassung des entsprechenden § 7 Abs. 1 MWBO im Rahmen der Novellierung durch den Deutschen Ärztetag zu verabschieden.

Da sich die Evaluation der Weiterbildung nach den zwei Befragungsrunden bundesweit etabliert und sich zudem bereits eine Erwartungshaltung der an der Weiterbildung Beteiligten herausgebildet hat, war es nur konsequent, dass der 115. Deutsche Ärztetag 2012 beschlossen hat, die Befragung zur Weiterbildungsqualität in veränderter Form fortzusetzen. Obwohl es im Rahmen des Projekts mit der Eidgenössischen Technischen Hochschule (ETH) Zürich zunächst von Vorteil schien, auf die Erfahrungen der Schweiz zurückzugreifen, hat sich bereits in der zweiten Befragung 2011 herausgestellt, dass sich aufgrund der unterschiedlichen Voraussetzungen in beiden Ländern eine Anwendung des Schweizer Befragungskonzepts auf deutsche Verhältnisse zunehmend problematisch gestaltet. Der im Rahmen des Projekts mit der ETH Zürich geschlossene Vertrag endete am 31.12.2011.

Nach dem Deutschen Ärztetag 2012 hat sich die eingerichtete Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern der Aufgabe gewidmet, unter Beteiligung aller Ärztekammern ein maßgeschneidertes Befragungskonzept für Deutschland ohne Beteiligung der ETH Zürich zu entwickeln.

Nach intensiven Diskussionen der von einzelnen Ärztekammern eingebrachten Vorschläge wurden das dem Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Novembersitzung vorgelegte Erstkonzept angenommen und Vorgaben für die weitere Gestaltung der Evaluation beschlossen. Künftig soll der Fragebogen anstelle der bisherigen acht Dimensionen vier Kernthemen/Fragenkomplexe und möglichst eine reduzierte Anzahl von Einzelfragen enthalten sowie die Ergebnisdarstellung anstelle der Spinnengrafik in Form eines Ampelsystems erfolgen. Um auf dieser Grundlage einen neuen Fragebogen für die Ärztinnen und Ärzte, die sich in Weiterbildung befinden, und deren Weiterbildungsbefugte zu gestalten, sind alle Ärztekammern um Mitarbeit am Fragenkatalog gebeten worden. Nach Rücklauf der Vorschläge aus den Landesärztekammern soll Anfang 2013 in der Arbeitsgruppe ein entsprechender Fragebogen entwickelt werden, welcher durch einen Psychometriker/Statistiker zu prüfen sowie in einer Pilotuntersuchung zu testen ist.

Für das von einer Arbeitsgruppe des Arbeitskreises „Informationstechnologie“ der Bundesärztekammer entwickelte Grobkonzept zur technischen Umsetzung einer bundesweiten Befragung hat der Vorstand die Nutzung von in den Landesärztekammern eingerichteten Mitgliederportalen empfohlen.

Unter Hinweis auf die geplante Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO), die dem Deutschen Ärztetag 2014 vorgelegt werden soll, hat sich der Vorstand der Bundesärztekammer für eine Durchführung der nächsten Befragung zur Evaluation der Weiterbildung im Jahr 2015 ausgesprochen. Die Arbeiten zur Neukonzeption der Eva-

lation der Weiterbildung werden anhand der Vorgaben im kommenden Jahr fortgeführt.

## **2.2.9 Auswirkungen der EU-Berufsanerkenntnisrichtlinie 2005/36/EG auf weiterbildungsrechtliche Regelungen in Deutschland**

Auch fünf Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie 2005/36/EG gestaltet sich deren Anwendung in Bezug auf die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen in Europa im Einzelfall nicht selten problematisch. Trotz einer insgesamt deutlich vereinfachten Anerkennung von Facharztweiterbildungen im sogenannten automatischen System gemäß Anhang V der Richtlinie, wirken sich für die Landesärztekammern nicht korrekte Zuordnungen von Bezeichnungen anderer Mitgliedstaaten, veraltete oder obsoletere Bezeichnungen oder die Doppelnotifizierung von verschiedenen Weiterbildungsgängen in einer Rubrik erschwerend auf die Bewertung vorgelegter Weiterbildungsnachweise aus. Im Berichtszeitraum wurde die Bundesärztekammer in vielen Fällen in die Klärung bestehender Zuordnungen eingebunden.

Noch schwieriger gestaltet sich allerdings die Anerkennung von Bezeichnungen nach dem sogenannten allgemeinen System mit individueller Überprüfung der Unterlagen migrationswilliger Ärzte und Feststellen der Gleichwertigkeit einer fachärztlichen Weiterbildung sowie ggf. Festlegung von Ausgleichsmaßnahmen, wie z. B. einer Eignungsprüfung (Defizitprüfung). Die Thematik ist regelmäßig Gegenstand der Diskussionen im Rahmen des jährlichen Erfahrungsaustausches mit den Mitarbeitern aus den Landesärztekammern, um schrittweise zu einer bundeseinheitlichen Handhabung zu gelangen.

### **2.2.10 Anerkennung österreichischer Facharztweiterbildungen**

Bereits 2011 und erneut im Berichtsjahr wandte sich die Österreichische Ärztekammer an die Bundesärztekammer, um u. a. die Anerkennung österreichischer Additivfächer wie z. B. Nephrologie oder Gefäßchirurgie, die sich an eine dortige sechsjährige Weiterbildung in Innerer Medizin bzw. Chirurgie anschließen, in Deutschland durch die Schließung bilateraler Abkommen zu erleichtern. In Deutschland wird die österreichische Bezeichnung Innere Medizin oder Chirurgie im automatischen System ohne Probleme anerkannt. Schwierigkeiten bereitet jedoch die Anerkennung von Additivfächern, da diese österreichischen Titel ohne Prüfung erworben werden, nicht im Anhang V der EU-Richtlinie 2005/36/EG notifiziert sind und somit der Prüfung nach dem allgemeinen System der Richtlinie unterliegen. Aus der Sicht von Österreich werden die diesbezüglichen deutschen Verwaltungsvorgänge häufig als migrationsbehindernd angesehen.

Nach Aufarbeitung möglicher Handlungsoptionen sowie einer Umfrage in den Landesärztekammern zum Ansinnen der Österreichischen Ärztekammer wurde das Thema im Ausschuss „Ärztliche Weiterbildung“ beraten. Im Ergebnis wurde deutlich, dass sich bilaterale Vereinbarungen erübrigen, wenn die zur Diskussion stehenden Bezeichnungen in den Anhang V der EU-Richtlinie aufgenommen bzw. notifiziert würden. Bilaterale Vereinbarungen zur gegenseitigen Anerkennung fachärztlicher Weiterbildung sollten ausdrücklich begründete Ausnahmen bleiben.

Die Problematik der gegenseitigen Anerkennung von Facharzt diplomen in ausgewählten Spezialisierungen wird allerdings von Österreich weiter verfolgt und war auch Gegenstand der Beratungen in der Arbeitsgruppe „Weiter- und Fortbildung“ am Rande der diesjährigen Konsultativtagung.

Aktuell wird in Österreich erwogen, migrationswilligen Ärzten, die eine spezialisierte fachärztliche Weiterbildung in der Inneren Medizin oder Chirurgie in Österreich abgeleistet haben, zukünftig eine Prüfung in Österreich anzubieten, um auf diese Weise eine erleichterte Anerkennung der jeweiligen Spezialisierung in Deutschland und damit ggf. auch in Europa zu erreichen. Die Weiterbildungs gremien der Bundesärztekammer werden das Thema erst wieder aufgreifen, wenn die Österreichische Ärztekammer mit einem pragmatischen und justiziablen Lösungsvorschlag an die Bundesärztekammer herantritt. Auch erfolgte im Gegenzug bislang keine verbindliche Aussage der Österreichischen Ärztekammer zur Anerkennung deutscher spezialisierter Fachärzte in den Gebieten Innere Medizin oder Chirurgie in Österreich.

### 2.2.11 Notifizierung von fachärztlichen Bezeichnungen im Anhang V der EU-Richtlinie 2005/36/EG

Die Bundesärztekammer hatte bereits 2009 beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Änderung der für Deutschland im Anhang V der Richtlinie notifizierten Bezeichnungen gemäß der aktuellen Fassung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) beantragt und seitdem regelmäßig zum Sachstand nachgefragt. In den Landesärztekammern führen nicht aktualisierte Bezeichnungen, wie z. B. die Pneumologie (anstelle Innerer Medizin und Pneumologie) in der Rubrik Lungen- und Bronchialheilkunde, immer wieder zu bürokratischem Mehraufwand und damit auch zu Verzögerungen bei der Anerkennung und letztlich zu Unverständnis bei den migrationswilligen Ärzten. Das BMG hat nunmehr für Mitte 2013 eine Befassung mit dem Thema zugesagt.

#### Herzchirurgie

Die fehlende Rubrik Herzchirurgie in der Berufsaner kennungsrichtlinie 2005/36/EG stellt seit Jahren ein Problem dar, was aus deutscher Perspektive eine Migration unserer Fachärzte für Herzchirurgie ins Ausland beeinträchtigt. Die Thematik ist von der Bundesärztekammer wiederholt an die zuständigen Stellen auf nationaler wie europäischer Ebene herangetragen worden. Voraussetzung für die Aufnahme einer neuen Rubrik in den Anhang V der Richtlinie ist allerdings, dass ein Antrag bei der EU-Kommission die erforderliche Zwei-Fünftel-Mehrheit der Mitgliedstaaten erhält.

2012 hat Ungarn die Problematik aufgegriffen und die Aufnahme der Herzchirurgie als eigenständige Rubrik – zusätzlich zu den im Anhang V der Richtlinie bereits enthaltenen Rubriken Thoraxchirurgie und Gefäßchirurgie – bei der EU-Kommission beantragt. Der Antrag wird von deutscher Seite vollumfänglich unterstützt. Im Falle einer Rubrizierung der Herzchirurgie muss allerdings von der EU-Kommission geklärt werden, wie mit bereits notifizierten Doppelqualifikationen anderer Mitgliedstaaten, wie z. B. der von Großbritannien, in der Rubrik Thoraxchirurgie notifizierte Titel „Herz- und Thoraxchirurgie“ zu verfahren ist. Im Rahmen der Anwendung des automatischen Systems ist

hier gemäß den Grundsätzen der Berufsanerkenntnisrichtlinie zukünftig eine eindeutige Zuordnung erforderlich. Die Stellungnahmen der Mitgliedstaaten zu dem Vorschlag Ungarns werden voraussichtlich in der nächsten EU-Sitzung zur Anwendung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen im ersten Quartal 2013 behandelt.

## Labormedizin

Aus den Landesärztekammern erreichten die Bundesärztekammer in den letzten Jahren immer wieder Hinweise, die auf eine nicht korrekte Notifizierung der deutschen Bezeichnung Laboratoriumsmedizin in der Rubrik „Medizinische und chemische Labordiagnostik/Biological Chemistry“ des Anhangs V der Richtlinie 2005/36/EG hindeuten. Auf eine Anfrage der Bundesärztekammer hatte sich die zuständige Fachgesellschaft zunächst für eine Doppelnotifikation der Bezeichnung in zwei verschiedenen Rubriken ausgesprochen und vorgeschlagen, die Bezeichnung ergänzend in der Rubrik „Medizinische Biologie/Clinical Biology“ zu listen. Dem Wunsch der Fachexperten konnte nicht entsprochen werden, da die EU-Kommission aufgrund der negativen Erfahrungen mit nicht eindeutigen Zuordnungen keine Doppelnennungen von Bezeichnungen in verschiedenen Rubriken mehr zulassen will.

Im Berichtsjahr ist die maßgebliche Fachgesellschaft zusammen mit dem Berufsverband zu der Überzeugung gelangt, eine Korrektur der Listung der Laboratoriumsmedizin im Anhang V im Sinne einer Streichung des Titels in der Rubrik „Medizinische und chemische Labordiagnostik/Biological Chemistry“ und eine Neuordnung unter „Medizinische Biologie/Clinical Biology“ anzustreben. Hintergrund der Überlegungen ist die Tatsache, dass im Rahmen der gegenseitigen Anerkennung bei derzeitiger Zuordnung Fachärzte aus dem Ausland nach Deutschland migrieren, die die Mikrobiologie als einen wesentlichen Bestandteil des Fachgebietes nicht abdecken. Das BMG wird das Votum der labormedizinischen Fachexperten zum Anlass zu nehmen, eine entsprechende Änderung der bisher erfolgten Zuordnung im Anhang V möglichst zeitnah bei der EU-Kommission zu erwirken.

### 2.2.12 Aktivitäten der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)

Die UEMS versucht zunehmend auf die EU-Kommission Einfluss zu nehmen, eine europäische Vereinheitlichung der ärztlichen Weiterbildung und Facharztprüfung zu betreiben. Entsprechende Tendenzen, wie auch die Zertifizierung von Weiterbildungszentren nach den Richtlinien der UEMS, wurden wiederholt im Ausschuss „Ärztliche Weiterbildung“ insbesondere unter den Aspekten Anfechtbarkeit und Transparenz der Prüfungsentscheidungen sowie finanzielle Interessen der UEMS thematisiert. Um den Bestrebungen der UEMS auch auf politischer Ebene entgegenzutreten, fanden im Berichtsjahr mehrere Spitzengespräche mit den deutschen Vertretern entsprechender Fachrichtungen in der UEMS statt, in denen u. a. die hoheitliche Zuständigkeit der Ärztekammern für die Weiterbildung immer wieder hervorgehoben wurde, um die nationalen Weiterbildungsordnungen gegenüber einer zentralistischen Regelung in Brüssel zu stärken.



### 2.2.13 Anerkennungsgesetz und Neufassung der §§ 18 und 19 MWBO

In Folge des am 1. April 2012 in Kraft getretenen Gesetzes zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen (Anerkennungsgesetz) ist es politischer Wille, die Anerkennungssystematik der EU-Berufsanerkenntnisrichtlinie über Regelungen in den Landes-Berufsqualifikationsfeststellungsgesetzen (Landes-BQFG) oder direkt in den Heilberufe-Kammergesetzen auf alle Anerkennungsverfahren mit Auslandsbezug, d. h. auch auf in Drittstaaten erworbene Facharztqualifikationen, im Grundsatz zu übertragen.

Damit die Ärztekammern ihre Gestaltungsmöglichkeiten bezüglich der Berufsausübungsregelungen behalten, hat sich die Mehrzahl der Ärztekammern für einen Ausbezug der Heilberufe in den Landes-BQFG bei den jeweiligen Landesbehörden und für eigene Regelungen über Anerkennungsverfahren direkt im Weiterbildungsrecht eingesetzt. Hierzu war es notwendig, den Landesärztekammern eine Vorlage für eine ggf. kurzfristige Anpassung ihres Satzungsrechts an die Hand zu geben sowie zeitnah Regelungen über Anerkennungsverfahren direkt in der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) zu erarbeiten.

Gemäß Auftrag des Vorstands haben die Weiterbildungsstellen unter Einbezug der Rechtsberater der Landesärztekammern einen Entwurf zur Anpassung der §§ 18 und 19 MWBO an die gesetzlichen Vorgaben erstellt. In seiner Sitzung am 23./24.08.2012 hat der Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen, die erarbeiteten Formulierungsvorschläge im Rahmen des vereinbarten verkürzten Konvergenzverfahrens zwischen Bundesärztekammer und Landesärztekammern abzustimmen, um eine Änderung der §§ 18 und 19 MWBO ggf. schon auf dem 116. Deutschen Ärztetag 2013 vornehmen zu können.

Die von den Landesärztekammern bis Ende Oktober 2012 eingegangenen Stellungnahmen wurden Ende 2012 einer Bewertung unterzogen und sollen im Rahmen einer Redaktionskonferenz Anfang 2013 mit den Verantwortlichen der Weiterbildungs- und Rechtsabteilungen der Landesärztekammern beraten und konsentiert werden, sodass ggf. eine abstimmungsfähige Fassung der §§ 18 und 19 MWBO dem nächsten Deutschen Ärztetag vorgelegt werden kann.

### 2.2.14 Leitfaden zum Umgang mit Anträgen zur Anerkennung von im Ausland erworbenen Weiterbildungsnachweisen

Von den zuständigen Mitarbeitern in den Landesärztekammern ist in den letzten Jahren wiederholt der Wunsch an die Bundesärztekammer herangetragen worden, einen Leitfaden für die Bearbeitung von Anerkennungsanträgen, insbesondere für den Umgang mit Anträgen, die im allgemeinen System nach der EU-Richtlinie 2005/36/EG bearbeitet werden, zu erstellen. Diesem Anliegen ist die Bundesärztekammer im Berichtsjahr zusammen mit Vertretern aus den Landes- bzw. Bezirksärztekammern sowie der Rechtsabteilung und dem Auslandsdienst der Bundesärztekammer nachgekommen und hat einen ersten Entwurf für einen „Leitfaden für den Bewertungsablauf von Anträgen (potenzieller) Kammerangehöriger auf Anerkennung eines im Ausland erworbenen Weiterbildungsnachweises“ entwickelt. Infolge des mit dem Inkrafttreten des Anerken-

nungsgesetzes einsetzenden Anpassungsdrucks auf das Weiterbildungsrecht und der erforderlichen Neufassung der §§ 18 und 19 MWBO erschien es sinnvoll, in einem Leitfaden bereits die neuen gesetzlichen Vorgaben, d. h. auch die in Drittstaaten erworbenen Facharztqualifikationen, und deren – bislang allerdings noch nicht erfolgte – Umsetzung, in der MWBO zu berücksichtigen. Der Entwurf dieses Leitfadens wurde erstmals den mit der Weiterbildung befassten Mitarbeitern der Ärztekammern im Rahmen des Erfahrungsaustausches im September 2012 vorgestellt. Die Teilnehmer haben die Handreichung wegen ihrer Übersichtlichkeit und Hilfestellung für eine bundesweite einheitliche Anwendung des Anerkennungsgesetzes begrüßt. Zugleich wurde in Abhängigkeit von der bundesweiten Umsetzung der neugefassten §§ 18 und 19 MWBO die kontinuierliche Weiterentwicklung des Leitfadens angeregt. Es ist geplant, den derzeitigen Stand des Leitfadens im kommenden Jahr z. B. im Rahmen einer eintägigen Sondersitzung mit den in den Weiterbildungsabteilungen mit ausländischen Anerkennungen befassten Mitarbeitern vertiefend zu diskutieren.

### 2.2.15 Sachbearbeitertagung 2012

Im September 2012 hat die Bundesärztekammer zum wiederholten Mal eine Sachbearbeitertagung zu Fragen der Weiterbildung und deren Umsetzung in den Ländern organisiert und geleitet. In diesem Jahr war die Bundesärztekammer in Berlin Gastgeberin dieses Erfahrungsaustausches, zu der ca. 70 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Weiterbildungsabteilungen zusammenkamen. Auf der Tagesordnung des ersten Tages standen europarechtliche und internationale Themen, neben Einzelfragen vor allem die Anwendung der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG und des Binnenmarkt-Informationssystem (IMI) der EU-Kommission. Darüber hinaus wurden die Auswirkungen des Anerkennungsgesetzes auf die Weiterbildung, die geplante Anpassung der §§ 18 und 19 MWBO sowie der Leitfadentwurf zum Umgang mit Anträgen zur Anerkennung von im Ausland erworbenen Weiterbildungsnachweisen vorgestellt.

Den Schwerpunkt des zweiten Tags bildete eine Vielzahl an Einzelfragen zur Weiterbildung, die von den Teilnehmern im Vorfeld der Tagung bei der Geschäftsführung eingereicht wurden und die ihren Niederschlag in einer umfangreichen und weit greifenden Sammlung von Beratungs- und Berichtsthemen fanden. Der Informations- und Erfahrungsaustausch bei der Auslegung und Handhabung der Weiterbildungsordnung hat sich erneut bewährt und soll wunschgemäß in den kommenden Jahren – ggf. in leicht geänderter Form – weiter geführt werden. Das Thema der Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen gewinnt zunehmend an Bedeutung und nimmt auch in den jährlichen Sachbearbeitertagungen mehr und mehr Raum ein. Um die spezifisch mit dieser Thematik befassten Teilnehmer noch gezielter erreichen zu können, soll die Auslandsthematik zukünftig getrennt vom allgemeinen Erfahrungsaustausch in einer zusätzlichen Sonderveranstaltung durchgeführt werden.

## 2.3 Ärztliche Fortbildung

Fortbildung gehört zum Selbstverständnis des ärztlichen Berufsbildes und ist in der Berufsordnung und den Heilberufsgesetzen verankert. Darüber hinaus führte das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) von 2004 eine gesetzliche Pflicht für die Fortbildung von Fachärzten ein, die vorsieht, dass Fortbildungsaktivitäten dokumentiert und nachgewiesen werden müssen. Als Nachweis dient das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern, das erteilt wird, wenn ein Arzt 250 Fortbildungspunkte innerhalb eines Fünfjahreszyklus gesammelt hat.

Von den Kammern wurde ein Prozess für die Fortbildungsverwaltung und -dokumentation sowie ein elektronisches Verfahren zur Erfassung und Verteilung von Fortbildungspunkten (EIV) entwickelt. Das Verfahren lässt erkennen, dass sich Ärzte umfassend und stetig fortbilden und das Angebot anerkannter Fortbildungsmaßnahmen vielseitig und 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 und Können sowie sein Verhalten und seine Haltung festigt und weiterentwickelt und im Ergebnis die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherstellt und optimiert.

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 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 ist ein ständiger Ausschuss der Bundesärztekammer. Er berät den Vorstand der Bundesärztekammer in allen Fragen der Fortbildung von Ärzten und widmet sich folgenden weiteren Aufgaben:

- Prüfen und Implementieren von Lehr- und Lernmethoden für die ärztliche Fortbildung
- Entwickeln, Evaluieren und Verbreiten von Maßnahmen zur Qualitätssicherung der ärztlichen Fortbildung
- Setzen von Schwerpunkten für die Programmgestaltung der ärztlichen Fortbildung in Deutschland

- Prüfen von wissenschaftlichen Forschungsergebnissen und der Weiterentwicklung ärztlicher Präventions-, Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten sowie die Verbreitung der Erkenntnisse in einem interdisziplinären Forum für die Fortbildung
- Konzipieren und Durchführen von Veranstaltungen zu ausgewählten Fortbildungsthemen

Für die strategische Ausrichtung der Arbeit des Senats in der Wahlperiode 2011/2015 wurden von den Vorstandsmitgliedern darüber hinaus folgende Themenschwerpunkte identifiziert:

- eine stärkere Verzahnung von Fort- und Weiterbildung insbesondere im Hinblick auf die in Überarbeitung befindliche Weiterbildungsstruktur
- eine Erweiterung des Angebotes von berufsbegleitend durch Curricula zu erwerbende Qualifikationen
- Eruiieren von praktikablen Methoden zur Überprüfung und Entwicklung von Kompetenzen (Assessment)
- verstärkter Einsatz von Peer Review
- Weiterentwicklung des Punktesystems in der Fortbildung, z. B. durch zusätzliche Qualitätskriterien unter Berücksichtigung der „Massenadministrabilität“
- Festigung und Ausbau der Methoden zur Bewertung von Fortbildungsangeboten in Grenzbereichen der Medizin
- stärkere systematische Förderung des Wissenstransfers in die Basis

### **Überarbeitung der (Muster-)Fortbildungsordnung (MFO) und Erprobung des sogenannten Konvergenzverfahrens**

Im Berichtszeitraum gingen von den beteiligten Vertretern der Landesärztekammern weitere Änderungsvorschläge zur Überarbeitung der MFO ein und wurden von der zuständigen Arbeitsgruppe (AG) bearbeitet. Hierbei konnte auf die Unterstützung einer eigens einberufenen Arbeitsgruppe der Ständigen Konferenz der Rechtsberater zurückgegriffen werden. Eine überarbeitete Fassung der MFO wurde am 31.05.2012 im Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung und am 29.06.2012 im Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedet.

Die neue Fassung beinhaltet vor allem die Einführung der neuen Kategorien für E-Learning bzw. Blended-Learning-Maßnahmen, die Implementierung des Peer Reviews als Fortbildungsmaßnahme, die Verankerung des Standortprinzips für die Zuständigkeit bei der Anerkennung, die Regelung der EIV-Nutzung zur Punktemeldung, die Präzisierung juristisch relevanter Sachverhalte sowie eine sprachliche Überarbeitung.

Darüber hinaus hat sich der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner gemeinsamen Sitzung mit den Vertretern der Geschäftsführungen der Landesärztekammern im Januar 2012 dafür ausgesprochen, das aus dem zweistufigen Normsetzungsverfahren hervorgegangene Konvergenzverfahren zur konsentierten Entscheidungsfindung bei der Überarbeitung der MFO zu erproben.

Das Konvergenzverfahren sieht vor, dass die Landesärztekammern (i. d. R. auf den Kammerversammlungen) die vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedete Fassung beraten und ggf. ihr Placet für eine Verabschiedung auf dem Deutschen Ärztetag geben. Um das Konvergenzverfahren transparent für alle Beteiligten abzubilden, ist bei

der Bundesärztekammer ein Wiki<sup>1</sup> eingerichtet worden, in dem die Kammern ihre Beratungsergebnisse dokumentieren können. Ziel ist es, auf dem Deutschen Ärztetag 2013 eine weitestgehend vorab konsentiertere Fassung der überarbeiteten MFO beschließen zu können.

### **Überarbeitung der „Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung“**

Neben der Fortbildungsordnung sind die „Empfehlungen für ärztliche Fortbildung“ maßgebend sowohl für die Gestaltung als auch für die Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen. Sie beschreiben das Wesen von guter Fortbildung, definieren Qualitätskriterien und geben Durchführungsempfehlungen vor.

Im Berichtszeitraum hat analog zur Überarbeitung der (Muster-)Fortbildungsordnung eine Anpassung und Ergänzung der Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung stattgefunden, die zur Verabschiedung der MFO abgeschlossen werden soll. Für den Arbeitsprozess wurden eine AG gebildet und ein Wiki eingerichtet.

### **Zusätzliche Rahmenbedingungen für die Strukturierte curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene“**

Die vom Vorstand der Bundessärztekammer am 18.11.2011 verabschiedete strukturierte curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene“ stellt eine befristete Übergangslösung dar, um den durch die Novellierung des Infektionsschutzgesetzes zusätzlich entstandenen Bedarf an Krankenhaushygienikern fristgerecht decken zu können.

Ziel muss sein, in den kommenden Jahren die Strukturen im Bereich der Krankenhaushygiene (ausreichend Lehrstühle, Ausbau von Instituten) so zu fördern, dass die Aufgaben des Krankenhaushygienikers künftig durch ausreichend verfügbare und in Krankenhaushygiene qualifizierte Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin sowie für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie wahrgenommen werden können. Nach Erreichen dieses Ziels soll die Übergangslösung auslaufen. Eine erste Überprüfung soll nach einem Zeitraum von fünf Jahren erfolgen.

Um den hohen Anforderungen an Kenntnissen und Fertigkeiten eines Krankenhaushygienikers gemäß KRINKO-Empfehlung auch mittels einer Fortbildungsmaßnahme in Form einer strukturierten curricularen Fortbildung gerecht werden zu können, wurde ein neuer Weg in der Gestaltung einer solche Maßnahme beschritten, der zusätzliche verbindliche Rahmenbedingungen für die Durchführung vorsieht. Diese Rahmenbedingungen wurden im Berichtszeitraum gemeinsam und einvernehmlich mit Vertretern der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie, der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene, der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie, des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Sächsischen Landesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft erarbeitet.

<sup>1</sup> Internetbasierte Plattform, die das gemeinsame Erarbeiten, Kommentieren und Konsentieren von Textdokumenten ermöglicht.

Die Rahmenbedingungen gestalten sich wie folgt:

**Teilnahmevoraussetzung:** Die Teilnehmer der Fortbildungsmaßnahme müssen eine abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt (diese Qualifikation muss einen Patientenbezug haben) oder eine abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen vorweisen können.

**Anmerkung:** Die Qualifikation „Hygienebeauftragter Arzt“ kann bereits im Rahmen der Weiterbildungszeit erworben werden.

**Einstieg:** Die Teilnehmer absolvieren das Modul I des Curriculums und erwerben damit die Qualifikation eines „Hygienebeauftragten Arztes“.

**Verlauf:** Die Teilnehmer „Krankenhaushygieniker in strukturierter curriculärer Fortbildung“ absolvieren die weiteren fünf Kursmodule des Curriculums. Sie übernehmen in einer Klinik (mindestens 50 Prozent einer Vollzeitstelle) die Tätigkeit als Hygienebeauftragter Arzt und erledigen die dort anfallenden Aufgaben für insgesamt 24 Monate. Im weiteren Verlauf müssen sich die Teilnehmer einen qualifizierten Supervisor suchen (Listen sind bei den Landesärztekammern und über Kursveranstalter zu erhalten) und praktische Erfahrungen nachweisen. Der Praxisbezug wird durch Fallkonferenzen mit dem qualifizierten Supervisor sowie Hospitationen hergestellt.

Während dieser Zeit findet regelmäßig (z. B. einmal monatlich) ein Treffen im Rahmen einer Fallkonferenz mit dem Supervisor statt. Das Treffen soll vorzugsweise persönlich und in Präsenz erfolgen, kann jedoch in Ausnahmefällen auch virtuell z. B. mittels eines elektronischen Konferenzsystems abgehalten werden. Bei dem Treffen werden praktische Fälle und Aufgaben der Krankenhaushygiene erarbeitet, besprochen und schriftlich dokumentiert. Die Dokumentation muss vom Fortzubildenden und vom Supervisor abgezeichnet werden. Es sind mindestens 20 Fallkonferenzen abzuhalten.

Des Weiteren werden im Verlauf des Curriculums folgende Hospitationen absolviert: im Bereich Krankenhaushygienisches Labor (eine Woche), im Bereich Öffentlicher Gesundheitsdienst (zwei Wochen), in der Klinikhygiene mit Begehung, Prozessbeobachtung und krankenhaushygienische-infektiologische Visite (vier Wochen).

**Anforderungen an den qualifizierten Supervisor:** Ein qualifizierter Supervisor muss über eine Facharztanerkennung für das Gebiet Hygiene und Umweltmedizin oder für das Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie verfügen und aktuell und seit mindestens zwei Jahren sowie für die Dauer der Supervision auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene tätig sein. Ein Supervisor muss von der Landesärztekammer für seine Funktion im Rahmen der strukturierten curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene anerkannt sein.

**Zeitliche Dauer:** Alle Elemente der Fortbildungsmaßnahme (sechs Kursmodule, Fallkonferenzen, Hospitationen, Prüfung) umfassen einen Zeitraum von zwei Jahren.

**Abschluss:** Der Supervisor stellt dem Fortzubildenden ein Zeugnis aus; dieses reicht der Fortzubildende zusammen mit den Protokollen der Fallkonferenzen sowie der Bescheinigung des Arbeitgebers über die Tätigkeit als Hygienebeauftragter Arzt in den vergangenen zwei Jahren bei der zuständigen Landesärztekammer ein. Es findet eine Prüfung vor der Landesärztekammer statt, sofern eine entsprechende Rechtsgrundlage vorliegt.

Die Bescheinigung der erfolgreich absolvierten strukturierten curricularen Fortbildung „Krankenhaushygiene“ erfolgt durch die Landesärztekammer. Danach ist es dem Fortgebildeten möglich, die in der KRINKO beschriebenen Aufgaben eines Krankenhaushygienikers wahrzunehmen.

**Kursanbieter:** Die Durchführung des Kurses „Krankenhaushygiene“ bedarf der Anerkennung durch die zuständige Landesärztekammer.

### **Strukturierte curriculare Fortbildung „Osteopathische Verfahren“**

Nach ersten Beratungen mit Experten kam der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer im Konsens mit der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM) zu der Auffassung, dass ein in manueller Medizin weitergebildeter Arzt (320 Std. inkl. 60 Std. Osteopathie) eine Qualifikation in osteopathischen Verfahren mit einer 80-stündigen strukturierten curricularen Fortbildung erwerben können soll. Vertreter der Osteopathie plädierten jedoch für ein umfangreicheres Curriculum. Dies sei notwendig, da die osteopathischen Verfahren hauptsächlich praktisch eingeübt werden müssten. Um einen zufriedenstellenden Kompromiss herbeiführen, wird man erneut prüfen, welcher Fortbildungsumfang letztendlich zum Führen eines Titels berechtigt. Ggf. soll aufbauend auf den 80-Stunden-Kurs ein weiteres Modul durchlaufen werden. Hierzu wurde von den Fachgesellschaften bis Ende 2012 ein Konzept erbeten.

### **Strukturierte curriculare Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“**

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung am 23./24.02.2012 auf Empfehlung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung der Entwicklung einer strukturierten curricularen Fortbildung „Hausärztliche Geriatrie“ zugestimmt.

Daraufhin fand am 14.05.2012 in der Bundesärztekammer ein Expertentreffen statt, bei dem ein Kurs im Umfang von 60 Stunden erarbeitet wurde. Die Kursmodule sollen separat absolviert werden können. Alle Module zusammen im Umfang von 60 Stunden stellen eine strukturierte curriculare Fortbildung dar und berechtigen zum Führen eines Titels. Um die interdisziplinäre Ausrichtung der Fortbildung zum Ausdruck zu bringen, wurde die Bezeichnung der Fortbildung in „Geriatrische Grundversorgung“ geändert.

Mit der Ausarbeitung des Kurses wurde auch dem Antrag des 115. Deutschen Ärztetages 2012 entsprochen (DÄT-Drs. VI-94 Geriatrische und gerontopsychiatrische Modulfortbildung).

### **Fortbildungscurriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“**

Der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer hat einer Überarbeitung bzw. Ergänzung des bestehenden Curriculums hinsichtlich des sogenannten Istanbul-Protokolls befürwortet und umgesetzt. Hintergrund ist, dass das Fehlen allgemeingültiger Richtlinien zur Dokumentation lange Zeit eines der größten Probleme bei der Prävention und Aufklärung von Foltervorfällen war. Erst 1999 wurden solche Standards unter dem Titel „Istanbul-Protokoll“ veröffentlicht. Bereits ein Jahr später wurde das Dokument von der UNO angenommen. Das Istanbul-Protokoll kann als Handbuch



zur wirksamen Untersuchung und Dokumentation von Folter genutzt werden. Es enthält Darstellungen der rechtlichen und ethischen Zusammenhänge, Hinweise zur Durchführung von Untersuchungen sowie umfangreiche Erläuterungen zu den medizinischen sowohl körperlichen als auch seelischen Folgen von Folter.

### **Fortbildungscurriculum „Medizinische Begutachtung“**

Das Curriculum „Medizinische Begutachtung“ war ursprünglich eine strukturierte curriculare Fortbildung und wurde in der Vergangenheit aufgrund der fehlenden fachspezifischen Module auf ein Curriculum zurückgestuft.

Im Berichtszeitraum wurde dem Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung eine überarbeitete und mit zusätzlichen Modulen ergänzte Version vorgelegt, mit dem Ziel, das Curriculum wieder in eine Strukturierte curriculare Fortbildung zu überführen. Der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung befürwortet diesbezüglich eine Erprobung des überarbeiteten Curriculums.

Hierbei ist zu beachten, dass die Kompetenzen zur medizinischen Begutachtung bereits Bestandteil der Weiterbildung sind und somit jeder entsprechend weitergebildeter Facharzt Gutachten erstellen kann. Eine Fortbildung mit einem führbaren Titel darf daher nicht den Anschein erwecken, dass erst durch Absolvieren der Fortbildung einschlägige Kompetenzen erworben würden, und auch nicht dazu führen, dass das Curriculum zur Voraussetzung für eine Gutachtertätigkeit wird. Diese Fortbildung dient motivierten Ärzten lediglich zur Aktualisierung und Vertiefung ihrer bereits vorhandenen Kompetenzen.

### **Fortbildungscurriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“**

Das Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ ist ein Blended-Learning-Curriculum, zu dem die Bundesärztekammer neben dem Curriculum auch begleitende Lernmaterialien für den Onlinekurs herausgibt. Diese im Berichtsjahr komplett überarbeiteten Lernmaterialien werden nach einem Review-Prozess den Landesärztekammern für die Kursdurchführung zur Verfügung gestellt.

Das Curriculum wurde zudem im November 2012 als eines der anerkannten Programme bei der Tabakentwöhnung in die Datenbank des Deutschen Krebsforschungszentrums (dkfz) sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für Anbieter von Entwöhnungsmaßnahmen aufgenommen.

Gemeinsam mit dem Aufbaumodul „Tabakentwöhnung mit strukturiertem Therapieprogramm“ wurde das Curriculum vom GKV-Spitzenverband als eine geeignete Zusatzqualifikation für die Durchführung von Maßnahmen nach § 20 SGB V bewertet.

### **Peer Review als Fortbildungsmaßnahme**

Im Berichtszeitraum sprach sich der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung für die Implementierung und Förderung von Peer Review als Fortbildungsmaßnahme aus. Hierunter ist ein externes, entwicklungsorientiertes Evaluationsverfahren zu verstehen, das Qualitätsentwicklung mit dem Konzept des lebenslangen Lernens verbindet: Ein exter-

nes, unabhängiges Expertenteam, bestehend aus ca. drei bis fünf unabhängigen Ärzten (Peers), besucht eine Einrichtung und unterstützt diese bei ihren Bemühungen um nachhaltige Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung. Im Fokus stehen dabei die (selbst)kritische Reflexion des ärztlichen Handelns und der Erkenntnisgewinn auf beiden Seiten. Peer Review besteht aus den drei Hauptphasen Selbstbewertung, Fremdbewertung und kollegialer Dialog vor Ort, bei dem die Peers und die besuchten Kollegen auf Grundlage der Bewertungsergebnisse Gute-Praxis-Beispiele austauschen, gemeinsam Verbesserungspotenziale erkennen und Lösungsvorschläge erarbeiten. Peers (in ihrer Funktion als Reviewer) sind Ärzte, die in derselben oder einer angrenzenden Fachdisziplin über eine vergleichbare spezifische professionelle Expertise verfügen und in einer externen Einrichtung eine ähnliche Position innehaben. Sie können eine Qualifizierung nach dem Curriculum der Bundesärztekammer „Ärztliches Peer Review“ nachweisen. Erste Erfahrungen zeigen, dass das Peer Review als qualitätssichernde Maßnahme in der Ärzteschaft auf große Akzeptanz stößt.

Der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung sprach sich für eine explizite Berücksichtigung von Peer Review in der Überarbeitung der (Muster-)Fortbildungsordnung aus.

### **Qualifikation im Rahmen des Gendiagnostikgesetzes**

Die Wissenskontrollen und die Refresher-Kurse zur Erlangung der Qualifikationen zur Durchführung der fachgebundenen genetischen Beratung oder der vorgeburtlichen Risikoabklärung gemäß §§ 7 und 23 Gendiagnostikgesetz (GenDG) haben sich in nahezu allen Landesärztekammern etabliert und werden routinemäßig angeboten.

Im Berichtszeitraum wurde zusammen mit Vertretern der Fachgesellschaften der zentrale Fragenpool für die Wissenskontrollen der Qualifikationsmaßnahmen der Landesärztekammern weiter aufgestockt und in ihrer Qualität verbessert.

### **Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung für Krankenhausärzte**

Im Berichtszeitraum konnte in einer Arbeitsgruppe des Unterausschusses Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses intensiv an der Überarbeitung der Regelungen zur Fortbildung von Fachärzten im Krankenhaus mitgewirkt werden. Im Resultat ist nun das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern als Nachweis in den Regelungen festgeschrieben. Des Weiteren erfolgte eine Änderung der obligatorischen Aufteilung von fachspezifischen und interdisziplinären Fortbildungen im Verhältnis von 150:100 Fortbildungspunkten in eine „überwiegend“ fachspezifische Ausrichtung bei der Wahl der Fortbildungsmaßnahmen.

### **IT-Anwendung „Bundesweite Fortbildungssuche“**

Der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung hat sich im Berichtszeitraum für das Angebot einer bundesweiten elektronischen Suche von anerkannten Fortbildungsmaßnahmen ausgesprochen. Die Kammern bieten so im Verbund ihren Mitgliedern einen nützlichen Service und signalisieren ihre gemeinsame Zuständigkeit und ihr Engagement für ärztliche Fortbildung in Deutschland.

Um einen möglichst niedrigschwelligen Einstieg für eine bundesweite Suche zu gewährleisten, entschied sich der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung für eine einfach umzusetzende Lösung (Stichwort- und Datenfeldsuche in EIV-Stammdaten mit Verlinkung auf LÄK-Webseite), die in der Landesärztekammer Hessen bereits im Wesentlichen vorhanden war und von dieser zur Verfügung gestellt werden konnte. Die Bundesweite Fortbildungssuche konnte nach einigen Anpassungsarbeiten im August 2012 gestartet werden. In den weiteren Monaten sollen nun Erfahrungen beim Betrieb dieser Lösung sowie das Nutzerverhalten bewertet werden. Fußend darauf wird der Senat die mittelfristige Realisierung einer Weiterentwicklung der Anwendung (Stichwort- und Datenfeldsuche in EIV-Stammdaten sowie in Detail- und Zusatzinfos mit Deep-Link auf LÄK-Webseite) prüfen.

### **Bewertung von Online-CME-Angeboten**

Im Berichtszeitraum befasste sich der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung mit einer Arbeit des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) zur Evaluation von Online-CME-Anbietern. Die Arbeit dokumentiert Fälle, in denen Anbieter gegen ihre Selbstverpflichtung zur Einhaltung der von den Kammern zur Erlangung einer Anerkennung erlassenen Regelungen zur Qualität und Unabhängigkeit von wirtschaftlichen Interessen verstoßen und ermöglicht so entsprechende Maßnahmen gegen ein solches Verhalten.

In diesem Zusammenhang befasste sich der Senat zudem mit einem Urteil des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein Westfalen, das darlegt, dass es nicht Aufgabe der Kammern sein könne, solche Online-CME-Angebote im Detail zu prüfen. Vielmehr obliegt es im Sinne der Berufsordnung sowohl der Sorgfaltspflicht des wissenschaftlichen Leiters als auch des teilnehmenden Arztes, sich gegen nicht statthafte Angebote zu sperren bzw. Informationen nicht unkritisch aufzunehmen. Es wird hier eine Verteilung der Verantwortung gesehen, die Ärztekammern, wissenschaftliche Leiter und teilnehmende Ärzte gemeinsam wahrzunehmen haben.

### **Arbeitsgruppe „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 für die AG in einem gemeinsamen elektronischen Forum auf der internetbasierten Lernplattform MOODLE der Bundesärztekammer dokumentiert.

### **Arbeitsgruppe „Initiative eLearning“**

Im Berichtszeitraum befasste sich die Arbeitsgruppe mit dem intensiven Austausch zu aktuellen eLearning-Aktivitäten ihrer Kammer bzw. Akademie, der Darstellung bzw. dem Eruiern interner und externer Kooperationsmöglichkeiten, dem Abstimmen des Vorgehens beim Entwickeln von Blended-Learning-Angeboten im Kammerverein sowie der Anwendung der Qualitätskriterien eLearning in der Praxis. Die Arbeitsergebnisse der Initiative eLearning werden auf der internetbasierten Lernplattform MOODLE der Bundesärztekammer in einem elektronischen Forum für die Teilnehmer der Arbeitsgruppe dokumentiert.

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

Am 05.07.2012 tagte die Ständige Arbeitsgruppe „Weiterbildung und Fortbildung“ im Rahmen der 58. Konsultativtagung der deutschsprachigen Ärzteorganisationen in Kühlungsborn. Im Mittelpunkt der Sitzung, an der Vertreter der Bundesärztekammer, der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, der Österreichischen und Südtiroler Ärztekammer sowie der Schweizer Ärzteschaft (FMH) teilnahmen, standen die Modernisierung der Berufsanerkennungsrichtlinie, Erfahrungen mit der länderübergreifenden Weiterbildung, die Erleichterung der Migration von Ärzten zwischen Österreich und Deutschland sowie die Weiter- und Fortbildungsordnungen der Länder.

### **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. Neue Erkenntnisse und Methoden sollen so schnellen Eingang in die ärztliche Praxis finden. Aber auch Verfahren, die schon längere Zeit genutzt werden, sollen immer wieder einer kritischen Würdigung unterzogen werden. Weiteres Ziel neben den inhaltlichen Präsentationen ist die Vorstellung von vorbildhaften didaktischen Konzepten.

Die Fortbildungstagung wird in Abstimmung mit den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und gemeinsam mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) durchgeführt. Die Themen werden von den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, den Fortbildungsbeauftragten der Landesärztekammern, den Gutachter- und Schlichtungsstellen sowie den Qualitätssicherungsgremien vorgeschlagen und vom Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung gemeinsam mit dem Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer ausgewählt.

Die teilnehmenden überregionalen, regionalen und lokalen Fortbildungsbeauftragten sorgen als Multiplikatoren dafür, dass die behandelten Themen des Forums in ihren Programmen berücksichtigt werden und so eine starke Präsenz in der Fortbildungsland-

schaft finden. Da zudem viele Medizinjournalisten das Forum besuchen, wird darüber hinaus auch ein wirksames Medienecho in der Fachpresse erzielt.

Neben den Vorträgen der namhaften geladenen Referenten wird der von verantwortlichen Experten moderierten Diskussion mit dem Plenum ein großer Stellenwert eingeräumt.

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 36. Interdisziplinären Forum, das vom 2. bis 4. Februar 2012 in der Katholischen Akademie in Berlin stattfand, behandelt:

- Angsterkrankungen
- Umgang des Arztes mit Patientenwünschen
- Menschen mit Behinderungen als Patientinnen und Patienten
- Komplementäre und Alternative Therapieverfahren in der Onkologie
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Individualisierte Pharmakotherapie

Der Abendvortrag befasste sich mit dem Thema „Gesundheit und muslimisches Leben“. Vortragende war Dr. phil. Necla Kelek, Berlin.

Die Dokumentation der Referate erfolgte in Form von Screencasts, in denen die Power-Point-Folien zusammen mit den Audiokomentaren aufgezeichnet sind. Die Screencasts stehen interessierten Ärzten auf der Internetseite der Bundesärztekammer für Fortbildungszwecke zur Verfügung. Der neueste Stand zu praktisch anwendbaren Forschungsergebnissen findet so nachhaltig und in einer zeitgemäßen und effektiven Form Zugang in die Ärzteschaft.

Im Rahmen des 36. Interdisziplinären Forums 2012 fanden zudem der Workshop „Lernen und Mediennutzung im Wandel“ sowie das Symposium „Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung und in der ärztlichen Fortbildung“ statt.

## **Interprofessionelle Fortbildungstagung zur Förderung von Teilhabe und Lebensqualität der Parkinson-Patienten**

Das Parkinson-Syndrom zählt zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen. In Deutschland liegt die Prävalenz bei 100 bis 200 pro 100.000 Einwohner, ab dem 65. Lebensjahr steigt sie sprunghaft auf 1.800 pro 100.000 Einwohner an. Durch die Optimierung von Diagnostik und Therapie konnte in den letzten Jahren die Beschwerdesymptomatik verbessert und Spät komplikationen hinausgezögert werden. Im Mittelpunkt der Veranstaltung standen der Parkinson-Patient in seinem häuslichen Umfeld und die Frage der Kooperation und Koordination der beteiligten Berufsgruppen, um gezielt seine Teilhabe und Lebensqualität zu verbessern.

Nach der guten Resonanz der Tagung zum Schlaganfallpatienten im Jahr 2010 wurde die Konzeption der von der Bundesärztekammer gemeinsam mit Vertretern der Fachberufe im Gesundheitswesen am 3. November 2012 in Berlin veranstalteten Tagung „Parkinson-Patienten – Förderung von Teilhabe und Lebensqualität durch effektive Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe“ beibehalten. Im Mittelpunkt der interprofessionellen Fortbildungstagung stand die Arbeit in moderierten Kleingruppen in Form von interprofessionellen Fallkonferenzen mit Simulationspatienten. An dem gemeinsamen Dialog waren Vertreter der Ärzteschaft (Allgemeinmedizin, Neurologie), medizinische Fachangestellte, Pflegepersonen, Diätassistenten, Ergotherapeuten, Neuropsychologen, Logopäden, Orthoptisten, Sozialarbeiter und Physiotherapeuten beteiligt.

Unter der Moderation von Dr. Anne Barzel, Fachärztin für Allgemeinmedizin und wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Hamburg, erfolgte der Einstieg in das Thema durch Vorträge aus der Perspektive der Spezialisten und ihre Ansätze bei der Behandlung von Parkinson-Patienten. Im Mittelpunkt stand hier der Hausarzt als Case Manager. Den Abschluss bildete ein Vortrag zur Schnittstelle zum Krankenhaus – der Parkinson-Patient im stationären Setting. Danach erfolgte die Arbeit in Kleingruppen: Nach dem Anamnesegespräch mit dem Simulationspatienten entwickelten die Teilnehmer gemeinsam ein Konzept zur Förderung der Teilhabe für diesen Patienten. Hierbei traten mögliche Schnittstellenproblematiken 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 Parkinson-Patienten erwerben.

### **Workshop „Lernen und Mediennutzung im Wandel“**

Der Workshop fand am 27. und 28.02.2012 in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum eLearning der Charité statt und richtete sich an Personen, die in der ärztlichen Fortbildung tätig sind.

Ziel der zweitägigen Fortbildungsmaßnahme war es, den Teilnehmern die Möglichkeit zu geben, sich aktiv mit einem sich verändernden Kommunikations- und Informationsverhalten auseinanderzusetzen, das aus dem Einsatz neuer Technologien resultiert. Sie erweiterten dabei ihre Kenntnisse für die zukünftige Gestaltung von ärztlichen Fortbildungsmaßnahmen.

Die Teilnehmer lernten die zurzeit wichtigsten sozialen Mediendienste (z. B. Facebook, Twitter) und Lernanwendungen (z. B. Smartphone Apps) kennen und erprobten deren praktischen Einsatz. Anhand konkreter Aufgabenstellungen lernten sie in aktiver Kleingruppenarbeit, neue Erfahrungen und neues Wissen anzuwenden und zu vertiefen.

Die gewonnen Erkenntnisse sollen zur stärkeren Berücksichtigung geeigneter Medienwerkzeuge bei der Unterstützung und Begleitung des individuellen Lernprozesses beitragen und so Impulse zur Förderung einer neuen Lernkultur in der ärztlichen Fortbildung setzen.

### **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 daher eine Fortbildungsreihe zum Thema „Medizin und Ökonomie“ durch.

Das fünftägige Seminar wurde in enger Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung des Dezernats 5 der Bundesärztekammer vom 24. bis 28.09.2012 durchgeführt. Als Dozenten und Referenten konnten namhafte Persönlichkeiten aus dem Bereich der Gesundheitsökonomie sowie aus innovativen Unternehmungen im Versorgungssektor, Vertreter der Krankenkassen sowie des Vorstands der Bundesärztekammer und der wissenschaftlich-medizinischen Gesellschaften sowie der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschuss gewonnen werden.

Auf vielfachen Wunsch der Teilnehmer wird am 08. und 09.04.2013 zudem erneut ein Aufbaukurs zur Erweiterung des im Seminar erworbenen Wissens durchgeführt.

### **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 12.09.2012 darüber hinaus u. a. mit weiterbildungsbegleitenden Kursangeboten und strukturierten Fortbildungen für Allgemeinmediziner als Angebot der Ärztekammern und Akademien, der Regelung des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizinische Weiterbildung, der Abgrenzung des kompetenzbasierten Curriculums Allgemeinmedizin zur Kursweiterbildung, der Handhabung von Teilzeitanstellungen in der Weiterbildungszeit sowie mit Aktivitäten von organisierten Ärzten in der Weiterbildung.



### 2.3.5 Curricula und strukturierte curriculare Fortbildungen der Bundesärztekammer

Mit den von der Bundesärztekammer entwickelten Curricula können in Kursform vertiefende Kenntnisse erworben werden. In den Curricula sind die zu vermittelnden Lernziele und Inhalte (Themen) beschrieben, der zeitliche Umfang der Kurseinheiten festgelegt sowie Empfehlungen für die methodisch-didaktische Vorgehensweise definiert.

Folgende Curricula hat die Bundesärztekammer herausgegeben:

- Curriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“, 2005, Aktualisierung bezüglich des Istanbul-Protokolls 2012
- Curriculum „Begutachtung psychoreaktiver Traumafolgen im Sozialen Entschädigungsrecht“, 2009
- Curriculum „Suchtmedizinische Grundversorgung“, 2. Auflage, 2009
- Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“, 2. Auflage, 2008
- Curriculum „Organspende“, 2008
- Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“, 2008

Die sogenannte Strukturierte curriculare Fortbildung der Bundesärztekammer ist eine zusätzliche Maßnahme zum Kompetenzerhalt und zur Kompetenzentwicklung, die sich zwischen der Weiterbildung und einzelnen Fortbildungen positioniert. Es handelt sich um eine interdisziplinäre Qualifikationsmaßnahme, die im Rahmen eines theoretischen Kurses (evtl. ergänzt um Praxisanteile) berufsbegleitend vermittelt wird. Die durch eine strukturierte curriculare Fortbildung erworbenen Qualifikationen sind nach § 27 Abs. 4 Nr. 2 (Muster-)Berufsordnung (MBO) grundsätzlich anzeigefähig. Jedoch dürfen diese Qualifikationen nur angekündigt werden, wenn die Angaben nicht mit den nach geregelter Weiterbildungserwerbten Qualifikationen verwechselt werden können und der Arzt diese Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt (vgl. § 27 Abs. 4 und 5 MBO).

Folgende Curricula wurden als strukturierte curriculare Fortbildungen verabschiedet:

- Strukturierte curriculare Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“, 2012
- Strukturierte curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene“, 2011, inkl. Ergänzende Rahmenbedingungen zur Strukturierten curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene in der Fassung vom 19.10.2012
- Strukturierte curriculare Fortbildung „Medizinische Betreuung für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung“, 2011
- Strukturierte curriculare Fortbildung „Herzschrittmachertherapie“, 2. Auflage, 2008
- Strukturierte curriculare Fortbildung „Gesundheitsförderung und Prävention“, 2008
- Strukturierte curriculare Fortbildung „Ernährungsmedizin“, 2. Auflage, 2007
- Strukturierte curriculare Fortbildung „Umweltmedizin“, 2006
- Strukturierte curriculare Fortbildung „Reisemedizinische Gesundheitsberatung“, 2004

Weitere Curricula mit unmittelbarem Bezug zur Qualitätssicherung sind im Kapitel 4.4.4 beschrieben.

### 2.3.6 Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fort- und Weiterbildung

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

Im Berichtsjahr wurde die Produktion von Screencasts zu Fortbildungs- und Informationszwecken weitergeführt. Mitschnitte von Veranstaltungen sind auf der Internetseite der Bundesärztekammer abrufbar und können zu Fortbildungszwecken z. B. in Blended-Learning-Settings genutzt werden.

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

### 2.4.1 EU-Berufsanerkennung

Die EU-Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen erleichtert die Migration von Ärztinnen und Ärzten zwischen den EU-Mitgliedstaaten<sup>1</sup>, indem sie die Voraussetzungen zur zeitweiligen oder dauerhaften Ausübung des Berufes in anderen Ländern der Europäischen Union regelt. Die Umsetzung der Richtlinie in Deutschland wurde im Dezember 2007 in einem entsprechenden Gesetz eingeleitet.

Im Jahre 2010 wurde mit der Modernisierung der Berufsanerkennungsrichtlinie begonnen. Zunächst wurde anhand nationaler Erfahrungsberichte der Überarbeitungsbedarf der Richtlinie bestimmt. Im Folgejahr führte die Europäische Kommission eine öffentliche Konsultation durch, gefolgt durch die Veröffentlichung des Grünbuchs „Überarbeitung der Richtlinie über Berufsqualifikationen“. Im Dezember 2011 schließlich veröffentlichte die Kommission auf Basis der Vorarbeiten einen Vorschlag zur Überarbeitung der bestehenden Richtlinie.

Der Vorschlag sieht keine vollständige Revision, sondern eine Anpassung der bestehenden Richtlinie vor, um die Migration von Berufstätigen zu vereinfachen und zu beschleunigen. Dennoch enthält der Vorschlag der Kommission Elemente mit potenziell einschneidenden Konsequenzen für die Arbeit der Landesärztekammern.

Als Neuerung sieht der Richtlinienentwurf u. a. die Einführung eines Berufsausweises vor. Dieser soll die Migration von Berufstätigen innerhalb Europas vereinfachen, indem die zuständigen Behörden unter Nutzung des Binnenmarktinformationssystems (Internal Market Information System – IMI) die für die Anerkennung von Berufsqualifikationen notwendigen Dokumente schnell und sicher untereinander austauschen können. Mit der Einführung des Berufsausweises soll eine Verkürzung der Bearbeitungsfristen einhergehen. Das Prinzip eines Teilberufszugangs soll durch die Richtlinie rechtlich normiert werden. Schließlich ist im Richtlinienentwurf vorgesehen, das IMI um eine Vorwarnfunktion zu erweitern, die z. B. für Antragsteller genutzt werden soll, die trotz

<sup>1</sup> Ohne ausdrücklichen Hinweis beinhaltet der Begriff „EU-Mitgliedstaat“ im Kontext der Migration in der Folge auch die Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und die Schweiz.

Entzugs der Approbation in einem anderen Mitgliedstaat der EU um den Berufszugang ersuchen.

Im Berichtsjahr wurde der Überarbeitung der Berufsanerkenntnisrichtlinie seitens der Bundesärztekammer besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Auf die Veröffentlichung des Richtlinienvorschlags durch die Kommission hat die Bundesärztekammer reagiert, indem zeitnah eine Position der deutschen Ärzteschaft nebst Änderungsvorschlägen formuliert wurde. Diese Stellungnahme, die durch die Rechtsabteilung, das Dezernat 2 und den Auslandsdienst der Bundesärztekammer gemeinsam vorbereitet wurde, geht auf die im Richtlinienvorschlag vorgesehenen Neuerungen direkt ein. Die Absicht der Kommission, durch eine Überarbeitung der Richtlinie eine Beschleunigung und Vereinfachung der Anerkennungsverfahren herbeizuführen und auf diese Weise zur Mobilität der Berufstätigen in Europa beizutragen, stößt grundsätzlich auf Zustimmung. Gleichwohl schlägt die Bundesärztekammer Änderungen an einzelnen Artikeln der Richtlinie vor. Insbesondere die Verkürzung der Bearbeitungsfristen wird dabei beanstandet. Die Bundesärztekammer fordert in ihrer Stellungnahme zudem, dass die Zuständigkeit für die Anerkennung von Berufsqualifikationen allein bei der zuständigen Behörde des Zielmitgliedstaates zu liegen habe. Das Prinzip eines Teilzugangs, den der Kommissionsvorschlag grundsätzlich auch für den Arztberuf vorsieht, wird abgelehnt. Auch die Absicht, durch europäische Ausbildungsrahmen bzw. Prüfungen den Weg für Parallelstrukturen in der Weiterbildung zu bereiten, wird durch die Bundesärztekammer mit Skepsis beobachtet. Schließlich wird auch die im Richtlinienvorschlag vorgesehene, extensive Nutzung delegierter Rechtsakte kritisiert. Durch delegierte Rechtsakte, die das bislang praktizierte Komitologieverfahren ersetzen sollen, werden der Kommission Durchführungsbefugnisse übertragen. In ihrer Stellungnahme bzw. den Änderungsvorschlägen beanstandet die Bundesärztekammer die im Richtlinienentwurf vorgesehene Quantität und Qualität delegierter Rechtsakte.

Nach Veröffentlichung des Richtlinienvorschlags durch die Kommission sind am ordentlichen Gesetzgebungsverfahren der EU mit Europäischem Parlament und Ministerrat zwei zusätzliche Akteure beteiligt. Aufgrund dieses für die EU spezifischen Gesetzgebungsverfahrens sind die Interessen der deutschen Ärzteschaft zugleich auf europäischer Ebene gegenüber dem Europäischen Parlament und auf nationaler Ebene gegenüber den Fachministerien zu vertreten, die ihre Experten in die zuständigen Arbeitsgruppen des Ministerrates entsenden. Auf europäischer Ebene konzentrierten sich die Aktivitäten der Bundesärztekammer im Berichtsjahr auf die Kommunikation gegenüber den Mitgliedern des Europäischen Parlaments. Über das Brüsseler Büro der deutschen Ärzteschaft wurde die Position der Bundesärztekammer den Mitgliedern der im Europäischen Parlament zuständigen Ausschüsse zugänglich gemacht.

Die Modernisierung der Berufsanerkenntnisrichtlinie wird auch im Rahmen des Arbeitskreises „Europa“ im Bundesverband der Freien Berufe (BFB) beraten, in dem die Bundesärztekammer durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Auslandsdienstes und der Rechtsabteilung vertreten ist. Gemeinsam mit anderen freien Berufen wurden im Berichtsjahr eine Stellungnahme zum Richtlinienvorschlag und die Änderungsanträge des Europäischen Parlaments formuliert. Zudem waren die Modernisierung der Berufsanerkenntnisrichtlinie und die Zukunft der freien Berufe Gegenstand einer Veranstaltung, die durch die Bundesärztekammer, den BFB und die Bundeszahnärztekammer im Juni 2012 in Brüssel ausgerichtet wurde. Die Anwesenheit zahlreicher Mitglieder des

Europäischen Parlaments sowie von Mitarbeitern des zuständigen Referats „Freizügigkeit von Fachkräften“ in der Generaldirektion Binnenmarkt und Dienstleistungen der Europäischen Kommission verdeutlicht, dass die Position der deutschen Ärzteschaft zum Richtlinienvorschlag mit großem Interesse wahrgenommen wird.

Ein zentrales Element der Vermittlung politischer Positionen auf europäischer Ebene ist die Mitwirkung in Gremien. Die Position der deutschen Ärzteschaft konnte durch die intensive Vor- und Mitarbeit des Auslandsdienstes der Bundesärztekammer zum einen in die Arbeitsgruppe Berufsanerkennung und den Vorstand des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte (CPME) (siehe Kapitel 1.3.5) sowie im informellen Netzwerk der für die Anerkennung von Ärztinnen und Ärzten zuständigen Behörden (siehe Kapitel 2.4.2) eingebracht werden. Angesichts der Unterschiede, die zwischen den Mitgliedstaaten Europas bezüglich der Anerkennung von Berufsqualifikationen bestehen, spiegeln Stellungnahmen, die in größeren Gremien konsensuell erarbeitet werden, in der Regel den kleinsten gemeinsamen Nenner wider. Der Bundesärztekammer ist es gleichwohl gelungen, die wesentlichen Änderungsvorschläge ihrer Stellungnahme in beiden Gremien zu replizieren. Die kontinuierliche Arbeit beider Gremien zeigt Wirkung, da sie durch Mitglieder des Europäischen Parlaments ebenso wie durch Mitarbeiter der zuständigen Generaldirektion der Kommission regelmäßig für einen fachlichen Austausch gesucht werden.

Neben der Interessenvertretung gegenüber den Akteuren auf europäischer Ebene bildet die Kommunikation auf nationaler Ebene ein weiteres konstituierendes Element in der Strategie der Bundesärztekammer, für ihre Position zur Modernisierung der Richtlinie Gehör zu finden. Dabei richten sich die Aktivitäten gleichermaßen an die Entscheidungsträger in den Parlamenten und Bundesministerien.

Durch die enge Zusammenarbeit der Bundesärztekammer mit anderen Verbänden im Gesundheitssektor konnte die Aufmerksamkeit politischer Entscheidungsträger auf Bundesebene auf spezielle Aspekte der Richtlinienmodernisierung gelenkt werden. Auf Grundlage der durch die Bundesärztekammer erstellten Stellungnahme wurde durch die Rechtsabteilung ein gemeinsames Vorgehen mit der Bundeszahnärztekammer, der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) verabredet. Durch die in Kammern verfassten Gesundheitsberufe wurde im Mai, Oktober und Dezember zum Richtlinienentwurf Stellung bezogen und Änderungsvorschläge vorgestellt, die bei den politischen Entscheidungsträgern auf nationaler und europäischer Ebene auf besonderes Interesse gestoßen sind. Die Fortsetzung der Zusammenarbeit ist auch für das Jahr 2013 verabredet.

Kontrovers diskutiert wurde auf Ebene der Mitgliedstaaten die im Richtlinienentwurf vorgesehene Anhebung der Mindestvoraussetzungen für die Ausbildung zur Krankenpflegekraft oder Hebamme von zehn auf zwölf Jahre allgemeine Schulbildung. Durch eine Anhebung werden erhebliche Konsequenzen für den Arbeitsmarkt der pflegenden Fachkräfte erwartet und der bereits bestehende Fachkräftemangel würde weiter verschärft. Gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste sowie der Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene formulierte die Bundesärztekammer im Mai des Berichtsjahres daher einen Appell, dass die Möglichkeit, die Ausbildung zur Krankenpflegekraft oder Hebamme nach zehn Jahren allgemeiner Schulausbildung zu beginnen, erhalten bleiben müsse.

Schließlich wurde im Berichtsjahr auch mit dem zuständigen Fachministerium auf Bundesebene der Austausch gesucht. Dazu war die Bundesärztekammer, vertreten durch den Auslandsdienst und die Rechtsabteilung, im Juni 2012 zu Gast im zuständigen Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi), wo mit der Leitung des Referats EU-Binnenmarkt die Position der Bundesärztekammer erläutert wurde.

Aufgrund der zahlreichen Änderungsanträge, die seitens der zuständigen Ausschüsse des Europäischen Parlaments zum Richtlinienvorschlag eingebracht worden sind, ist der ursprünglich vorgesehene Zeitplan, die Überarbeitung der Richtlinie bis zum Jahresende 2012 abzuschließen, nicht einzuhalten. Erst im Frühjahr 2013 ist mit einer Positionierung des Europäischen Parlaments und des Ministerrats zu rechnen, die für die anschließenden Verhandlungen dieser Akteure zu einem Richtlinienkompromiss die Grundlage bilden. Sollte es gelingen, bereits in erster Lesung eine Einigung zwischen Europäischem Parlament und Ministerrat zu erreichen, würde die neue Richtlinie bereits im Jahr 2013 in Kraft treten können und den Mitgliedstaaten zwei Jahre zur Umsetzung in nationales Recht bleiben.

Die Bundesärztekammer wird den weiteren Weg der Gesetzgebung und im gegebenen Fall auch den Prozess der Umsetzung in Deutschland begleiten. Besonderes Augenmerk wird dabei einerseits der Nutzung eines Berufsausweises in Verbindung mit verkürzten Bearbeitungsfristen und der Nutzung des IMI, andererseits der im Richtlinienvorschlag vorgesehenen extensiven Nutzung delegierter Rechtsakte gelten.

#### **2.4.2 Informelles Netzwerk zuständiger Behörden**

Im Zuge der 2010 begonnenen Evaluierung der Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen hatte die Europäische Kommission Netzwerke ins Leben gerufen, welche die für die Anerkennung von Berufsqualifikationen zuständigen nationalen Behörden in den Sektorberufen umfassten. Aufgabe der Netzwerke war die Erstellung von nationalen Erfahrungsberichten, anhand derer die Kommission den Überarbeitungsbedarf der Richtlinie bemessen wollte. Die Bundesärztekammer, die im Netzwerk für Ärzte durch ihren Auslandsdienst vertreten ist, hatte in diesem Rahmen an der Ausarbeitung eines nationalen Erfahrungsberichts in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern maßgeblich mitgewirkt.

Das Netzwerk hat sich seither als geeignetes Forum für den Austausch von Informationen und Erfahrungen hinsichtlich der Aus-, Weiter- und Fortbildung bzw. der Anerkennung von Berufsqualifikationen in den beteiligten Mitgliedstaaten der EU erwiesen. Aus diesem Grund setzte das Netzwerk seine Arbeit im Berichtszeitraum fort, obwohl das von der Kommission erteilte Mandat mit Fertigstellung des Erfahrungsberichts abgelaufen war.

Als Reaktion auf den im Dezember 2011 veröffentlichten Richtlinienentwurf der Kommission wurde durch die Teilnehmer des Netzwerks im Berichtsjahr zunächst eine gemeinsame Position erarbeitet. Auf einem Treffen, das auf Einladung des italienischen Gesundheitsministeriums im Januar 2012 in Rom abgehalten wurde, konnte dazu ein Positionspapier formuliert werden, das zu den wichtigsten Änderungen des Richtlinienvorschlags Stellung bezieht. Analog zur Stellungnahme der Bundesärztekammer verdeutlicht das in Rom vereinbarte Papier zwar Zustimmung zum Ziel der Kommission,

die Migration von Berufstätigen zu vereinfachen, teilweise deutliche Kritik gilt dabei jedoch den durch die Kommission zur Zielerreichung vorgeschlagenen Instrumenten. In dem in Rom erarbeiteten und durch 24 zuständige Behörden Europas getragenen gemeinsamen Papier positioniert sich das Netzwerk zur Einführung eines Berufsausweises und die einhergehende Verkürzung der Bearbeitungsfristen, zur Erweiterung des IMI um eine Vorwarnfunktion sowie zu Fragen des Teilzugangs und der Sprachkompetenzen. Konkrete Änderungsvorschläge wurden bei einem Folgetreffen des Netzwerks verabschiedet, das im April in London abgehalten wurde. Auf Basis der Beschlüsse von Rom konnte auf die Kritikpunkte des Netzwerks am Richtlinienvorschlag eine Liste von Änderungsvorschlägen erarbeitet werden, die von 20 zuständigen Behörden unterstützt wird. Seither hat das Netzwerk erfolgreich den Austausch mit den Mitgliedern der zuständigen Ausschüsse im Europäischen Parlament gesucht, um die Änderungsvorschläge im Gespräch vorzustellen. Im September wurde durch das Netzwerk eine Informationsveranstaltung im Europäischen Parlament durchgeführt, zu der ausdrücklich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter derjenigen Europaparlamentarier eingeladen waren, die an der Modernisierung der Berufsanerkenntnisrichtlinie in den Ausschüssen direkt beteiligt waren. Im Rahmen dieser Informationsveranstaltung wurden der Ablauf eines Verfahrens zur Anerkennung von Berufsqualifikationen erläutert und anhand dieser Darstellung potenzielle Konflikte durch die Neuerungen des Richtlinienvorschlags aufgezeigt. Die hohe Teilnehmerzahl und die angeregte Diskussion im Anschluss an die Informationsveranstaltung verdeutlichen das Interesse an der Position der zuständigen Behörden zur Modernisierung der Berufsanerkenntnisrichtlinie. Die Mitglieder des Europäischen Parlaments sind für Argumente und Anregungen grundsätzlich offen, somit steht diese Institution im Zentrum der Aktivitäten des Netzwerks. Das Positionspapier und die Änderungsanträge wurden zudem den Ständigen Vertretungen der Mitgliedstaaten zugeleitet und damit dem Ministerrat zugänglich gemacht.

Neben der Positionierung des Netzwerks zum Richtlinienvorschlag wurde im Berichtsjahr auch über die Zukunft des Netzwerks beraten. Ein weiteres Treffen in Larnaka auf Zypern wurde genutzt, um neben dem strategischen Vorgehen bei der Modernisierung der Berufsanerkenntnisrichtlinie auch mögliche Projekte zu beraten, die das Netzwerk nach Abschluss der Richtlinienmodernisierung unternehmen könnte. Die bestehenden Strukturen, die einen gezielten Informationsaustausch zwischen den zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten ebenso ermöglichen wie die gezielte Positionierung der zuständigen Behörden in politischen Fragen, sollen dazu auch zukünftig genutzt werden. Im Berichtsjahr ist das Informationsangebot des Netzwerks um einen Internetauftritt erweitert worden, der den Teilnehmern den gezielten Zugriff auf Informationen ermöglicht. Als zukünftige Projekte wurden in Larnaka unter anderem eine Erfassung der Systeme der Weiter- und Fortbildung in den Teilnehmerstaaten des Netzwerks genannt.

Wenngleich der Bundesärztekammer gemeinsam mit dem französischen Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) und dem britischen General Medical Council (GMC) durch die Kommission eine Steuerungsfunktion zugewiesen wurde, profitierte das Netzwerk bislang von seinem informellen Charakter. Es gilt daher, das Informelle zu erhalten und zugleich seine Selbständigkeit gegenüber der Kommission zu verdeutlichen. Im kommenden Jahr sollen Vereinbarungen von Larnaka umgesetzt werden. So soll etwa die Gruppe der Koordinatoren um die zuständige Behörde aus dem Land der Ratspräsidentschaft erweitert werden. Das nächste Treffen des Netzwerks wird anlässlich der Ratspräsidentschaft im Frühjahr 2013 in Irland stattfinden.

### 2.4.3 Anerkennung der Weiterbildung in Europa

Angesichts der wachsenden Bedeutung der Migration innerhalb der EU und der vereinfachten Berufsankennung infolge der Richtlinie 2005/36/EG nahm die Zahl telefonischer oder elektronischer Anfragen, die den Auslandsdienst von Ärztinnen und Ärzten im Jahre 2012 erreichten, zu. Die Bundesärztekammer hat sich hierbei auf nationaler und internationaler Ebene als kompetenter Ansprechpartner bei Fragen zur Umsetzungs- bzw. Anwendungspraxis der Richtlinie 2005/36/EG, aber auch zu allgemeinen Migrationsangelegenheiten, Aus- und Weiterbildung sowie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen etabliert.

In Fragen der Berufsankennung und Evaluierung von ärztlichen Befähigungsnachweisen besteht ein reger und kontinuierlicher Austausch mit den zuständigen Stellen auf nationaler Ebene. In Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern konnten qualifizierte Empfehlungen bei der Beurteilung von Zertifikaten und Qualifikationsnachweisen abgegeben werden. Ein intensiver Austausch besteht zwischen dem Auslandsdienst, dem Dezernat 2 und der Rechtsabteilung zu Fallkonstellationen zur Berufsankennung. Im August 2012 erstellte eine Arbeitsgruppe unter Federführung des Dezernats 2 gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern des Auslandsdienstes und der Rechtsabteilung sowie der Weiterbildungsabteilungen einiger Landesärztekammern einen Entwurf für einen „Leitfaden für den Bewertungsablauf von Anträgen potenzieller Kammerangehöriger auf Anerkennung eines im Ausland erworbenen Weiterbildungsnachweises“. Dieser Entwurf berücksichtigt die Vorgaben des seit dem 1. April 2012 in Kraft getretenen Gesetzes zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen (kurz: „Anerkennungsgesetz“) und wurde im September 2012 im Rahmen des Erfahrungsaustausches der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Weiterbildungsabteilungen der Landesärztekammern vorgestellt.

Im Berichtsjahr erreichten den Auslandsdienst zahlreiche Anfragen von deutschen Ärzten, die ihre Weiterbildung ganz oder teilweise im Ausland absolvieren wollen, bzw. ihre ärztliche Tätigkeit im Ausland ausüben möchten.

Fragen zur Weiterbildung im Ausland betrafen in der Regel die im Falle einer Rückkehr zu berücksichtigenden Schritte. Im Zusammenhang mit dem Anerkennungsverfahren wurde häufig der Befürchtung Ausdruck verliehen, dass ein übergangsloser Wechsel nach Deutschland bzw. die Berufsausübung in Deutschland nicht möglich oder mit arbeitsrechtlichen Problemen verbunden sein könnten. Anfragen im Zusammenhang mit einer ärztlichen Tätigkeit im Ausland bezogen sich häufig auf die zuständigen Stellen für den Berufszugang und den Verwaltungsvollzug sowie auf die für die Anerkennung vorzulegenden Diplome und Bescheinigungen. Informationsbedarf bestand auch zu einer möglichen Kammermitgliedschaft im Gastland bzw. der Möglichkeit, die Kammermitgliedschaft in Deutschland während des Auslandsaufenthalts aufrecht zu erhalten.

Im Berichtszeitraum gab es auch eine deutliche Zunahme von Anfragen ausländischer Ärzte zur ärztlichen Tätigkeit in Deutschland. Aus den mittel- und osteuropäischen Staaten gab es z. B. Fragen zu Diplomen und Konformitätsbescheinigungen. Anfragen erreichten den Auslandsdienst auch aus Ländern mit einer zeitlichen Befristung von fachärztlichen Befähigungsnachweisen. In Ländern mit sogenannter Revalidierung, wie z. B. den Niederlanden, werden die Facharztkunden zeitlich befristet, eine Berufsaus-



übungsberechtigung über diesen Zeitraum hinaus ist an den Nachweis bestimmter notwendiger Kenntnisse und Fortbildungspunkte geknüpft. Bei entsprechendem Nachweis wird die Facharzturkunde für einen festgelegten Zeitraum verlängert.

Einen weiteren Schwerpunkt bildeten aufgrund der zunehmenden Migration zwischen den deutschsprachigen Ländern Fragen aus der Schweiz und aus Österreich. Fragen zur Anerkennung Schweizer Facharzt diplome bezogen sich unter anderem auf die seit dem 1. November 2011 in der Schweiz umgesetzte EU-Richtlinie 2005/36/EG. Die Übernahme der Richtlinie schafft die Grundlage für eine einheitliche Rechtsgrundlage bei der gegenseitigen Anerkennung von fachärztlichen Diplomen aus der Schweiz bzw. anderen EU-Mitgliedstaaten.

Eine Vielzahl von Anfragen erreichte den Auslandsdienst vor dem Hintergrund der im Jahre 2011 in der Schweiz eingeführten modular aufgebauten fünfjährigen Weiterbildung „Allgemeine Innere Medizin“, die die Weiterbildungsgänge „Innere Medizin“ und „Allgemeinmedizin“ abgelöst hat. Bis zum 31. Dezember 2015 gelten Übergangsfristen: Die Weiterbildungsgänge „Innere Medizin“ und „Allgemeinmedizin“ können noch nach den alten Weiterbildungsprogrammen absolviert werden. Ab dem 1. Januar 2016 wird zu beobachten sein, welche Implikationen der neue Weiterbildungsgang „Allgemeine Innere Medizin“ für die Migration zwischen Deutschland und der Schweiz haben wird. Der Weiterbildungsgang „Allgemeine Innere Medizin“ war zum Berichtszeitpunkt noch nicht im Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG für die Schweiz aufgeführt. Gleichwohl wurde die EU-Konformität von der zuständigen Schweizer Stelle bestätigt, sodass die Anerkennung des fachärztlichen Titels „Allgemeine Innere Medizin“ in Deutschland im Berichtszeitraum problemlos erfolgen konnte.

Aus Österreich waren im Berichtsjahr vereinzelte Anfragen zum Berufszugang vor dem Hintergrund der im Dezember 2010 geänderten Notifizierung der österreichischen ärztlichen Grundausbildung zu verzeichnen. Absolventen eines Studiums der Humanmedizin in Österreich können seither im Falle der Migration eine Bescheinigung („jus migrandi“) beantragen, dass alle Voraussetzungen des Artikels 24 der Richtlinie 2005/36/EG erfüllt sind. Die infolge der Änderungsmitteilung Österreichs zu Anhang V, Punkt 5.1.1 dieser Richtlinie 2005/36/EG seit 14. Dezember 2010 geltende Rechtslage führt im Falle der Migration aus Österreich in einen anderen EU-Mitgliedstaat dazu, dass der österreichische Studienabschluss ab sofort als Ausbildungsnachweis über die ärztliche Grundausbildung automatisch anzuerkennen ist. Damit besteht in Deutschland Anspruch auf Erteilung der Approbation. Die neue Regelung findet innerhalb Österreichs keinerlei Anwendung. So ist die selbstständige Berufsberechtigung („jus practicandi“) in Österreich innerstaatlich nicht an den geänderten Ausbildungsnachweis im Anhang V, Punkt 5.1.1 geknüpft. Mit dem Studienabschluss ist innerhalb Österreichs nach wie vor nur die Berufsberechtigung zum Turnusarzt verbunden. Vermehrt erreichten den Auslandsdienst Anfragen zu einer eventuellen Anrechenbarkeit von in Österreich abgeleiteter Turnuszeiten. Der Turnus ist die 36-monatige Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin mit Rotationen durch verschiedene Fächer. Diese Rotationen sind teilweise kürzer als sechs Monate, nur im Einzelfall können diese je nach Entscheidung des zuständigen Lehrkrankenhauses verlängert werden.

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 der europäi-

schen Fachärzte (UEMS) nach Erlangen des nationalen Facharztgrades zusätzlich durch eine Prüfung erworben werden kann.

Neben Ärzten aus Mitgliedstaaten der EU, deren Migration durch die Richtlinie 2005/36/EG geregelt ist, erreichte die Bundesärztekammer auch in 2012 eine Vielzahl von Anfragen aus sogenannten Drittstaaten, also Ländern, die weder der Europäischen Union angehören noch dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder der Schweiz zuzurechnen sind. Die Anfragen bezogen sich vor allem auf das am 1. April 2012 in Kraft getretene Anerkennungsgesetz. Hier stand einerseits der Aspekt des Berufszugangs und der im Antragsverfahren auf Approbation einzureichenden Dokumente im Vordergrund. Andererseits gab es zahlreiche Fragen zur behördeninternen Gleichwertigkeitsprüfung der Approbationsbehörden, der Kenntnisstandprüfung und dem für die Beantragung der Approbation erforderlichen Sprachniveau sowie der Berücksichtigung von vorliegender, einschlägiger Berufserfahrung.

Mit der Umsetzung des bundesweiten Anerkennungsgesetzes gab es vermehrt Anfragen von Gastärzten, die in der Regel mit Stipendien ihrer Heimatländer zum Zwecke der Weiterbildung nach Deutschland kommen. Ihre Fragen bezogen sich vor allem auf den Berufszugang bzw. die Approbationsbeantragung. Mit Einführung des Anerkennungsgesetzes erfolgt seit dem 1. April 2012 die Beantragung der Approbation unabhängig von der Staatsangehörigkeit. Maßgeblich sind nunmehr das Herkunftsland, in dem ein Diplom erworben wurde, sowie eventuell zu berücksichtigende Berufserfahrung. Im Falle eines von den zuständigen Approbationsbehörden als nicht gleichwertig festgestellten Kenntnisstands erfolgt dessen Überprüfung (Kenntnisstandprüfung). Zusätzlich zur Gesetzeslage bezogen sich Anfragen auch auf den Verwaltungsvollzug in den einzelnen Bundesländern.

Vor dem Hintergrund der politischen Instabilität erreichten den Auslandsdienst aus dem arabischen Raum zunehmend Anfragen. Dabei spielten insbesondere Aspekte der Verifizierung und Einschätzung von Diplomen und Zertifikaten eine Rolle.

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.

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 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 EU bemüht. Insbesondere für die nach Frankreich und in die Schweiz sowie das Vereinigte Königreich migrierenden Ärzte konnte aufgrund guter Kontakte zu den national zuständigen Stellen sowie zu den Kollegen der nationalen Ärzterverbände der Anerkennungsprozess 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. Auch der Ghana Medical Council war daran interessiert.

Obwohl die Migration von Ärzten innerhalb der EU 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 im Jahre 2013 annehmen wird. Dabei wird insbesondere die im kommenden Jahr mutmaßlich abzuschließende Modernisierung der Richtlinie 2005/36/EG im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen und ein erhöhtes Aufkommen von Fragen zur konkreten Umsetzung zur Folge haben. Der gegenseitige Erfahrungsaustausch mit anderen zuständigen Stellen auf nationaler und europäischer Ebene soll dabei intensiviert werden.