

## Stellungnahme

### des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. (BDI)

zum Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für eine geänderte Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen (ÄApprO)

Wiesbaden, 23.01.2020

#### **Kontakt:**

#### **Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI)**

Haus der Internisten, Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden

Telefon: +49 611 18133-0 | Fax: +49 611 18133-50

E-Mail: [info@bdi.de](mailto:info@bdi.de)

Präsidium: Prof. Dr. med. Hans Martin Hoffmeister (Präsident), Christine Neumann-Grutzeck (1. Vizepräsidentin), Dr. med. Ivo Grebe (2. Vizepräsident und Schatzmeister)

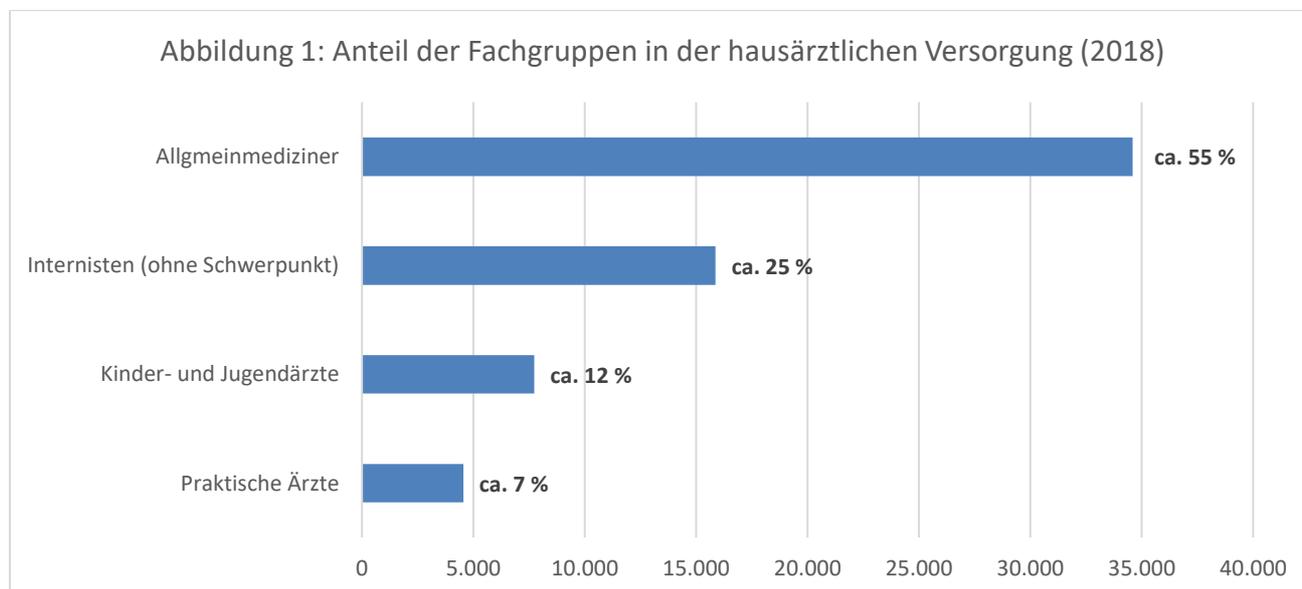
Geschäftsführer: Tilo Radau (Geschäftsführer), Bastian Schroeder (Stv. Geschäftsführer)

## I. Vorbemerkung

Mit der Verabschiedung des „Masterplans Medizinstudium 2020“ haben Bund und Länder 2017 die Neuordnung der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland beschlossen. Die Reform des Medizinstudiums soll nicht nur das hohe Qualitätsniveau in der Ausbildung, sondern auch die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten zukünftig sicherstellen. Damit reagiert der Gesetzgeber u.a. auf die Herausforderungen einer Gesellschaft des längeren Lebens sowie sich verändernder Versorgungsstrukturen, denen die nächste Medizinergeneration gerecht werden muss. Von den insgesamt 37 Maßnahmen, die im „Masterplan Medizinstudium 2020“ beschlossen wurden, sind 14 durch die Änderung der Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen (ÄApprO) umzusetzen.

Die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung – besonders in unterversorgten, ländlichen Regionen – ist eines der Hauptziele des Masterplans. Zahlreiche Maßnahmen zielen deshalb darauf ab, die Studentinnen und Studenten sowohl klinisch-theoretisch als auch praktisch besser auf eine Tätigkeit in der ambulanten hausärztlichen Versorgung vorzubereiten (s. Maßnahmen 16-22 und 33-37 des Masterplans). Der BDI begrüßt diese Zielsetzung grundsätzlich, sieht jedoch in der Umsetzung dringenden Nachbesserungsbedarf, um die Versorgungsrealität in Deutschland angemessen abzubilden und bereits vorhandene Ressourcen im Sinne einer optimalen Patientenversorgung effizient zu nutzen.

Nach § 73 Abs. 1a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nehmen insbesondere drei Fachgruppen an der hausärztlichen Versorgung teil: Allgemeinmediziner, Internisten (ohne Schwerpunkt) sowie Kinder- und Jugendärzte. Rund 40 Prozent der Hausärzte in Deutschland sind also Internisten und Kinder- und Jugendärzte (s. Abbildung 1).

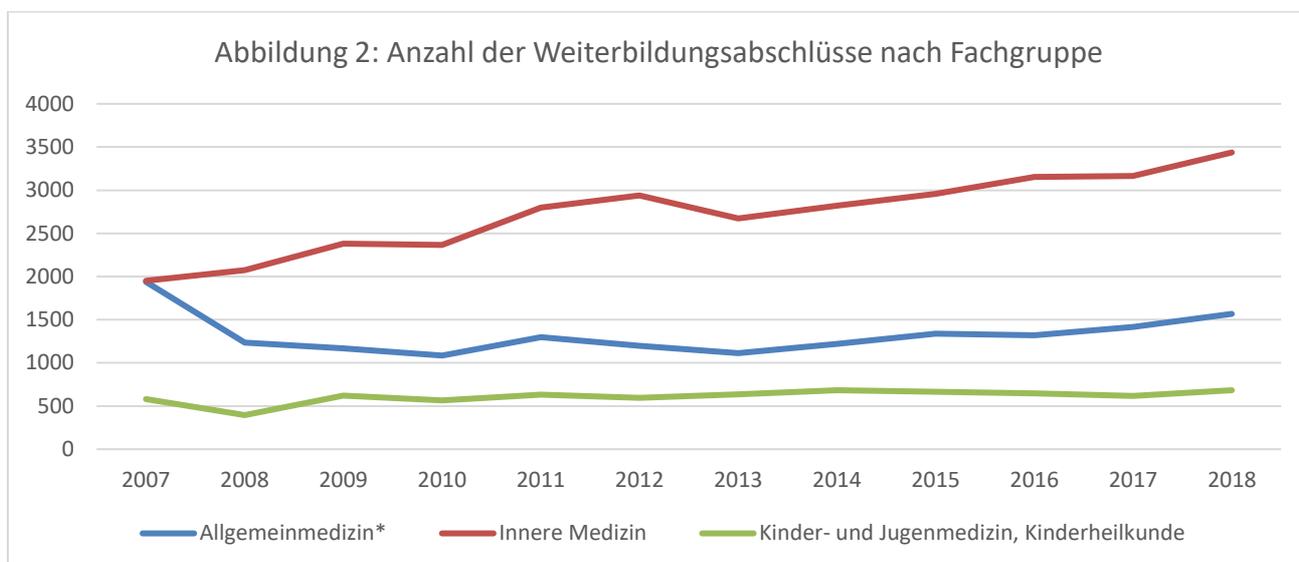


Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Stand 31.12.2018

Trotz der klaren gesetzlichen Vorgaben und dem unverzichtbaren Beitrag, den Internisten und Kinder- und Jugendärzte für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung leisten, schließt der „Masterplan Medizinstudium 2020“ die beiden Gruppen gezielt von den Maßnahmen aus und setzt „Allgemeinmedizin“ mit „hausärztlicher Versorgung“ gleich. Das ist falsch und entspricht nicht der Vorgabe des SGB V. Damit sorgt der Gesetzgeber zudem für eine unnötige Verknappung ärztlicher Ressourcen im hausärztlichen Versorgungsbereich. Dabei

handelt es sich bei dem Begriff „Hausarzt“ um ein Konstrukt des Sozialrechts und nicht um ein medizinisches Fachgebiet. Aus Sicht des BDI kann der drohende Versorgungsmangel sowohl mengenmäßig als auch qualitativ, jedoch nicht alleine von Allgemeinmedizinern behoben werden.

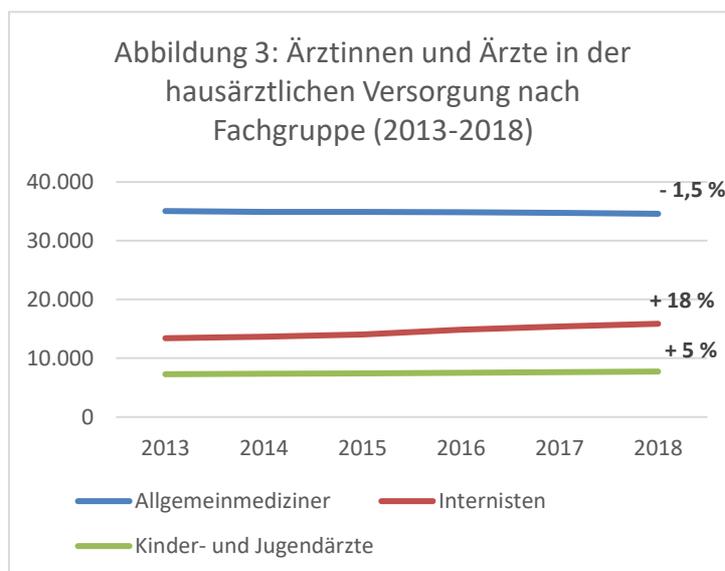
Die Anzahl der Weiterbildungsabschlüsse in den Fachgruppen, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, verdeutlicht, dass sich das Fach Innere Medizin zunehmender Beliebtheit erfreut (s. Abbildung 2). Parallel dazu hat sich die Zahl der hausärztlichen Internisten in den letzten Jahren deutlich erhöht (s. Abbildung 3). Der BDI geht davon aus, dass wesentlich mehr Internisten den hausärztlichen Versorgungsbereich wählen würden, wenn der Gesetzgeber sie als gleichberechtigte Fachgruppe in der hausärztlichen Versorgung anerkennt und fördert.



Quelle: Bundesärztekammer, Ärztestatistik / \*Die Anzahl der Abschlüsse „Allgemeinmedizin“ enthält auch den damals bestehenden Weiterbildungsabschluss „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“

Die zahlenreichen Förderprogramme der letzten Jahre, die größtenteils der Allgemeinmedizin zugutegekommen sind, haben hingegen die gewünschten Effekte für die Sicherstellung der Patientenversorgung nicht umfassend erzielt. Gemessen an den aktuellen Weiterbildungsabschlüssen und Wachstumsraten innerhalb des Fachgebietes, werden Allgemeinmediziner die hausärztliche Versorgung in Zukunft nicht alleine sicherstellen können.

Auch qualitativ sind Internistinnen und Internisten eine notwendige Fachgruppe in der hausärztlichen Versorgung. Die Komplexität medizinischer Abläufe, die speziellen Probleme im höheren Lebensalter sowie die



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Stand 31.12.2018

zunehmende Multimorbidität der Patienten haben die Qualifikationsanforderung an die hausärztliche Tätigkeit in den letzten Jahren verändert. Inhaltlich geht es weitgehend um Führung und Betreuung von Patienten mit chronischen und komplexen Krankheitsbildern. Dies ist gemäß ihrer Weiterbildung die originäre Aufgabe von Internistinnen und Internisten. Mehr als 80 Prozent aller akuten und chronischen Erkrankungen, die in der hausärztlichen Praxis behandelt werden, haben einen internistischen Bezug (z.B. Diabetes und Rheuma). Auch die überwiegende Anzahl der Notfälle in Deutschland sind internistischer Natur (z.B. Herzinfarkt, Luftnot usw.). Insofern ist der Facharzt für Innere Medizin auch der geeignete Facharzt, diese Notfälle zu erkennen. Internisten kennen die unterschiedlichen Krankheitsbilder und ihre Komplikationen und sind für die Koordination der Behandlung von Patientinnen und Patienten unverzichtbar. Internistische Erkrankungen spielen in einem Industrieland wie Deutschland mit zunehmender Lebensdauer der Menschen die zentrale Rolle in der Versorgung. Internistinnen und Internisten sind deshalb besonders qualifiziert, die hausärztliche Funktion zu übernehmen.

Kinder- und Jugendärzte hingegen haben eine Sonderrolle, da sie besonders für die Prävention (Impfen) und Früherkennung von Krankheiten verantwortlich sind. Dies ist eine spezifische Aufgabe der Kinder- und Jugendärzte und gehört ebenso in die hausärztliche Versorgung. Kinder- und Jugendärzte sind in der hausärztlichen Versorgung nicht ersetzbar.

Die Allgemeinmedizin ist aufgrund der historischen Entwicklung und als zahlenmäßig größte Gruppe für die hausärztliche Versorgung wichtig. Es muss jedoch klargestellt werden, dass genügend Ausbildungsinhalte der Inneren Medizin sowie der Kinder- und Jugendmedizin im Studium wahrgenommen werden, um hausärztlich tätig zu sein.

Ohne Internisten sowie Kinder- und Jugendärzte wäre die hausärztliche Versorgung in Deutschland flächendeckend gefährdet. Der BDI warnt deshalb mit Nachdruck davor, die einseitige Ausrichtung des Masterplans auf die neue ÄApprO zu übertragen. Die hausärztliche Versorgung kann auch in Zukunft nur gemeinsam sichergestellt werden. Dafür müssen jedoch alle Fachgruppen, die nach § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, als gleichberechtigte Akteure einbezogen werden. Die begriffliche Verkürzung von „hausärztlicher Versorgung“ auf das Fach „Allgemeinmedizin“, die der „Masterplan Medizinstudium 2020“ vorgenommen hat und die alleinige longitudinale Verankerung des Faches Allgemeinmedizin, muss in der neuen Approbationsordnung deshalb vermieden werden.

Der BDI schlägt vor, die Neuregelungen in der ÄApprO nicht nur auf die Allgemeinmedizin, sondern auf die hausärztliche Versorgung insgesamt zu erstrecken, sofern die Maßnahme auf die Stärkung der hausärztlichen Versorgung abzielt.

## II. Maßnahmen des Arbeitsentwurfes im Einzelnen

Die Stellungnahme zu den Maßnahmen des Arbeitsentwurfes im Einzelnen bezieht sich maßgeblich auf jene Neuregelungen, die Relevanz für die Ausbildung der Studentinnen und Studenten im hausärztlichen Versorgungsbereich haben. Die im Folgenden aufgeführten Änderungsvorschläge sind aus Gründen der Übersichtlichkeit kommentarlos in der Synopse beigefügt.

### 1. Zu § 7 Abs. 4 ÄApprO-Entwurf (S. 12f. d. Synopse)

§ 7 Abs. 4 ÄApprO-Entwurf sieht vor, dass die Universität in der Studienordnung vorschreibt, an welchen Unterrichtsveranstaltungen die Studierenden regelmäßig und erfolgreich teilnehmen müssen. Dies sind mindestens die Unterrichtsveranstaltungen, die zum Erwerb der Leistungsnachweise vorgesehen sind, die Blockpraktika nach § 23 und die allgemeinmedizinischen Lehrinhalte nach § 27.

#### **BDI:**

Folgeänderung von Punkt 5 und 6.

*Änderungsvorschlag: Die Formulierung „Unterrichtsveranstaltungen in der Allgemeinmedizin nach § 27“ wird durch „Unterrichtsveranstaltungen nach § 27“ ersetzt.*

### 2. Zu § 19 Abs. 4 ÄApprO-Entwurf (S. 26f. d. Synopse)

§ 19 ÄApprO-Entwurf regelt die Leistungsnachweise vor dem Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. Absatz 4 regelt, welche Fächer und Kompetenzen longitudinal über mehrere Leistungsnachweise zu erbringen sind. Neben den Kompetenzen „ärztliche Gesprächsführung“, „medizinisch-wissenschaftliche Fertigkeiten“ und „interprofessionelle Kompetenzen“, soll auch das Fach Allgemeinmedizin verankert werden.

#### **BDI:**

Die in § 19 Abs. 4 Nr. 2-4 genannten Kompetenzen gelten für alle medizinischen Fachgebiete und unabhängig von den Versorgungsebenen „ambulant“ und „stationär“. Sie gelten zudem unabhängig davon, ob ein Arzt im hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgungsbereich arbeitet. Es handelt sich bei den Kompetenzen um eine grundsätzliche Voraussetzung für die ärztliche Berufstätigkeit. Der BDI unterstützt deshalb die longitudinale Verankerung der Kompetenzen Nr. 2-4.

Zusätzlich zu den Kompetenzen nach Abs. 4 Nr. 2-4 verankert der Entwurf in Abs. 4 Nr. 1 das Fach Allgemeinmedizin. Damit widerspricht der Entwurf seiner Zielvorgabe, den Studierenden über das gesamte Studium Kenntnisse des hausärztlichen Versorgungsbereiches näherzubringen (s. Kommentar zu § 27 Abs. 1 unter Punkt 5).

*Änderungsvorschlag: Der Begriff „Fächer“ in Satz 1 wird durch „Unterrichtsveranstaltungen“ ersetzt. Der Begriff „Allgemeinmedizin“ in Satz 1 Nr. 1 wird durch „Unterrichtsveranstaltungen nach § 27“ ersetzt.*

### **3. Zu § 21 Abs. 4 ÄApprO-Entwurf (S. 28f. d. Synopse)**

§ 21 ÄApprO-Entwurf regelt die Leistungsnachweise vor dem Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. Abs. 4 regelt, welche Fächer und Kompetenzen longitudinal über mehrere Leistungsnachweise zu erbringen sind. Neben den Kompetenzen „ärztliche Gesprächsführung“, „medizinisch-wissenschaftliche Fertigkeiten“ und „interprofessionelle Kompetenzen“, soll auch das Fach Allgemeinmedizin verankert werden.

#### **BDI:**

Für die Begründung wird auf Punkt 2 verwiesen.

*Änderungsvorschlag: Der Begriff „Fächer“ in Satz 1 wird durch „Unterrichtsveranstaltungen“ ersetzt. Der Begriff „Allgemeinmedizin“ in Satz 1 Nr. 1 wird durch „Unterrichtsveranstaltungen nach § 27“ ersetzt.*

### **4. Zu § 22 Abs. 4 ÄApprO-Entwurf (S. 30 d. Synopse)**

§ 22 ÄApprO-Entwurf regelt die Leistungsnachweise vor dem Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. Abs. 4 regelt, welche Fächer und Kompetenzen longitudinal über mehrere Leistungsnachweise zu erbringen sind. Neben den Kompetenzen „ärztliche Gesprächsführung“, „medizinisch-wissenschaftliche Fertigkeiten“ und „interprofessionelle Kompetenzen“, soll auch das Fach Allgemeinmedizin verankert werden.

#### **BDI:**

Für die Begründung wird auf Punkt 2 verwiesen.

*Änderungsvorschlag: Der Begriff „Fächer“ in Satz 1 wird durch „Unterrichtsveranstaltungen“ ersetzt. Der Begriff „Allgemeinmedizin“ in Satz 1 Nr. 1 wird durch „Unterrichtsveranstaltungen nach § 27“ ersetzt.*

### **5. Zu § 27 Abs. 1 ÄApprO-Entwurf (S. 34 d. Synopse)**

§ 27 ÄApprO-Entwurf sieht vor, dass die Studierenden in den Semestern 2-10 vier einwöchige und zwei zweiwöchige Blockpraktika in einer allgemeinmedizinischen Lehrpraxis absolvieren. Der zeitliche Mindestumfang wird auf insgesamt acht Wochen erhöht.

#### **BDI:**

Der Entwurf greift hier insbesondere Maßnahme 18 des „Masterplans Medizinstudium 2020“ auf. Der BDI begrüßt die Neuregelung des Blockpraktikums, um den Bezug der Studierenden zur hausärztlichen Patientenversorgung frühzeitig zu stärken. Die Erhöhung des zeitlichen Mindestumfangs wird ebenfalls unterstützt.

Kritisch ist aus Sicht des BDI jedoch die Streichung der in § 7 Abs. 2 Nr. 3 ÄApprO 2002 gewählten Formulierung „in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung“. Die ÄApprO

2002 beinhaltet im Gegensatz zum vorliegenden Entwurf an dieser Stelle die sozialrechtlich korrekte Formulierung, die es beizubehalten gilt.

Indem der Entwurf den hausärztlichen Versorgungsbereich auf das Fach Allgemeinmedizin reduziert, wird er der Versorgungsrealität nicht gerecht (s. Vorbemerkung). Die hausärztliche Versorgung ist nicht Synonym für ein einzelnes klinisches Fach (Allgemeinmedizin). Es handelt sich lediglich um eine sozialrechtliche Versorgungsform, die von Fachärztinnen und -ärzten ausgeübt wird, die nach § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Insofern entspricht die Änderung nicht der Vorgabe des § 73 Abs. 1a SGB V.

Hinzu kommt, dass die Intention, den Studierenden umfassende Kenntnisse der hausärztlichen Versorgung zu vermitteln, damit aus Sicht des BDI nicht erreicht wird. Diese kann nur durch die Einbindung aller Fachgruppen, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, erreicht werden. Ein spürbar breiteres Angebot trägt zudem dazu bei, die Attraktivität des Versorgungsbereiches unter Studierenden zu erhöhen.

Mit der Neuordnung der Blockpraktika wird darüber hinaus der Bedarf an Lehrpraxen steigen. Hausärztliche Internisten sowie Kinder- und Jugendärzte müssen zur Deckung des Mehrbedarfes beitragen.

*Änderungsvorschlag: Der Begriff der „allgemeinmedizinische Lehrpraxis“ wird entsprechend der bestehenden Formulierung in § 7 Abs. 2 Nr. 3 ÄApprO 2002 durch „in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung“ ersetzt.*

*Als Folge der vorgeschlagenen Änderung, wird der Titel von § 27 „Unterrichtsveranstaltungen in der Allgemeinmedizin“ in „Unterrichtsveranstaltungen zur Vermittlung von Kenntnissen der hausärztlichen Versorgung“ umbenannt.*

## **6. Zu § 27 Abs. 2 ÄApprO-Entwurf (S. 34 d. Synopse)**

§ 27 Abs. 2 ÄApprO-Entwurf schreibt vor, dass die longitudinalen Blockpraktika nach Abs. 1 durch vor- und nachbereitende Seminare zu begleiten sind. Der Begründungstext verweist darauf, dass die Seminare allgemeinmedizinische Themen und Krankheitsbilder vertiefend vermitteln sollen.

### **BDI:**

Die inhaltliche Vor- und Nachbereitung der Blockpraktika bewertet der BDI als sinnvolle Neuerung. In Bezug auf die vom BDI vorgeschlagene Änderung in Abs. 1 ist es notwendig, die vor- und nachbereitenden Seminare fachübergreifend durch die Lehrstühle für Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin und Allgemeinmedizin durchzuführen.

Die Koordination der verschiedenen Fachgebiete in der hausärztlichen Versorgung ist auch insofern notwendig, da es aus wissenschaftlicher Sicht keine allgemeinmedizinischen Krankheitsbilder an sich gibt. Vielmehr arbeiten Allgemeinmediziner fachübergreifend insbesondere in den Fachgebieten Innere Medizin sowie Kinder- und Jugendmedizin und deren Krankheitsbilder.

## **7. Zu § 27 Abs. 3 ÄApprO-Entwurf (S. 34 d. Synopse)**

Absatz 3 schreibt vor, dass Studierende während der Blockpraktika in der Allgemeinmedizin durch eine Ärztin oder einen Arzt der jeweiligen Lehrpraxis betreut werden.

### **BDI:**

Folgeänderung von Punkt 5.

*Änderungsvorschlag: Die Bezeichnung „Allgemeinmedizin“ wird durch „Einrichtung der hausärztlichen Versorgung“ ersetzt.*

## **8. Zu § 27 Abs. 4 ÄApprO-Entwurf (S. 35 d. Synopse)**

Folgeänderung von Punkt 5.

*Änderungsvorschlag: Das Wort „allgemeinmedizinischen“ wird durch „hausärztlichen“ ersetzt.*

## **9. Zu § 27 Abs. 5 ÄApprO-Entwurf (S. 35 d. Synopse)**

Folgeänderung von Punkt 5.

*Änderungsvorschlag: Das Wort „allgemeinmedizinischen“ wird ersatzlos gestrichen.*

## **10. Zu § 40 Abs. 1 ÄApprO-Entwurf (S. 48f. d. Synopse)**

§ 40 regelt den Inhalt und die Dauer des Praktischen Jahres. Abs. 1 Nr. 3 bietet die Möglichkeit, einen Ausbildungsabschnitt in der Allgemeinmedizin zu absolvieren.

### **BDI:**

Der Umstellung von Tertialen auf Quartale ist aus Sicht des BDI nicht zu beanstanden. Der BDI begrüßt ebenso die Möglichkeit, eines der Quartale verpflichtend in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu absolvieren.

Die Reduktion der hausärztlichen Versorgung auf den Begriff Allgemeinmedizin ist kontraproduktiv. Zur Begründung wird auf Punkt 5 und die Vorbemerkung verwiesen.

*Änderungsvorschlag: Die Formulierung „in der Allgemeinmedizin“ wird durch „in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung“ ersetzt.*

## **11. Zu § 41 Abs. 3 ÄApprO-Entwurf (S. 51f. d. Synopse)**

Folgeänderung von Punkt 10.

*Änderungsvorschlag: Abs. 3 Satz 2 wird in „Wird der in § 40 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 genannte Ausbildungsabschnitt in der hausärztlichen Versorgung absolviert, findet die Ausbildung in einer hausärztlichen Lehrpraxis statt“ geändert.*

## **12. Zu § 116 Abs. 2 ÄApprO-Entwurf (S. 131 d. Synopse)**

§ 116 ÄApprO-Entwurf regelt die Prüfung an der Patientin oder am Patienten. In Abs. 2 werden diesbezüglich spezifische Vorgaben an die zu stellende Prüfungssituation gemacht und unter anderem vorgeschrieben, dass den Studierenden eine Patientin oder ein Patient aus dem ambulanten Bereich auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin zugewiesen wird.

### **BDI:**

Die praktische Prüfung am Patienten ist zu befürworten. Die Prüfungsinhalte sind entsprechend der vorangegangenen Änderungen erforderlich.

*Änderungsvorschlag: Die Formulierung „ambulanten Bereich auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin“ wird durch „hausärztlichen Versorgungsbereich“ ersetzt.*

## **13. Zu § 123 Abs. 3 ÄApprO-Entwurf (S. 140f. d. Synopse)**

§ 123 ÄApprO-Entwurf regelt den Inhalt und die Dauer der strukturierten klinisch-praktischen Prüfung (Parcours). In Abs. 3 werden Fächer aufgeführt, auf die sich die Stationen des Parcours erstrecken. Neben der Inneren Medizin und der Chirurgie ist hier auch die Allgemeinmedizin vorgesehen.

### **BDI:**

Die Prüfungssituation sollte gemäß den Änderungen in § 19 Abs. 4, § 21 Abs. 4, § 22 Abs. 4 (s. Punkte 2-4) Lehrinhalte aus dem Bereich der (ambulanten) hausärztlichen Versorgung widerspiegeln.

*Änderungsvorschlag: In Abs. 3 Satz 1 wird die Formulierung „Ausbildungsabschnitte“ ergänzt. In Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 wird die Bezeichnung „Allgemeinmedizin“ durch „Ausbildungsabschnitte nach § 40 Abs. 1 Satz 1 Nummer 3 oder 4“ ersetzt.*

*In Abs. 3 Satz 3 wird der Begriff „Fachgebiet“ durch „Ausbildungsabschnitt“ ersetzt.*

*In Abs. 3 Satz 4 wird „Allgemeinmedizin“ durch „eine Einrichtung der hausärztlichen Versorgung“ ersetzt und „Fachgebiet“ durch „Ausbildungsabschnitt“. Folgeänderungen ergeben sich in Abs. 3 Satz 5 entsprechend.*

## **14. Zu Anlage 2**

Klinische Fächer, die Teil der bis zum Ersten, zum Zweiten und zum Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung zu erbringenden Leistungsnachweise sind.

**BDI:**

Naturheilverfahren und Komplementärmedizin sind eine wichtige Komponente der hausärztlichen Versorgung. Eine seriöse Ausbildung der Studierenden in diesem Bereich ist wegen des politisch erwünschten Selbstmanagements zum Schutz der Patienten unbedingt erforderlich. Der insbesondere auch den Patienten vertraute Begriff „Naturheilverfahren“, der die traditionelle Medizin beinhaltet, sollte deshalb entsprechend den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (s. Global Report on Traditional and Complementary Medicine 2019) durch den Begriff „Komplementärmedizin“ ergänzt werden.

*Änderungsvorschlag: Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren und Komplementärmedizin*

**15. Zu Anlange 8**

Wahlfächer, über die ein Leistungsnachweis nach § 24 Absatz 1 bis zum Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung zu erbringen sind, sofern diese von der Universität angeboten werden.

**BDI:**

Für die Begründung wird auf Punkt 14 verwiesen.

*Änderungsvorschlag: Naturheilverfahren und Komplementärmedizin*