

## **Stellungnahme**

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

zum **Referentenentwurf** des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für eine **Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung** vom 17. November 2020

Wiesbaden, 15.01.2021

#### **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: Christine Neumann-Grutzeck (Präsidentin), Dr. med. Norbert Smetak (1. Vizepräsident und Schatzmeister), Dr. med. Kevin Schulte (2. Vizepräsident)

Geschäftsführung: Tilo Radau (Geschäftsführer), Bastian Schroeder (stellv. Geschäftsführer)

## Inhalt

1. Vorbemerkung .....	1
2. Erfüllungsaufwand.....	3
3. Maßnahmen des Referentenentwurfes im Einzelnen .....	4
A. Problem und Ziel .....	4
B. Lösung .....	4
Artikel 1 – Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen (ÄApprO) .....	5
§ 7 Studienordnungen.....	5
§ 11 Lehrkrankenhäuser und Lehrpraxen.....	5
§ 13 Anforderungen an Lehrpraxen.....	6
§ 16 Vereinbarungen über die Einbeziehung von außeruniversitären Einrichtungen .....	6
§ 28 Famulatur.....	7
§ 31 Leistungsnachweise über Module vor dem Ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung im ersten Studienabschnitt.....	7
§ 32 Leistungsnachweise über Module vor dem Ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung im zweiten Studienabschnitt.....	7
§ 33 Leistungsnachweise über Module vor dem Zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung .....	8
§ 45 Inhalt und Dauer.....	9
§ 48 Ort.....	10
§ 55 Lehrveranstaltungen.....	10
§ 116 Inhalt und Dauer der Prüfung am Patienten oder an der Patientin.....	10

## 1. Vorbemerkung

Mit dem „Masterplan 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“ beschlossenen 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 auch darauf ab, die Studentinnen und Studenten sowohl klinisch-theoretisch als auch praktisch besser auf eine Tätigkeit in der ambulanten, besonders der hausärztlichen, Versorgung vorzubereiten (s. Maßnahmen 16-22 und 33-37 des Masterplans). Indem die Maßnahmen ausschließlich auf die Förderung der Allgemeinmedizin abzielen, wendet der Masterplan jedoch eine verkürzte Definition des Begriffes „Hausarzt“ an, die weder der Versorgungsrealität in Deutschland noch den sozialrechtlichen Vorgaben gerecht wird. **Dieser Fehler darf im Sinne einer qualitativ hochwertigen, umfassenden Medizinerbildung und der damit einhergehenden Patientenversorgung im Rahmen der Neuregelung der Approbationsordnung nicht fortgeschrieben werden.**

### Fachgruppen in der hausärztlichen Versorgung

Der Begriff „Hausarzt“ beschreibt einen vertragsärztlichen Status des Sozialrechts und kein medizinisches Fachgebiet. Gemäß § 73 Abs. 1a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nehmen neben Fachärzten für Allgemeinmedizin auch Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin an der hausärztlichen Versorgung teil. Internisten und Kinder- und Jugendärzte machen bundesweit mittlerweile fast vierzig Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte aus.<sup>1</sup> Zwar sind Fachärzte für Allgemeinmedizin weiterhin die größte Gruppe innerhalb der Hausärzteschaft, ihr Anteil nimmt jedoch im Verhältnis zu den anderen Fachgruppen ab. Bei den Weiterbildungsabschlüssen verzeichnet das Fach Allgemeinmedizin nicht die notwendigen Zuwächse, um die Zahl der Allgemeinmediziner, die altersbedingt aus dem Beruf ausscheiden, zu kompensieren. Die Innere Medizin hingegen ist ungebrochen eines der beliebtesten Fachgebiete bei Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung.<sup>2</sup> Infolgedessen entscheiden sich auch immer mehr Internistinnen und Internisten für eine Tätigkeit im hausärztlichen Versorgungsbereich. Seit 2013 ist die Zahl der hausärztlichen Internisten bundesweit um mehr als 20 Prozent gestiegen.<sup>3</sup>

Trotz der eindeutigen gesetzlichen Vorgabe und dem Beitrag, den Internistinnen und Internisten sowie Kinder- und Jugendärzte für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland leisten, wurde der Masterplan Medizinstudium 2020 seinerzeit als exklusives Förderprogramm für die Allgemeinmedizin konzipiert. Der Masterplan arbeitet mit einer verkürzten Begriffsdefinition von „Hausarzt“, welche die anderen beiden Fachgruppen in der hausärztlichen Versorgung bewusst von den Maßnahmen ausschließt. Damit zielt der Masterplan zwar auf eine Stärkung der Allgemeinmedizin, nicht jedoch auf eine Verbesserung der hausärztlichen Versorgung insgesamt ab. Das ist weder zielführend, noch entspricht es der Vorgabe im SGB V. Bund und Länder sorgen mit der Umsetzung des Masterplanes in dieser Form für eine unnötige Verknappung bereits vorhandener ärztlicher Ressourcen im hausärztlichen Versorgungsbereich, die unweigerlich negative Auswirkungen auf die Patientenversorgung nach sich ziehen wird.

<sup>1</sup> Allgemeinmediziner (55%), Internisten (26%), Kinder- und Jugendärzte (12%), praktische Ärzte (7%); s. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Stand 31.12.2019

<sup>2</sup> Vgl. Ärztestatistik der Bundesärztekammer (\*Die Anzahl der Abschlüsse „Allgemeinmedizin“ enthält auch den damals bestehenden Weiterbildungsabschluss „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“).

<sup>3</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister 2013-2019.

Fachärzte für Innere Medizin sind auch qualitativ eine notwendige Fachkompetenz in der hausärztlichen Versorgung. Die Komplexität medizinischer Abläufe, die speziellen Probleme im höheren Lebensalter sowie die zunehmende Multimorbidität der Patientinnen und Patienten haben die Qualifikationsanforderung an die hausärztliche Tätigkeit in den letzten Jahren verändert. Inhaltlich geht es weitgehend um Führung und Betreuung von Patientinnen und 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 mellitus, Bluthochdruck usw.). Auch die überwiegende Anzahl der Notfälle in Deutschland sind internistischer Natur (z.B. Herzinfarkt, Luftnot usw.). Insofern ist die Fachärztin, bzw. der Facharzt, für Innere Medizin auch der geeignete Arzt, diese Notfälle zu erkennen und zu behandeln.

Bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen kommt den Kinder- und Jugendärzten eine entscheidende Rolle zu. Sie sind auch besonders für die Prävention (Impfen) und Früherkennung von Krankheiten verantwortlich. Diese spezifische Aufgabe der Kinder- und Jugendärzte gehört ebenso in die hausärztliche Versorgung, weshalb sie als Fachgruppe in diesem Versorgungsbereich nicht zu ersetzen sind. Die Allgemeinmedizin ist aufgrund der historischen Entwicklung und als zahlenmäßig größte Gruppe für die hausärztliche Versorgung wichtig. Aus Sicht des BDI können Versorgungsengpässe jedoch nicht allein von Allgemeinmedizinern behoben werden. Eine flächendeckende hausärztliche Patientenversorgung kann nur gemeinsam von Fachärztinnen und -ärzten für Allgemeinmedizin, Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) sowie Kinder- und Jugendmedizin sichergestellt werden.

Insgesamt kann das Gebiet der Allgemeinmedizin weder aus fachlich-wissenschaftlichen noch versorgungspraktischen Gründen eine Sonderstellung in der ärztlichen Ausbildung für sich beanspruchen. **Der BDI begrüßt daher ausdrücklich, dass der Referentenentwurf sich im Vergleich zum Arbeitsentwurf begrifflich an den Vorgaben im Fünften Sozialgesetzbuch orientiert.** Die alleinige, longitudinale Verankerung der Allgemeinmedizin in der ärztlichen Ausbildung ist nicht sachgerecht und sollte aufgegeben werden. Neuregelungen in der Approbationsordnung, die auf die Stärkung der hausärztlichen Versorgung abzielen, müssen konsequent alle Fachgruppen einbeziehen, die nach § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

## **2. Erfüllungsaufwand**

Keine Anmerkungen.

### 3. Maßnahmen des Referentenentwurfes im Einzelnen

#### A. Problem und Ziel

##### Zu Absatz 5:

*„Die Struktur des Medizinstudiums wird insbesondere durch die Aufgabe der bisherigen Trennung von vorklinischem und klinischem Abschnitt und den longitudinalen Aufbau im Hinblick auf die allgemeinmedizinischen Inhalte, aber auch durch die Umgestaltung der Prüfungen und die Einführung neuer, moderner Prüfungsformate eine grundlegende Veränderung erfahren.“*

##### Bewertung:

Die Zielsetzung, den Studentinnen und Studenten den ambulanten – besonders hausärztlichen – Versorgungsbereich durch eine longitudinale Verankerung entsprechender Ausbildungsinhalte näherzubringen, findet vor allem in den Paragraphen 35 (Blockpraktika) und 43-62 (Praktisches Jahr) Ausdruck. Der Referentenentwurf orientiert sich bei der Definition von „Hausarzt“ richtigerweise an § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V. Aus Gründen der Konsistenz zum Wortlaut in den Paragraphen 35 und 45 sollte in Absatz 5 dieselbe Definition angewendet werden.

##### Änderungsvorschlag:

Es wird vorgeschlagen, in Absatz 5 die Wörter „allgemeinmedizinischen Inhalte“ durch die Wörter „hausärztliche Versorgung“ zu ersetzen.

Änderungsmodus im Vergleich zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit:

*„Die Struktur des Medizinstudiums wird insbesondere durch die Aufgabe der bisherigen Trennung von vorklinischem und klinischem Abschnitt und den longitudinalen Aufbau im Hinblick auf die hausärztliche Versorgung, aber auch durch die Umgestaltung der Prüfungen und die Einführung neuer, moderner Prüfungsformate eine grundlegende Veränderung erfahren.“*

#### B. Lösung

##### Zu Absatz 3:

*„Die Allgemeinmedizin wird in der künftigen Mediziner Ausbildung eine größere Rolle spielen durch verpflichtende Vorgaben, die Allgemeinmedizin und die vertragsärztliche Versorgung verstärkt im Praktischen Jahr (PJ) und in Prüfungen abzubilden und durch einen longitudinalen Aufbau der allgemeinmedizinischen Lehrveranstaltungen.“*

##### Bewertung:

Die Neuregelung des Praktischen Jahres sieht ein Pflichtquartal in der ambulanten, vertragsärztlichen Versorgung vor. Das Pflichtquartal kann entweder in einer hausärztlichen oder fachärztlichen Praxis abgeleistet werden (s. § 45 Satz 1 Nr. 3). Die Formulierung in Absatz 3 entspricht daher nicht widerspruchsfrei der Zielsetzung nach § 45 und sollte angepasst werden.

Die Reduktion des ambulanten Versorgungsbereiches auf die vertragsärztliche Versorgung stellt darüber hinaus eine nicht sachgemäße Einschränkung dar. Privatärztliche Praxen leisten ebenfalls einen wichtigen und qualitativ hochwertigen Beitrag für ambulante haus- und fachärztliche

Versorgung der Patientinnen und Patienten. Besonders im Hinblick auf den steigenden Bedarf an Lehrpraxen wäre es zwingend notwendig, Arztpraxen in ihrer Gesamtheit einzubinden.

#### Änderungsvorschlag:

Es wird vorgeschlagen, Absatz 3 wie folgt zu fassen:

*„Die ambulante Versorgung wird in der künftigen Mediziner Ausbildung eine größere Rolle spielen durch verpflichtende Vorgaben, die hausärztliche und die fachärztliche ambulante Versorgung und deren klinische Inhalte verstärkt im Praktischen Jahr (PJ) und in Prüfungen abzubilden und durch einen longitudinalen Aufbau der dafür notwendigen Lehrveranstaltungen.“*

## **Artikel 1 – Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen (ÄApprO)**

### **§ 7 Studienordnungen**

#### Zu Absatz 4:

*„(4) Die Universität schreibt weiterhin vor, an welchen Unterrichtsveranstaltungen und Prüfungen die Studierenden zum Erwerb der Leistungsnachweise über Module regelmäßig und erfolgreich teilnehmen müssen. In der Studienordnung werden auch die Voraussetzungen für die Feststellung der regelmäßigen und erfolgreichen Teilnahme an den Unterrichtsveranstaltungen und Prüfungen sowie an den Blockpraktika nach § 35 geregelt.“*

#### Bewertung:

Der Verweis in Satz 2 auf die Blockpraktika nach § 35 wird ausdrücklich begrüßt.

### **§ 11 Lehrkrankenhäuser und Lehrpraxen**

#### Zu Absatz 2:

*„(2) Die Universitäten beziehen geeignete ärztliche Praxen oder geeignete medizinische Versorgungszentren (Lehrpraxen) im Einvernehmen mit der zuständigen Gesundheitsbehörde und unter Beteiligung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung im erforderlichen Umfang in die Ausbildung ein.“*

#### Bewertung:

Der BDI begrüßt ausdrücklich, dass geeignete ärztliche Praxen in die Ausbildung einbezogen werden sollen, um einen Praxisbezug zur ambulanten Patientenversorgung in der Ausbildung zu gewährleisten.

Die Reduktion des ambulanten Versorgungsbereiches auf die vertragsärztliche Versorgung durch Einbindung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ist aus Sicht des BDI jedoch nicht sachgemäß. Privatärztliche Praxen leisten ebenfalls einen wichtigen und qualitativ hochwertigen Beitrag für ambulante haus- und fachärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten. Die Beteiligung der KVen als Selbstverwaltungskörperschaften aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (vertragsärztlichen Versorgung) lehnt der BDI deshalb ab. Den Kassenärztlichen Vereinigungen kommt nach § 75 Absatz 1 SGB V die Aufgabe der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlich Versicherten zu. Die ihnen hierzu gesetzlich übertragenen Befugnisse

erstrecken sich weder auf die medizinische Ausbildung noch auf die ärztlichen Praxen in ihrer Gesamtheit.

Auch im Hinblick auf den steigenden Bedarf an Lehrpraxen erachtet der BDI es als zwingend notwendig, den ambulanten Versorgungsbereich in seiner Gesamtheit einzubinden. Geeignete privatärztliche Praxen müssen deshalb ebenso die Möglichkeit erhalten, sich im Einvernehmen mit der zuständigen Gesundheitsbehörde als Lehrpraxis zu qualifizieren.

#### Änderungsvorschlag:

Es wird vorgeschlagen, die Wörter „und unter Beteiligung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung“ zu streichen:

*„(2) Die Universitäten beziehen geeignete ärztliche Praxen oder geeignete medizinische Versorgungszentren (Lehrpraxen) im Einvernehmen mit der zuständigen Gesundheitsbehörde ~~und unter Beteiligung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung~~ im erforderlichen Umfang in die Ausbildung ein.“*

### **§ 13 Anforderungen an Lehrpraxen**

#### Zu Absatz 2:

*„(2) Die sonstigen Anforderungen für die Durchführung der praktischen Ausbildung in Lehrpraxen legen die Universitäten im Einvernehmen mit der nach Landesrecht zuständigen Stelle ~~und unter Beteiligung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung~~ fest.“*

#### Bewertung:

Zur Vermeidung von Wiederholungen wird auf die Bewertung des BDI zu § 11 verwiesen.

#### Änderungsvorschlag:

Es wird vorgeschlagen, die Wörter „und unter Beteiligung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung“ zu streichen:

*„(2) Die sonstigen Anforderungen für die Durchführung der praktischen Ausbildung in Lehrpraxen legen die Universitäten im Einvernehmen mit der nach Landesrecht zuständigen Stelle ~~und unter Beteiligung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung~~ fest.“*

### **§ 16 Vereinbarungen über die Einbeziehung von außeruniversitären Einrichtungen**

#### Zu Absatz 2:

*„(2) Bei der Auswahl der Lehrkrankenhäuser und Lehrpraxen ist die Universität verpflichtet, eine breite Ausbildung in den versorgungsrelevanten Bereichen zu ermöglichen und einer angemessenen regionalen Verteilung Rechnung zu tragen.“*

#### Bewertung:

Der BDI begrüßt diese Maßgabe ausdrücklich. Im Hinblick auf eine möglichst breite Ausbildung der Studentinnen und Studenten, gilt es dabei nicht nur auf eine angemessene regionale Verteilung zu achten, sondern auch auf ein vielfältiges Angebot aus allen versorgungsrelevanten Bereichen. Bei der Auswahl von Lehrpraxen im hausärztlichen Versorgungsbereich ist sicherzustellen, dass alle

Fachgruppen, die gemäß § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, einbezogen werden. Das gilt besonders für Universitäten, an denen die Institute für Allgemeinmedizin für die Koordination verantwortlich sind.

## **§ 28 Famulatur**

### Zu Absatz 5 Nr. 3:

*„3. für die Dauer von vier Wochen in einer geeigneten Einrichtung, auch des öffentlichen Gesundheitswesens, in der ärztliche Tätigkeiten ausgeübt werden.“*

### Bewertung:

Der BDI begrüßt die erweiterte Wahlmöglichkeit für Studentinnen und Studenten, auch den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Rahmen einer Famulatur kennenzulernen.

## **§ 31 Leistungsnachweise über Module vor dem Ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung im ersten Studienabschnitt**

### Zu Absatz 4:

*„4) Folgende Kompetenzen sind in mindestens eines der Module nach Absatz 1 auf-zunehmen:*

- 1. Ärztliche Gesprächsführung,*
- 2. Medizinisch-wissenschaftliche Fertigkeiten und*
- 3. Interprofessionelle Kompetenzen.“*

### Bewertung:

Die in § 31 Abs. 4 Nr. 1-3 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 dieser Kompetenzen und begrüßt ausdrücklich die gegenüber dem Arbeitsentwurf vorgenommenen Änderungen.

## **§ 32 Leistungsnachweise über Module vor dem Ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung im zweiten Studienabschnitt**

### Zu Absatz 4:

*„4) Folgende Kompetenzen sind in mindestens eines der Module nach Absatz 1 auf-zunehmen:*

- 1. Ärztliche Gesprächsführung,*
- 2. Medizinisch-wissenschaftliche Fertigkeiten und*
- 3. Interprofessionelle Kompetenzen.“*

### Bewertung:

Es wird auf die Bewertung von § 31 Abs. 4 verwiesen.

## **§ 33 Leistungsnachweise über Module vor dem Zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung**

### Zu Absatz 4:

*„4) Folgende Kompetenzen sind in mindestens eines der Module nach Absatz 1 auf-zunehmen:*

- 1. Ärztliche Gesprächsführung,*
- 2. Medizinisch-wissenschaftliche Fertigkeiten und*
- 3. Interprofessionelle Kompetenzen.“*

### Bewertung:

Es wird auf die Bewertung von § 31 Abs. 4 verwiesen.

## **§ 35 Blockpraktika vor dem Zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung**

### Zu Absatz 1 Nr. 3:

*„3. ein Blockpraktikum im Bereich der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und“*

### Bewertung:

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

Darüber hinaus begrüßt der BDI ausdrücklich, dass der Referentenentwurf sich bei der Definition von „hausärztlicher Versorgung“ an den Vorgaben des § 73 Abs. 1a SGB V orientiert. Das Blockpraktikum kann damit sowohl in allgemeinmedizinischen als auch in hausärztlich-internistischen und kinder- und jugendmedizinischen Praxen abgeleistet werden. Damit wird die Versorgungsrealität in Deutschland angemessen abgebildet wird. Die Studierenden haben zudem die Möglichkeit, den hausärztlichen Versorgungsbereich in seiner ganzen Vielfalt kennenzulernen. Ein spürbar breiteres Angebot trägt aus Sicht des BDI dazu bei, die Attraktivität des Versorgungsbereiches unter Studierenden zu erhöhen.

### Zu Absatz 3 Satz 1:

*„(3) Das Blockpraktikum nach Absatz 1 Nummer 3 findet in einer oder mehreren Lehrpraxen statt, die nach § 73 Absatz 1a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, und dauert insgesamt sechs Wochen.“*

### Bewertung:

Die Folgeänderung von Abs. 1 Nr. 3 wird ebenfalls ausdrücklich begrüßt.

Die zeitliche Erweiterung des Blockpraktikums in der hausärztlichen Versorgung auf sechs Wochen ergibt sich aus der Zusammenlegung der vierwöchigen Famulatur nach § 7 Abs. 2 Nr. 3 ÄApprO 2002 und des zweiwöchigen Blockpraktikums § 27 Abs. 4 Nr. 5 ÄApprO 2002. Die Zusammenlegung ist aus Sicht des BDI sinnvoll.

Im Vergleich zur Famulatur ist das Blockpraktikum in einer Lehrpraxis enger an den Einflussbereich der Universität angebunden, was die Qualität der Lehre erhöhen soll. Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass damit auch die Ausweitung der Lehrkapazitäten in den Lehrpraxen notwendig wird. Auch

in Hinblick auf die Umsetzbarkeit ist es deshalb sinnvoll, eine möglichst hohe Mobilität innerhalb Deutschlands, die bislang im Rahmen der Famulatur gegeben ist, zu erhalten, indem die Vergleichbarkeit von Studienleistungen festgeschrieben wird. Vor allem im hausärztlichen Bereich ermöglicht dies den Studierenden, das Blockpraktikum in Regionen zu absolvieren, in denen sie zukünftig vielleicht einmal tätig werden wollen, die jedoch außerhalb des Einflussbereiches der Universität liegen.

#### Zu Absatz 4:

*„(4) Die Teilabschnitte des Blockpraktikums nach Absatz 1 Nummer 3 sind durch vor- und nachbereitende Seminare zu begleiten. Die Fakultäten sollen verstärkt Lehrpraxen im ländlichen Raum in die Ausbildung einbeziehen.“*

#### Bewertung:

Die verstärkte Einbeziehung von hausärztlichen Lehrpraxen im ländlichen Raum ist zu begrüßen. Bei der Auswahl der Lehrpraxen sollten jedoch auch logistische Erwägungen einbezogen werden. Studentinnen und Studenten müssen die Möglichkeit haben, die Lehrpraxen über den öffentlichen Personennahverkehr – bestenfalls im Rahmen von Semestertickets der Universitäten – zu erreichen.

### **§ 45 Inhalt und Dauer**

#### Zu Absatz 1:

*(1) Die Ausbildung im Praktischen Jahr gliedert sich in Ausbildungsabschnitte von je 12 Wochen*

- 1. im Fachgebiet Innere Medizin,*
- 2. im Fachgebiet Chirurgie,*
- 3. im Bereich der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder in einem nicht in den Nummern 1 und 2 genannten klinisch-praktischen Fachgebiet und*
- 4. in einem weiteren, nicht in den Nummern 1 und 2 genannten oder nach Nummer 3 gewählten klinisch-praktischen Fachgebiet.*

*Sie dauert insgesamt 48 Wochen.*

#### Bewertung:

Die Definition des hausärztlichen Versorgungsbereiches in Absatz 1 Nr. 3 gemäß § 73 Abs. 1a SGB V ist – analog zur Formulierung in § 35 – ausdrücklich zu begrüßen.

Alternativ können Studentinnen und Studenten einen Ausbildungsabschnitt im Praktischen Jahr auch in einer ambulanten Praxis in einem klinisch-praktischen Fachgebiet absolvieren, das nicht in den Nr. 1 und 2 genannt ist. Die aktuelle Formulierung ist bezüglich der Intention, diesen Ausbildungsabschnitt vollständig im ambulanten Bereich zu absolvieren, missverständlich.

#### Änderungsvorschlag:

Es wird vorgeschlagen, die Wörter „im ambulanten Bereich“ in Absatz 1 Nr. 3 zu ergänzen:

- 3. im Bereich der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder in einem nicht in den Nummern 1 und 2 genannten klinisch-praktischen Fachgebiet im ambulanten Bereich und*

## **§ 48 Ort**

### Zu Absatz 2:

*„(2) Im Ausbildungsabschnitt nach § 45 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 wird die Ausbildung in Lehrpraxen nach § 11 Absatz 2 durchgeführt. Wird der Ausbildungsabschnitt in einem Fachgebiet der hausärztlichen Versorgung absolviert, findet die Ausbildung in einer Lehrpraxis statt, die nach § 73 Absatz 1a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt.“*

### Bewertung:

Die Formulierung in Absatz 2 Satz 2 ist ausdrücklich zu begrüßen.

## **§ 55 Lehrveranstaltungen**

### Zu Absatz 2:

*(2) Während des Ausbildungsabschnitts nach § 45 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 bietet die Universität zentrale Lehrveranstaltungen an, die auf die ärztliche Tätigkeit im ambulanten Bereich ausgerichtet sind.*

### Bewertung:

Der BDI begrüßt die Regelung, zentrale Lehrveranstaltungen während des Praktischen Jahres auf die Ausbildungsinhalte im ambulanten Versorgungsbereich abzustimmen.

## **§ 116 Inhalt und Dauer der Prüfung am Patienten oder an der Patientin**

### Zu Absatz 2 Nr. 2:

*„Die nach § 65 zuständige Stelle weist dem Prüfungskandidaten oder der Prüfungskandidatin in Absprache mit der Prüfungskommission*

- 1. für die Prüfung am Patienten oder an der Patientin aus dem stationären Bereich einen Patienten oder eine Patientin auf dem Gebiet der Inneren Medizin oder der Chirurgie und*
- 2. für die Prüfung am Patienten oder an der Patientin aus dem ambulanten Bereich einen Patienten oder eine Patientin auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin zu.“*

### Bewertung:

Da es sich bei dem Gebiet der Allgemeinmedizin um ein Querschnittsfach handelt, droht eine nicht zielführende Redundanz, da die geprüften Inhalte bereits durch die anderen Fachgebiete geprüft wurden. Aus diesem Grund sollte die Prüfung auf die Spezifika des hausärztlichen Versorgungsbereiches abzielen, was auch eine thematische Beschäftigung der Studierenden mit dieser wichtigen Versorgungsaufgabe befördern würde.

### Änderungsvorschlag:

Es wird vorgeschlagen, die Wörter „auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin“ in Absatz 2 Nr. 2 durch „aus der hausärztlichen Versorgung“ zu ersetzen:

*„Die nach § 65 zuständige Stelle weist dem Prüfungskandidaten oder der Prüfungskandidatin in Absprache mit der Prüfungskommission*

*1. für die Prüfung am Patienten oder an der Patientin aus dem stationären Bereich einen Patienten oder eine Patientin auf dem Gebiet der Inneren Medizin oder der Chirurgie und*

*2. für die Prüfung am Patienten oder an der Patientin aus dem ambulanten Bereich einen Patienten oder eine Patientin aus der hausärztlichen Versorgung zu.“*