

# Stellungnahme

zum Entwurf einer  
Ersten Verordnung zur  
Änderung der Approbationsordnung  
für Ärzte

## Langfassung

Berlin, 14. Oktober 2011

Ansprechpartner  
MFT Medizinischer Fakultätentag  
der Bundesrepublik Deutschland e. V.

Tel.: 030/6449 8559-0  
E-Mail: berlin@mft-online.de  
www.mft-online.de

Verband der Universitätsklinika  
Deutschlands e. V. (VUD)

[www.uniklinika.de](http://www.uniklinika.de)

**Deutsche Hochschulmedizin e. V.**  
Alt-Moabit 96  
10559 Berlin

## **I. Allgemeiner Teil**

### **Vorbemerkung**

Neben dem Versorgungsstrukturgesetz soll die vorliegende Novellierung der Ärztlichen Approbationsordnung (AO) dazu dienen, insbesondere eine flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Mit der geänderten AO soll eine ausgewogenere regionale Verteilung der angehenden Ärztinnen und Ärzte erreicht werden. Dabei wird die hohe nationale und internationale Mobilität der Studienabgänger verkannt. Würden zum Beispiel alle Absolventen der Universitätsmedizin Greifswald und Rostock in Mecklenburg-Vorpommern verbleiben, könnte die Nachfrage nach ärztlichen Dienstleistungen im nordostdeutschen Raum künftig vollständig gedeckt werden. Der häufiger beklagte "Landarztmangel" lässt sich jedoch nicht durch eine Ärzteausbildung in strukturschwachen Gebieten kompensieren. Vielmehr sind die Arbeits- und Lebensbedingungen von Ärztinnen und Ärzten vor Ort die entscheidende Größe. Diese Erfahrungen haben Flächenstaaten mit einem echten Landarztmangel bereits zu Genüge gemacht. Insofern kann die Änderungsverordnung keine Verbesserung in Deutschland bringen.

Der ärztliche Nachwuchs stimmt bei den Arbeitsbedingungen mit den Füßen ab. Er geht dahin, wo die besten Bedingungen gegeben sind. So planen sieben Prozent der Studierenden, ihre Weiterbildung in der Schweiz und nicht in Deutschland anzutreten. Die größte deutsche Befragung von Medizinstudierenden zeigt deutlich, dass der ärztliche Nachwuchs - analog zu anderen Berufsgruppen - nicht bereit ist, die eigene Lebensplanung am ländlichen Bereich auszurichten. Das Medizinstudium ist in keiner Weise als Instrument für eine Planung von Versorgungsbezirken anzusehen. Es ist ausschließlich ein Instrument der Gewährleistung einer qualitätsgesicherten Ärzteausbildung. Das definierte Ziel der AO ist daher auch nicht der Allgemeinmediziner oder der Landarzt, sondern der auf wissenschaftlicher Grundlage und der Basis des aktuellen Forschungsstandes ausgebildete Arzt.

Konkrete Kritikpunkte ergeben sich insbesondere hinsichtlich der Neuregelung für das Praktische Jahr (PJ), denn

- die geplante Neuregelung führt zu einer Qualitätsverschlechterung und Erhöhung der Ausbildungskosten. Ein genereller Mangel an attraktiven Akademischen Lehrkrankenhäusern und Lehrpraxen existiert nicht. Auch ist eine Verschlechterung der Ausbildungsqualität zu erwarten, da nicht alle theoretisch qualifizierten Einrichtungen in den jeweiligen Curricular- und Prüfungsanforderungen geschult werden können.
- von dem aktuellen Entwurf wird eine inhaltliche Abwertung des PJ ausgehen. Die Ableistung des PJ in Krankenhäusern, die weder den Status einer Uniklinik noch den eines Akademischen Lehrkrankenhauses inne haben, ist abzulehnen. Das PJ sollte von Krankenhäusern durchgeführt werden, die wie die Universitätsklinik und Akademischen Lehrkrankenhäuser über didaktische Erfahrung und wissenschaftliche Kompetenz verfügen.

## **Deutsche Hochschulmedizin e. V.**

Die Regelungen zum Thema „Allgemeinarzt“ werden den Nachwuchs für die primärärztliche Versorgung nicht anwachsen lassen, denn

- Umfragen bezüglich des Allgemeinmedizinerbedarfs liefern keine Anhaltspunkte dafür, dass das Medizinstudium Ursache für eine regionale hausärztliche Unterversorgung ist, sondern ausschließlich die Bedingungen der Arbeit als Allgemeinmediziner. Ebenso machen sich auch in der Chirurgie Nachwuchsprobleme bemerkbar, obwohl Chirurgie-Tertiale seit Jahren als eines der beiden Pflicht-Tertiale im PJ existieren. Die Stärkung eines Faches im Studium führt also in keinem Fall selbstverständlich zu einer ansteigenden und gut verteilten Zahl von Ärztinnen und Ärzten mit diesem Schwerpunkt.

- die geplante Änderung des Studiums kann sich sogar kontraproduktiv auf das Bestreben, in strukturschwachen Regionen die Hausarztquote zu erhöhen, auswirken. Dies wäre der Fall, da die meisten Studierenden an die Krankenhäuser mit den höchsten materiellen Unterstützungsleistungen wechseln würden. Finanzschwächere Einrichtungen auf dem Land und der ambulanten ärztlichen Krankenversorgung würden das Nachsehen haben. Studierende sollten nicht durch monetäre Anreize von Krankenhausketten in Konflikte geführt werden.

Im Referentenentwurf wird ausgeführt, dass durch die beabsichtigte Regelung unter den Krankenhäusern ein Wettbewerb „um die besten Köpfe“ initiiert wird, durch den die Qualität der Ausbildung weiter gesteigert werden kann. Leider ist jedoch das Gegenteil der Fall, denn

- es gibt bereits einen Wettbewerb um die beste medizinische Ausbildung zwischen den Universitäten. Der Wettbewerb der anderen Krankenhäuser um noch nicht ausgebildete Ärztinnen und Ärzte würde hier bestehende Ausbildungserfolge zunichtemachen. Ferner sind Universitätsklinikum im Wettbewerb der Krankenhäuser bereits deutlich benachteiligt, da die Mehraufwendungen ihrer Leistungen in der Aus- und Weiterbildung nicht wie in anderen Nationen durch den Staat ausgeglichen werden.

- der Wettbewerb um den Nachwuchs schwächt bereits jetzt die Universitätsmedizin erheblich. Denn er hat dazu geführt, dass sich Mediziner, die sich überwiegend Lehre und Forschung verschrieben haben, oft nur die Hälfte von dem verdienen was Mediziner, die nach dem vom Marburger Bund ausgehandelten Ärzte-Tarif angestellt sind, erhalten. Der Nachwuchs in Forschung und Lehre blutet durch die hohen Vergütungen in der kurativen Medizin aus. Dies hat langfristig Auswirkungen auf die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands bei medizinischen und wirtschaftlichen Innovationen. Wie die Hochschulmedizin unter den Voraussetzungen eines ungleichen Wettbewerbs ihrer Sonderstellung zwischen Lehre, Forschung und Krankenversorgung auf international hohem Niveau nachkommen soll, ist unklar.

Im Hinblick auf die Prüfungsorganisation regt der Verordnungsentwurf einige hilfreiche Änderungen an, die aber zu kurz greifen. Es werden daher im letzten Teil der Stellungnahme konkrete Verbesserungsvorschläge angeregt.

Insgesamt gehen von dem Entwurf erhebliche qualitative Verschlechterungen für die Ärzteausbildung und Kostensteigerungen aus.

**Deutsche Hochschulmedizin e. V.**

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

## **II. Zu den einzelnen Regelungen des Verordnungsentwurfes**

### **1. § 1 Abs. 3, Verlegung des schriftlichen Teils des M2-Examens vor das PJ**

In § 1 Abs. 3 wird festgelegt, dass der schriftliche Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung nach einem Studium der Medizin von drei Jahren nach Bestehen des Ersten Abschnitts abgelegt werden soll. Der mündlich-praktische Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung soll dann nach einem Studium der Medizin von einem Jahr nach Bestehen des schriftlichen Teils des Zweiten Abschnitts stattfinden. Im Ergebnis findet hiermit eine Splitting des M2-Examens in einen schriftlichen Teil (M2a), der vor dem PJ durchgeführt wird und einen mündlichen Teil (M2b), der nach dem PJ absolviert wird, statt.

Mit der Verlagerung der schriftlichen M2-Prüfung (M2a) könnte theoretisch die Bedeutung des PJ als wichtiger Teil der praktischen Ausbildung im Rahmen des akademischen Medizinstudiums gestärkt werden, wenn es in universitärer Verantwortung bleiben würde. Der vorliegende Entwurf führt jedoch de facto zu einer Auflösung des PJ als akademische Ausbildung. Insofern ist die angestrebte Änderung kritisch zu bewerten. Insgesamt erzeugt der Entwurf den falschen Eindruck, dass das PJ nicht mehr integrierter Bestandteil des universitären Studiums sei.

### **2. § 2 Abs. 2, Blockpraktikum Allgemeinmedizin**

In § 2 Abs. 3 wird festgelegt, dass das Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin zwei Wochen dauern soll. Hier verweist die Universitätsmedizin darauf, dass keinerlei Regelungserfordernis besteht. Vielmehr liegt es sinnvollerweise in der universitären Kompetenz, für die fünf Blockpraktika „Innere Medizin“, „Chirurgie“, „Kinderheilkunde“, „Frauenheilkunde“ und „Allgemeinmedizin“ einen Ausbildungsabschnitt von jeweils bis zu sechs Wochen je nach curricularer Konzeption und den organisatorischen Rahmenbedingungen in der Studienordnung festzulegen. Insbesondere ist kein Grund für eine gesonderte Festlegung des Blockpraktikums „Allgemeinmedizin“ im Vergleich zu den anderen vier Blockpraktika zu erkennen. Weiterhin würden gerade durch eine dafür notwendige Einbeziehung weiterer externer Lehrpraxen erhebliche Mehrkosten entstehen, welche budgetär nicht abgebildet werden können.

Nicht geklärt ist, ob es sich um eine reine Verteilung der Ausbildungszeit auf zwei Wochen oder um eine Erhöhung der Ausbildungszeit in der Allgemeinmedizin handelt. Da die Anzahl der Ausbildungsstunden für den Unterricht am Krankenbett bzw. für das Blockpraktikum insgesamt jedoch nicht erhöht wurde, würde eine Ausweitung der Ausbildungszeit in der Allgemeinmedizin zu einer Reduktion der Zeit in der Chirurgie, Inneren Medizin, Frauenheilkunde, Kinderheilkunde bzw. in den kleineren Fächer, die Unterricht am Krankenbett anbieten, führen.

**3. § 3, Praktisches Jahr**

**a) § 3 Abs. 1, zeitliche Änderungen**

Nach § 3 Abs. 1 soll das PJ ab 1. Februar 2014 (vgl. § 43 a Abs. 2 Ref-E) nicht mehr im Februar und August, sondern in Angleichung an die Semesterzeiten im April und Oktober beginnen. Da sich Studierende jedoch schon früher um PJ-Plätze bewerben, sollten hier sinnvolle Übergangsregelungen geschaffen werden.

**b) § 3 Abs. 1, Vorhaltung ungenutzter Ressourcen**

Nach § 3 sollen die Universitäten sicherstellen, dass bis zum Beginn des Praktischen Jahres im Oktober 2013 für 10 Prozent und bis zum Beginn des Praktischen Jahres im Oktober 2019 für 20 Prozent der Studierenden an der jeweiligen Universität ein Ausbildungsplatz in der Allgemeinmedizin zur Verfügung steht. Damit geht auch eine Erhöhung der Kosten einher (Aufwandsentschädigung der Allgemeinmedizinischen Praxen, Koordination, etc.), für die bisher keine Regelung getroffen wurde.

Bei dieser Maßnahme stehen nicht nur Kosten und Nutzen in keinerlei Verhältnis. In Verbindung mit dem ggf. obligaten zweiwöchigen Blockpraktikum in diesem Fach ist die Bereitstellung einer hohen Zahl an PJ-Plätzen in der Allgemeinmedizin an vielen Standorten nicht erreichbar. Allein die Verlängerung des Blockpraktikums würde für manche Fakultäten eine Verdoppelung der Zahl der bisherigen Lehrpraxen notwendig machen; PJ-Plätze für 10 - 20 Prozent der Studierenden würden noch weitere neue Lehrpraxen bedeuten, da es für die niedergelassenen Fachärzte für Allgemeinmedizin nicht machbar ist, parallel zum mehrwöchigen Blockunterricht auch noch Studierende im PJ über Monate zu betreuen.

Die dauerhafte Betreuung eines PJ-Studierenden ist arbeitsintensiv und von einem gut etablierten, ständig interaktiv kontrollierten und damit kostenintensiven Ausbildungskonzept abhängig. Das ist nur zu schaffen, wenn entsprechende (attraktive) Vergütungen für die Praxisinhaber bereitgestellt werden. Bei Umsetzung dieser Regelung werden pro Standort und Jahr zusätzliche Kosten in Höhe von mehreren hunderttausend Euro entstehen, die den Medizinischen Fakultäten von den Ländern erstattet werden müssen. Hier wäre einem bedarfsgerechten Lehrangebot der Vorzug einzuräumen. Derzeit besteht bereits an vielen Medizinischen Fakultäten ein Überangebot, die Nachfrage liegt meist weit unterhalb von 10 Prozent. Auch aus dem Gebot einer wirtschaftlichen Haushaltsführung heraus, ist die Bereitstellung und Ausfinanzierung eines nicht nachgefragten Ausbildungspflichtangebots kritikwürdig.

Trotzdem bleibt die Frage, ob es so viele willige Ärztinnen und Ärzte geben kann. Die Belastung ist größer als eine mögliche Entlastung. Die Geduld und Bereitwilligkeit vieler Allgemeinpraxen, die sich aus Idealismus derzeit als Lehrbeauftragte an Schnupperprogrammen und Blockpraktika beteiligt haben, scheinen erschöpft. Es wäre kontraproduktiv, wenn sich die gegenüber einer späteren Tätigkeit in einer Allgemeinpraxis geeigneten jungen Kolleginnen und Kollegen ganz real in einer "prekären" Arbeitssituation erleben würden.

## Deutsche Hochschulmedizin e. V.

Wenn über das bisherige Kennenlernen hinaus eine regelrechte Ausbildung in Lehrpraxen vorgeschrieben würde, müssten sich die Praxisinhaber einem detaillierten Curriculum unterwerfen. Die Einhaltung eines solchen ist jedoch nicht standardisiert überwachbar. Training und Begleitung der Praxisinhaber aber kostet viel.

Eine detailliertere Auswertung der größten deutschen Studierendenbefragung zeigt darüber hinaus, dass die berufliche Orientierung nicht mit der Anzahl allgemeinmedizinischer Praxen korreliert, die in die Lehre einbezogen werden. Es spielt also keine signifikante Rolle, ob ein Ausbildungsstandort 80 oder 280 allgemeinmedizinische Lehrpraxen aufweist. Internationale und deutsche Beispiele zeigen vielmehr gegenläufige Effekte: Bei einer Schwerpunktsetzung im niedergelassenen Bereich arbeiten die Absolventen eher in Krankenhäusern. Bei einer Alumni-Befragung der Universität Witten/Herdecke im Jahr 2005 gaben 64 Prozent an, im Krankenhaus tätig zu sein, 21 Prozent in sonstigen Bereichen und nur 17 Prozent in einer Arztpraxis. Analoge Ergebnisse werden auch von ausländischen Universitäten gemeldet, die sich auf die Kooperation mit hausärztlichen Praxen spezialisiert haben. Ferner korreliert die Entscheidung der Studierenden nicht damit, ob an der Fakultät eine Professur für Allgemeinmedizin etabliert ist oder nicht. Auch weitere Auswertungen lassen auf eine fachübergreifende Vermittlung allgemeinmedizinischer Inhalte an den Fakultäten auf Grundlage der geltenden Ärztlichen Approbationsordnung schließen.

Die Untersuchungen zeigen somit, dass für eine gesundheitspolitisch gewünschte Änderung der beruflichen Orientierung von Studierenden die Ausbildungsordnung nicht novelliert werden sollte. Die geltende Approbationsordnung bietet Spielraum für Veränderungen von Unterrichtsinhalten. Beispielsweise sieht § 27 Abs. 2 eine Anpassung der Kataloge des zweiten Studienabschnittes an die medizinisch-wissenschaftliche Entwicklung vor. Genauso wenig produktiv wären administrative Vorgaben für Lehrstrukturen und Berufungsstrategien der Universitäten. Bei einer staatlichen Beschränkung der Lehr- und Forschungsfreiheit der Universitäten wird das Interesse an der Ärzteausbildung sinken.

Weiterhin beinhaltet § 2 eine Überregulierung des Lehrgeschehens. Durch die staatlichen Vorgaben kommen überfachliche Inhalte zu kurz. So bescheinigen die Studierenden im 11. bundesweiten Studierendensurvey aus dem Wintersemester 2009/10 dem Medizinstudium bereits die höchste Festlegung durch Regelungen.

Bei der Wahl der Facharzttrichtung liegt die Bereitschaft der Studierenden, sich der Allgemeinmedizin zuzuwenden inzwischen auf dem zweiten Platz. Erfreulich ist, dass diese Bereitschaft in den letzten Jahren von 23 auf 30 Prozent angestiegen ist. Dies zeigt, wie viel innerhalb kurzer Zeit ohne staatliche Änderung der Ausbildungsordnung erreicht werden kann.

### **c) § 3 Abs. 2, Abschaffung der Akademischen Lehrkrankenhäuser**

Um eine ausgewogenere regionale Verteilung der angehenden Ärztinnen und Ärzten zu erreichen, soll das Praktische Jahr künftig außerhalb der Universitätsklinik der Heimatuniversität und der ihr zugeordneten Lehrkrankenhäusern **auch an anderen geeigneten Krankenhäusern** absolviert werden können.

**Deutsche Hochschulmedizin e. V.**

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

## **Deutsche Hochschulmedizin e. V.**

Zwar regelt § 3 Abs. 2, dass die ärztliche Ausbildung im PJ vorerst noch unverändert in den Krankenhäusern der Universität durchgeführt wird. Ebenso kann die Ausbildung in anderen von der Universität im Einvernehmen mit der nach Landesrecht zuständigen Stelle bestimmten Krankenhäusern erfolgen. Doch ab dem 1. April 2013 kann das PJ auch in anderen Krankenhäusern durchgeführt werden. Zukünftig entscheidet die Liste der Landesbehörden alleine über PJ-fähige Krankenhäuser. Es ist nicht einmal sichergestellt, dass die Akademischen Lehrkrankenhäuser in die Liste aufgenommen werden. Der Status der Akademischen Lehrkrankenhäuser wird obsolet. Die Umsetzung des Entwurfs würde zu ihrer Abschaffung führen.

Es ist zu erwarten, dass sich Krankenhäuser, die ein Interesse daran haben, möglichst viel Nachwuchs zu rekrutieren, über Aufwandsentschädigungen (Mietkostenzuschüsse, Fahrtkostenzuschüsse etc.) oder Barzahlungen die PJ-Studierenden gegenseitig abwerben. Es wird dann keinen Wettbewerb um die Qualität der Ausbildung, sondern über die Höhe der angebotenen Vergünstigungen zwischen den Krankenhäusern geben. In der AO muss definiert werden, wie die Anzahl der PJ-Ausbildungsplätze (maximal mögliche Ausbildungskapazität) an den Krankenhäusern zu ermitteln ist. Nur nach Maßgabe der möglichen Ausbildungskapazität können freie PJ-Plätze vergeben werden.

Da nur sehr wenige Studierende die intrinsische Motivation haben, Einrichtungen auf dem Land mit geringem Freizeitwert aufzusuchen, dürfte es zur Fokussierung an finanzkräftigen Krankenhäusern in attraktiven Regionen kommen. Hier sei daran erinnert, dass bei der Bestallungsordnung für Ärzte auch die Medizinalassistenten nicht bewegt werden konnten, für die Assistenzzeit aufs Land zu ziehen.

Mit der Neuregelung ist außerdem ein erheblicher administrativer Aufwand für die Universitätsmedizin, aber auch für die einzelnen Krankenhäuser verbunden. Wenn es keine feststehende, vertraglich vereinbarte Anzahl an PJ-Plätzen mit bestimmten Wahlfächern mehr geben wird, müssen sich die Studierenden künftig einzeln bei den entsprechenden Krankenhäusern um PJ-Plätze bewerben, anmelden und ggf. wieder tauschen.

Sollten künftig Krankenhäuser universitätsunabhängig die Ausbildung im PJ betreiben dürfen, wird sich eines der Hauptprobleme des deutschen Medizinstudiums, nämlich eine nicht ausreichende Standardisierung von Basiskomponenten zuspitzen. Natürlich werden diese Krankenhäuser ihre lokalen Erfahrungen in den Vordergrund rücken und so eine Gegenposition zu den Universitätskliniken aufbauen. Damit wird die an internationalen Forschungsergebnissen ausgerichtete universitäre Ausbildung diskreditiert. Die Kompetenz der künftigen Ärztinnen und Ärzte in der Bewertung von Fragen des medizinischen Fortschritts wird abnehmen.

Auch ansonsten bestehen gegen diese Neuregelung Bedenken. Das PJ ist integraler Bestandteil des akademischen Medizinstudiums. Die universitäre Gesamtverantwortung für die Qualitätssicherung des Medizinstudiums im PJ gründet auch in den Vorgaben der EU-Richtlinie 2005/36/EG. Insofern muss das PJ unverändert unter universitärer Leitung, Koordination und Verantwortung bleiben. Die Fakultät muss bestimmen können, mit welchem Krankenhaus sie in der PJ-Ausbildung kooperiert. Eine Schirmherrschaft reicht nicht aus.

**Deutsche Hochschulmedizin e. V.**

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

## **Deutsche Hochschulmedizin e. V.**

Eine Qualitätssicherung durch die zuständige staatliche Stelle ist ohne eigene ärztlich-wissenschaftliche Fachkompetenz nicht möglich. Dies wird sich auf die Ausbildungsqualität nachteilig auswirken. Für die Auswahl dieser Krankenhäuser und die Qualitätsüberwachung müssen zusätzliche Stellen an den Fakultäten kalkuliert werden.

Das Gleiche gilt im Hinblick auf eine regelmäßige Evaluation aller beteiligten Krankenhäuser. Auch wären in vielen Fällen die Fallzahlen der Evaluationen in den einzelnen Krankenhäusern so gering, dass die Ergebnisse für eine wirkliche Qualitätsbeurteilung des jeweiligen Krankenhauses nicht in Frage kämen. Ferner können die Datenschutzvorgaben zur Sicherung der Anonymität der Studierenden bei der Evaluation von kleinen Kohorten nicht erfüllt werden.

An den Universitäten wird die Lehre durch berufene hauptamtliche Professuren verantwortet. Bei den Akademischen Lehrkrankenhäuser wird sie insbesondere durch apl. Professuren und Privatdozenten vertreten. An den anderen Krankenhäusern steht nicht annähernd in vergleichbarem Umfang qualifiziertes wissenschaftlich-ärztliches Personal zur Verfügung. Dort sollen künftig Ärzte den Nachwuchs ausbilden, die weder eine Lehrbefähigung noch wissenschaftliche Kompetenz mitbringen. Doch gerade der schnelle medizinische Fortschritt verlangt für die ärztliche Grundausbildung die Vermittlung von klinisch-wissenschaftlichen Methoden, um darauf in der Praxis aufbauen zu können.

Die Hochschulmedizin empfiehlt dringend, den die Änderungen in § 3 Absatz 2 zu streichen, da er auch nicht im Einklang mit den verfassungsrechtlich nach Art. 5 Abs. 3 GG gebotenen akademischen Freiheit der Lehre steht. Durch die Vorschrift kann auch der hohe Standard der PJ-Ausbildung, der sich durch medizindidaktische Fortbildungsveranstaltungen (z. B. M2-Prüfer-Schulungen), Treffen der Akademischen Lehrkrankenhäuser mit dem Ziel eines fachlichen und didaktischen Austausches sowie Besuche an den Akademischen Lehrkrankenhäusern auszeichnet, bei einer Ausweitung der für das PJ befähigten Krankenhäuser zeitlich, finanziell und personell nicht gehalten werden.

### **d) § 3 Abs. 3, Unterbrechungen des PJ**

Nach dem Änderungsvorschlag werden nur noch Unterbrechungen aus nicht zu vertretenden Gründen akzeptiert. Die PJ-Studierenden könnten während des PJ daher künftig überhaupt keinen Urlaub mehr nehmen. Schon bisher haben die Studierenden von der Möglichkeit der Inanspruchnahme von Urlaub sehr zurückhaltend Gebrauch gemacht. Die völlige Abschaffung dieser Möglichkeit dürfte eher demotivierend wirken.

Problematisch ist der Änderungsvorschlag zudem, da er 30 Fehltage auch innerhalb eines einzelnen Tertials (6 von 16 Wochen) gestattet. Dies ist hinsichtlich des Ziels, die Ausbildungsqualität z. B. durch zwingende PJ-Logbuch-Vorgaben zu sichern (vgl. § 3 Abs. 4 und § 4 Abs. 4 Ref.-E. AO), kontraproduktiv.

Die geschilderten Probleme wären gelöst, wenn der neue Text wie folgt lauten würde:

§ 3 Abs. 3 Änderungsvorschlag

**Deutsche Hochschulmedizin e. V.**  
Alt-Moabit 96  
10559 Berlin

## Deutsche Hochschulmedizin e. V.

"Auf die Ausbildung nach Absatz 1 werden Fehlzeiten bis zu insgesamt 20 Ausbildungstagen angerechnet. Dieser Zeitraum verlängert sich auf insgesamt bis zu 30 Ausbildungstage (davon max. 20 innerhalb eines Tertials), sofern die Unterbrechung auf Schwangerschaft, Krankheit oder auf anderen, vom Studierenden nicht zu vertretenden Gründen beruht. Bei einer darüber hinausgehenden Unterbrechung aus wichtigem Grund sind bereits abgeleistete Teile des Praktischen Jahres anzurechnen, soweit sie nicht länger als zwei Jahre zurückliegen."

Die erwünschten Verbesserungen zur Familienfreundlichkeit dürfen jedoch nicht bei der Approbationsordnung aufhören. Das Mutterschutzgesetz greift für die Studienphase nicht und somit gibt es auch an den Universitäten keine einheitlichen Regelungen. Hier liegt es an den Bundes- und Landesgesetzgebern, durch geänderte Rahmenbedingungen Abhilfe zu schaffen. Ferner ist anzuregen, dass sich die vorgeschlagene Teilzeitregelung auch auf die Famulatur und das Blockpraktikum erstrecken sollte. Es wäre Schwangeren weiterhin auch geholfen, wenn die Möglichkeit zum Nachholen versäumter Zeiten und vor allem die Terminierung des mündlich-praktischen Teils des Zweiten Abschnittes flexibler gehandhabt wird; letzterer muss nicht zwingend in einem bundeseinheitlichen Zeitraum erfolgen.

### 4. § 4, Durchführung des PJ in außeruniversitären Einrichtungen

#### a) § 4 Abs. 1, unzureichende Qualitätssicherung

Die in § 3 und § 4 aufgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen reichen nicht aus, um die Qualität im PJ zu erhalten, wenn die Verantwortung der Universitäten eingeschränkt wird. Die im Entwurf genannten Maßnahmen können keine fundierte Ausbildung durch erfahrene Ausbildungsstätten ersetzen. Die Aussagen des § 4 Abs. 1, Satz 1: „...soll eine ausreichende Anzahl von Ärzten ... zur Verfügung stehen“, sind außerdem unzureichend. Es müssen Mindestanforderungen an die Qualifikation dieser Ärzte gestellt werden, und es müssen auch verbindliche Vorgaben mit den zuständigen Universitäten abgestimmt sein.

#### b) § 4 Abs. 3 und 4, Verzeichnis der Krankenhäuser

Künftig führt die nach Landesrecht zuständige Stelle ein Verzeichnis der Krankenhäuser, an denen das PJ durchgeführt werden darf. Mit dem neu eingefügten § 4 Abs. 3 ist weder eine Mitwirkung der Universitäten an der Auswahl der PJ-Krankenhäuser noch eine vertragliche Übereinkunft z. B. über die Höhe einer Vergütung bzw. eine Begrenzung derselben vorgesehen. Dies birgt eine erhebliche Rechtsunsicherheit.

Das PJ soll allerdings auch künftig ein Studium der Heimatuniversität sein. Damit ist diese insbesondere auch für die Lehre verantwortlich, die sie inhaltlich im Rahmen der Approbationsordnung zu steuern und zu kontrollieren hat. Hierzu gehört zentral die Auswahl der Ausbildungsstätte. Die vorgeschlagene pauschale Regelung, in "**Verzeichniskrankenhäusern**" das PJ zu absolvieren, ohne selbst durch die Heimatuniversität entscheiden zu lassen, welche Krankenhäuser es sein sollen, verwandelt das PJ in eine Art Referendariat, für das in Wirklichkeit

**Deutsche Hochschulmedizin e. V.**

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

## **Deutsche Hochschulmedizin e. V.**

die Universitäten nicht mehr verantwortlich sind, denn diese Krankenhäuser werden ihnen oktroyiert.

Die Mitwirkung der Universitäten beschränkt sich auf die Ausstellung des Logbuchs und die Kommentierung der von dem Krankenhaus vorzunehmenden Selbstevaluation. Es ist nicht unbedingt anzunehmen, dass die Logbücher aller Universitäten übereinstimmend formuliert sind, zumal die Fakultäten zur Profilbildung angehalten sind. Würde ein Krankenhaus Studierende verschiedener Universitäten ausbilden, könnte sich die Situation ergeben, dass die Ausbildung an einem Krankenhaus simultan nach unterschiedlichen Logbüchern zu erfolgen hat.

Angesichts der beabsichtigten räumlichen Verteilung bei der Auswahl des Krankenhauses für das PJ dürfte die Möglichkeit zur Teilnahme an den begleitenden Lehrveranstaltungen der Heimatuniversität deutlich eingeschränkt sein. Wie die Abstimmung des Beauftragten für das Praktische Jahr mit den jeweiligen Heimatuniversitäten funktionieren soll, wenn an einem Krankenhaus PJ-Studenten mehrerer Universitäten ausgebildet werden und wie eine Evaluation nach den Vorgaben unterschiedlicher und auch zeitlich wechselnder Heimatuniversitäten durchzuführen ist, ergibt sich nicht. Unter diesen Bedingungen ist es nicht mehr praktikabel, Lehrkräfte aus den Krankenhäusern des PJ als Prüfer in die mündlich-praktischen Prüfungen einzubeziehen. Je komplizierter die Struktur des Studiums gemacht wird, desto schwieriger wird es, die hohe Ausbildungsqualität zu halten.

Die PJ-Beauftragten wären mit den Logbüchern schlichtweg überfordert, eine qualitätsgesicherte Ausbildung nicht möglich. Bei dem auf Stationen und in Krankenhäusern häufig wechselnden ärztlichen Personal ist eine adäquate medizindidaktische Ausbildung, die ein Handling verschiedenster Logbücher gewährleisten könnte, zeitlich gar nicht durchführbar.

Ferner kann davon ausgegangen werden, dass eine Eigenevaluation der entsprechenden Einrichtungen nicht zielführend sein kann. Fraglich ist dabei, nach welchen Kriterien die Evaluation erfolgen soll (Zahl derjenigen, die den anschließenden mündlich-praktischen Teil bestanden haben, Differenz zwischen schriftlicher und mündlich-praktischer Note, Zahl derjenigen, die nach dem Examen von der Klinik fest angestellt wurden?).

Hinsichtlich der gewünschten studentischen Mobilität gilt zu bedenken, dass im Fächervergleich schon heute die Medizinstudierenden die mobilsten Auszubildenden sind. Auch wird an verschiedenen Fakultäten den Studierenden im PJ nach Maßgabe freier Plätze ermöglicht, Tertiare ihrer Wahl in einem anderen Bundesland zu absolvieren. Um die Mobilität noch weiter zu erhöhen, sollten die Länder mit ihren Universitäten den PJ-Studierenden großzügiger als bisher eine Zweithörerschaft ermöglichen. Die Studierenden sind dann auch ohne Exmatrikulation an ihrer Heimatuniversität und Immatrikulation an einer anderen Universität versicherungsrechtlich während des PJ versorgt.

Die Neuregelung berührt auch die nach Art. 5 Abs. 3 GG verfassungsrechtlich gebotene Freiheit der Lehre, da sich die Mitwirkung der Medizinischen Fakultät und deren Hochschullehrer auf die Erstellung eines Logbuchs und die Kommentierung der von dem Krankenhaus vorzunehmenden Selbstevaluation beschränkt.

**Deutsche Hochschulmedizin e. V.**

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

Wir raten dringend, in § 4 Abs. 3 und 4 zu streichen. Die Ausbildung im PJ sollte unter der universitären Verantwortung bleiben.

### **5. Prüfungsorganisation**

#### **a) § 14, bessere schriftliche Prüfungen**

In § 14 wird neu eingeführt, dass schriftliche Prüfungen nun auch rechnergestützt durchgeführt werden können. Damit sind nun auch die sog. sequentiellen Fragen (d. h., die nächste Frage kommt erst, wenn die vorangehende Antwort abgeschickt ist) möglich. Dies ist eine sinnvolle Verbesserung.

Gleichzeitig stellt sich aber die Frage, ob jegliche Verbesserungen technisch-administrativer Art künftig weiter nur über Änderungsverordnungen möglich sein sollen. Besser wäre es, den mit Fragen der Ausbildung und Prüfung beauftragten Institutionen Handlungsspielräume zu ermöglichen, die nicht erst ein parlamentarisches Verfahren durchlaufen müssen. Entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip sollten Verbesserungen durch die dafür bestimmten kompetenten Einrichtungen durchgeführt werden. Für die schriftlichen Prüfungen gilt dies insbesondere für das IMPP in Mainz.

#### **b) § 15, kompaktere mündliche Prüfungen**

Mit der Einführung der neuen Ärztlichen Approbationsordnung zum Wintersemester 2003/2004 sind gravierende Änderungen bezüglich Ablauf, Inhalt und Anzahl der Prüfungen sowie der Zusammensetzungen der Prüfungskommissionen einhergegangen. So enthält der Erste Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (M1) einen neu strukturierten mündlich-praktischen Teil. Dadurch werden die Fächer Anatomie, Biochemie/Molekularbiologie und Physiologie gemeinsam geprüft. Die festgeschriebenen Zeiten von mindestens 45 Minuten je Prüfling ergeben eine reine Prüfungszeit von drei bis vier Stunden bei vier Studierenden. Da vorher zusätzlich noch eine praktische Aufgabe gestellt werden kann und sich an die Prüfung ein Notenfindungsprozedere sowie das Verfassen der Niederschrift anschließen, liegt der gesamte Zeitaufwand deutlich höher.

Im Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (M2) erstreckt sich der praktisch-mündliche Teil über zwei Tage. Die Prüfer aus den Fächern Innere Medizin und Chirurgie und des Wahlfachs müssen an beiden Tagen identisch und somit anwesend sein. Die insgesamt angestiegenen zeitlichen und personellen Vorgaben führen zu einer enormen Belastung aller Beteiligten. Es droht die Gefahr, dass Kommissionen aus Ressourcengründen mit Prüfern besetzt werden müssen, die über geringere pädagogische und fachliche Eignung verfügen. Bedingt durch die Anwesenheitspflicht der gesamten Prüfungskommission während beider M2-Prüfungstage, ist an den meisten Standorten das Prüfergremium auf Oberärzte und Fachärzte auch außerhalb der Universitäten ausgedehnt worden. Hier kann eine Ungleichbehandlung der Prüflinge stattfinden.

## **Deutsche Hochschulmedizin e. V.**

Die mündlichen Prüfungszeiten sollten daher reduziert und der klinische Prüfungsteil auf einen Tag komprimiert werden.

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass die Wahl und Gestaltung des Prüfungsformates der mündlich-praktischen Prüfung nach dem PJ in der Verantwortung der Fakultäten liegen sollte. Das Ziel, diese Prüfung evidenzbasiert und kompetenzorientiert zu gestalten, können die Fakultäten künftig nur verfolgen, wenn sie die Freiheit haben, innovative Lehr- und Prüfungsformate umzusetzen.

### **c) § 16, Verlegung der Prüfungstermine**

Hier ist darauf hinzuweisen, dass die Vorverlegung des schriftlichen Teils der M2-Prüfung Einfluss auch auf das Studieverhalten in den der schriftlichen Prüfung vorangehenden Semestern haben wird. Den Studierenden bliebe nach dem Entwurf zu wenig Zeit für die Examensvorbereitung. Daher wird vorgeschlagen, die schriftliche Prüfung jeweils um einen Monat zu verlegen. Dies würde zu keiner Verlängerung des Studiums führen, aber einen besseren Studienerfolg ermöglichen.

### **d) § 41, Modellstudiengänge**

Die Regelungen über Modellstudiengänge sind sowohl in sich als auch im Gesamtkonzept widersprüchlich. Nach dem unveränderten § 41 Abs. 1 kann bei Modellstudiengängen der Zweite Abschnitt frühestens nach einem Medizinstudium von sechs Jahren – also als ungeteilte Prüfung – absolviert werden. Dem stehen die Regelungen des § 1 Abs. 2 Nr. 3 und der §§ 2, 3 und 4 entgegen. Nach der Ergänzung des § 41 Abs. 1 kann der schriftliche Teil des Zweiten Abschnittes der Ärztlichen Prüfung frühestens nach fünfjährigem Medizinstudium abgelegt werden. Der unveränderte § 41 Abs. 1 Nr. 3 erlaubt für das Praktische Jahr eine andere Form als nach § 1 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1. Aufgrund der verschiedenen Vorschriften über die Prüfungsteile muss jedoch § 1 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 eingehalten werden, nämlich 3 mal 16 Wochen zwischen dem schriftlichen und dem mündlich-praktischen Teil des Zweiten Abschnittes der Ärztlichen Prüfung. Wir bitten an dieser Stelle um Klarstellung.

Wichtige Aspekte fehlen leider im Verordnungsentwurf. Hierzu zählen z. B. die Schaffung von Rechtssicherheit für die zeitlich befristeten Modellstudiengänge und die bessere Überlappung der Ärztlichen Approbationsordnung mit der Kapazitätsverordnung.

**Deutsche Hochschulmedizin e. V.**

Alt-Moabit 96

10559 Berlin