

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) zum  
Referentenentwurf einer Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung vom  
17.11.2020**

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) unterstützt weiterhin ausdrücklich die Weiterentwicklung der Approbationsordnung für das Studium der Humanmedizin auf Basis des Masterplans 2020, insbesondere die damit verbundene Verankerung der Wissenschaftskompetenz, die Beachtung interprofessioneller Kompetenzen, aber auch der Integration und Prüfung zentraler Aspekte ärztlichen Handelns, zu denen Gesprächsführung, professionelles Handeln sowie die Stärkung der klinisch/praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten gehören. Den Arbeitsentwurf zur neuen Approbationsordnung vom 29. November 2019 hat die DGIM in ihrer Stellungnahme vom 15. Januar 2020 kommentiert. Der jetzt vorliegende Referentenentwurf vom 17. November 2020 hat eine Reihe von Anregungen aufgegriffen, die unsere und andere Fachgesellschaften gemacht haben, und ist deshalb insgesamt sehr zu begrüßen. Im Folgenden greifen wir die neuen Aspekte des Referentenentwurfes auf; wo zutreffend, behalten unsere Anmerkungen vom Januar 2020 Gültigkeit.

1. Mit Bezug auf unsere Stellungnahme vom 15. Januar 2020 begrüßen wir insbesondere, dass in die **ambulante primärärztliche Versorgung** von Patientinnen und Patienten im Rahmen des Kompetenzerwerbs im Bereich der ambulanten Medizin die Einbeziehung von Praxen der hausärztlichen Versorgung nach §73 Abs.1a sowie – im Praktischen Jahr – Krankenhaus- und Hochschulambulanzen aufgenommen wurden. Die DGIM weist jedoch darauf hin, dass durch die Festschreibung der Allgemeinmedizin als Prüfungsinhalt z. B. in §124 diese notwendige Erweiterung konterkariert wird, da Studierende ihre Ausbildung erfahrungsgemäß an den Prüfungsinhalten orientieren (*“assessment drives learning“*). Weiterhin schätzen wir den Aufwand für Blockpraktika (6 Wochen hausärztliche Versorgung vs. je 2 Wochen Innere Medizin und Chirurgie) im ambulanten Bereich als zu hoch ein, da eine 1:1 Ausbildung der Studierenden durch Fachärzte in der ambulanten Versorgung vorgeschrieben ist. *Wir empfehlen, auch 2 Studierende pro Lehrarzt zuzulassen, und die Delegation von Lehraufgaben in den Praxen, die häufig auch Ausbildungspraxen sind, z. T. auch an Ärzte in fortgeschrittener Weiterbildung (ab 3. Weiterbildungsjahr) zu ermöglichen.* Um die Qualität der Ausbildung in diesem Bereich zu sichern, sind Qualitäts-sichernde Maßnahmen, z. B. strukturierte Lehrkataloge, sinnvoll; bei der Erstellung dieser beteiligen wir uns gerne. Auf die **erhebliche Kostensteigerung**, die durch Ausbildung im Rahmen des Studiums sowie die Prüfungen in Lehrpraxen verursacht wird, weist der Medizinische Fakultätentag zu Recht hin; dieses Problem sehen wir ganz genauso.
2. Wir bekräftigen - wie bereits im Januar 2020 ausgeführt - dass die Wichtung zwischen **zentralen Kernfächern** wie Chirurgie und Innere Medizin und weiteren Fächern (Anlage 3, Seite 107, §31 Abs. 2) anders als in der bisherigen Approbationsordnung, die zwischen Kernfächern und Querschnittsbereichen unterschied, befürchten lässt, dass die zentralen Kernfächer und vor allem die darin enthaltenen, kleineren Schwerpunkte (Endokrinologie, Diabetologie, Rheumatologie, Angiologie, Infektiologie) im Curriculum nicht ihrer klinischen Bedeutung entsprechend abgebildet werden. Somit sind hier insbesondere bei einer späteren hausärztlichen Tätigkeit Defizite zu befürchten.

3. **Ärztliche Prüfung** Wie im Arbeitsentwurf, sieht jetzt auch der Referentenentwurf im jetzt 3. Abschnitt der ärztlichen Prüfung neben der strukturierten Prüfung am Krankenbett mit zu begrüßenden Kommunikationsformaten (interprofessionelle Übergabe, allgemeinverständliche Formulierung) weiterhin eine Parcours-Prüfung vor, obwohl auch schon vor dem 2. Abschnitt eine strukturierte Prüfung angesetzt ist. Dem didaktischen Ziel, mit einer objektiven strukturierten klinischen Prüfung den Kompetenzerwerb zu überprüfen und ggf. das Lernverhalten zu optimieren, ist unseres Erachtens **am Ende** des Studiums weniger gedient als **vor** dem Praktischen Jahr. Die wesentlichen Inhalte des Praktischen Jahres sind durch den Erwerb von Erfahrungskompetenzen und Verfestigung kognitiver Fähigkeiten geprägt. Der Aufwand einer solchen zentral administrierten Parcours Prüfung und der potenzielle Gewinn stehen in keinem Verhältnis zueinander. In der Kommission für die **Prüfung am Krankenbett** muss eine Fachärztin/ein Facharzt für Innere Medizin und eine Fachärztin/ein Facharzt für Chirurgie vertreten sein.
4. Die DGIM begrüßt, dass mit der Festlegung der Verantwortung des Medizinischen Fakultätentages (also der Medizinischen Fakultäten) für den nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalog (NKLM) klare Verantwortlichkeiten für Inhalt und Gestaltung des Studiums getroffen werden, und ebenso, dass eine enge Abstimmung mit dem IMPP über die Inhalte des Gegenstandskatalogs erfolgt. Wir geben zu bedenken, dass die **kurzen Abstände zwischen Gegenstandskatalog-basierten Prüfungen** (Semester 4 schriftlich M1, Semester 6 klinisch/praktisch M1, Semester 10 M2 mit vorheriger klinisch/praktischer Prüfung, Semester 12 M3) den **Eigengestaltungsbereich der Fakultäten** sehr stark einengen, weil erfahrungsgemäß das Lernverhalten der Studierenden auf die großen, übergeordneten Prüfungen ausgerichtet ist. Wir geben auch zu bedenken, dass die Durchführung dieser Prüfungen einschließlich der sogenannten Parcours Prüfungen in Verantwortung der Landesprüfungsämter unter Einbeziehung von Lehrpraxen einen sehr großen organisatorischen und finanziellen Aufwand erfordert, der von den entsprechenden Behörden zu verantworten ist.
5. **Innovationsklausel:** Diese ist im Vergleich zur Vorfassung entscheidend geändert; als neues Approbationsziel wird die interprofessionelle Ausbildung und die Kooperation mit internationalen Studiengängen vorgeschlagen. Wir begrüßen die dadurch entstehenden strukturellen Freiräume. Unklar bleibt die Regelung für die Zahnmedizin; da an 26 der 36 medizinischen Fakultäten sowohl Zahn- wie Humanmedizin unterrichtet werden, sind die Inkongruenzen zwischen der neuen zahnärztlichen Approbationsordnung und dem hier vorgeschlagenen Referentenentwurf dringend vor Gesetzgebung zu beseitigen. Ein Verweis auf künftige Abstimmungen bzw. die Innovationsklausel reicht hier nicht, ein zweiter Reformschritt für die zahnärztliche Approbationsordnung wäre mit diesem Referentenentwurf unumgänglich.

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin begrüßt in der Gesamtheit die inhaltlich großenteils sinnvollen, aber in ihrer Umsetzung und Durchführung enorm aufwändigen Änderungen der ärztlichen Approbationsordnung, die das Ziel verfolgen, sowohl ärztliche Kompetenzen über die reine Wissensvermittlung hinaus zu verbessern, wie auch die Wissenschaftlichkeit im Studium besser zu verankern. Dringend zu klären ist sowohl die Finanzierungsverantwortung wie der tatsächliche Finanzierungsbedarf. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin und ihre Mitgliedsgesellschaften beteiligen sich in den

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung vom 17.11.2020

Fakultäten vor Ort mit hohem Engagement an der Ausgestaltung der neuen Approbationsordnung.

Wiesbaden, den 12.01.2021



Prof. Dr. med. Georg Ertl  
Generalsekretär DGIM



Prof. Dr. med. Andreas Stallmach  
Vorsitzender der Kommission  
Aus-, Weiter- und Fortbildung



Prof. Dr. med. Lorenz Trümper  
Mitglied der Kommission Aus-,  
Weiter- und Fortbildung