

# Stellungnahme

zum Entwurf einer  
Ersten Verordnung zur  
Änderung der Approbationsordnung  
für Ärzte

**Hier: Referentenentwurf II**

Berlin, 7. Dezember 2011

Ansprechpartner  
MFT Medizinischer Fakultätentag  
der Bundesrepublik Deutschland e. V.

Tel.: 030/6449 8559-0  
E-Mail: [berlin@mft-online.de](mailto:berlin@mft-online.de)  
[www.mft-online.de](http://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**

### **I.1. Vorbemerkung**

Mit einer geänderten Ärztlichen Approbationsordnung (AO) soll eine ausgewogenere regionale Verteilung der angehenden Ärztinnen und Ärzte erreicht werden. Dabei wird jedoch die hohe Mobilität der Studienabgänger verkannt. Der häufiger beklagte "Landarztmangel" lässt sich nicht durch eine Ärzteausbildung in strukturschwachen Gebieten kompensieren. Vielmehr sind die Arbeits- und Lebensbedingungen von Ärztinnen und Ärzten vor Ort die entscheidende Größe. Der ärztliche Nachwuchs geht dahin, wo die besten Arbeits- und Lebensbedingungen gegeben sind. So planen sieben Prozent der Studierenden im Praktischen Jahr (PJ) ihre Weiterbildung in der Schweiz und nicht in Deutschland anzutreten.

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

Zu einer ersten Fassung des Referentenentwurfs zur Änderung der AO hat die Deutsche Hochschulmedizin bereits am 14. Oktober 2011 Stellung genommen (Langfassung). Ende Oktober 2011 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein überarbeiteter Referentenentwurf (II) erstellt, der aus Sicht der betroffenen hochschulmedizinischen Einrichtungen jedoch keine Verbesserungen für die Ärzteausbildung enthält.

### **I.2. Kontrahierungszwang beschneidet Lehrfreiheit**

Die wesentliche Änderung des zweiten Referentenentwurfes gegenüber dem ersten Entwurf besteht darin, dass die behördliche Festlegung der Lehrkrankenhäuser nun durch einen Kontrahierungszwang der Universitäten mit allen in Frage kommenden Krankenhäuser ausgetauscht wurde. Per Verordnung werden diese Krankenhäuser zu Lehrkrankenhäuser. Der den Universitäten im zweiten Referentenentwurf auferlegte Kontrahierungszwang stellt einen massiven Eingriff in die Lehrfreiheit dar.

Bisher konnten die Universitäten sich aussuchen, mit welchem Krankenhaus ein Vertrag als Akademisches Lehrkrankenhaus abgeschlossen wird. Daher hatten sie auch die Gestaltungshoheit über die Verträge. Aus diesem positiven Auswahlrecht ergibt sich eine völlig andere Verhandlungsposition als aus einem negativen Auswahlrecht, bei dem die Universität – notfalls gerichtlich – darlegen muss, welche Gründe gegen einen derartigen Vertragsabschluss sprechen. Es kann nicht nur jedes Krankenhaus einen Antrag auf einen Vertrag als Lehrkrankenhaus stellen, sondern die Universität muss jedes Krankenhaus auffordern, als Lehrkrankenhaus zu fungieren. Wenn die Universität verpflichtet ist, mit einem Krankenhaus einen Vertrag als Lehrkrankenhaus abzuschließen, kann sie faktisch weder die Inhalte des Vertrages bestimmen, noch sie im Kon-

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

fliktfall durchsetzen. Das kann dazu führen, dass die in Frage kommenden Krankenhäuser einzelne Vertragsinhalte auch gegen den Willen der Universität durchsetzen können. Es ist keinerlei Möglichkeit vorgesehen, dass eine Universität einem Krankenhaus die Erlaubnis zur Ausbildung von PJ-Studierenden entziehen kann. Eine Ausbildung unter Aufsicht der Universität, wie von der EU gefordert, kann so nicht gewährleistet werden.

Die künftig geforderte Evaluation der Ausbildung im PJ und deren Bekanntgabe hat lediglich Alibi-Charakter, da im Gegensatz zum ersten Entwurf keinerlei Konsequenzen aus einem negativen Ergebnis vorgesehen sind.

Dieser Eingriff in die Hochschulfreiheit wird auch nicht durch den „Trick“ ausgeräumt, dass über das Vorliegen der Voraussetzungen zur Erfüllung der Anerkennung als Lehrkrankenhaus ein Einvernehmen herzustellen ist. So schweigt sich der Entwurf zum einen darüber aus, was passiert, wenn dieses Einvernehmen nicht hergestellt werden kann, insb. ob es im Konfliktfall durch aufsichtliche Maßnahmen ersetzt werden kann. Zum anderen kann eine Universität anerkennen, dass bestimmte – u. U. weit entfernte – Krankenhäuser ausbildungsgerecht sein mögen, die Universität aber dennoch nicht kontrahieren möchte.

Daher sind die strukturpolitischen Gründe, die in der Entwurfsbegründung vom BMG genannt werden, nicht geeignet, die Entscheidungsverlagerung von den Fakultäten weg zu rechtfertigen. Insgesamt ist daher die vom BMG vorgelegte Regelung mit geltendem Recht nicht vereinbar.

### **I.3. Verstöße gegen das Grundgesetz (GG) und EU-Recht**

Für die Grundlagen der Klageoption der Medizinischen Fakultäten gegen die Bundesrepublik Deutschland sei auf das Gutachten von Herrn Prof. Max-Emanuel Geis, Ordinarius für Öffentliches Recht an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg verwiesen. Auf die rechtliche Bewertung des Referentenentwurfs wird im Folgenden daher nur kurz eingegangen.

#### **I.3.a. Verstoß gegen Art. 5 III GG**

Die Freiheit von Wissenschaft und Lehre ist das vorwiegend staatsabwehrend gedachte Grundrecht der Universität und seiner Fakultäten. Dieses Grundrecht soll die Freiheit vor staatlicher Beschränkung gewährleisten. Dies gilt hinsichtlich der auf wissenschaftlichen Eigengesetzlichkeiten beruhenden Prozesse, Verhaltensweisen und Entscheidungen bei der Suche nach Erkenntnissen, ihrer Deutung und Weitergabe. Es umfasst also auch die wissenschaftsbasierte Lehre. Jeder, der wissenschaftlich arbeitet, steht aufgrund dessen unter dem Schutz vor staatlichen Einwirkungen auf den Gewinnungs- sowie den Vermittlungsprozess im Hinblick auf wissenschaftliche Erkenntnisse. Die in Art. 5 Abs. 3 GG enthaltene Wertentscheidung beruht auf der Schlüsselfunktion, die einer freien Wissenschaft für die gesamtgesellschaftliche Entwicklung zukommt.

Insofern hat die Universität im Rahmen der auf wissenschaftlicher Grundlage erfolgenden ärztlichen Ausbildung nicht nur die Aufgabe, einen hohen Qualitätsstandard der Ausbildung angehenden Ärztinnen und Ärzte zu gewährleisten. Ihr steht auch das grundgesetzlich verbürgte Recht zu,

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

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

innerhalb dieses Prozesses vor staatlicher Einwirkung verschont zu bleiben.

Dementsprechend steht den Universitäten nach allen bisher geltenden Fassungen des § 3 AO das Recht zu, die praktische Ausbildung an hochschuleigenen Kliniken oder – wenn und soweit sie es wollen – alternativ an von der Hochschule ausgewählten Kliniken durchzuführen und damit über diese Kliniken Lehre nach ihren Vorstellungen zu verbreiten. Der Gesetzgeber hat der Wissenschaftsfreiheit bisher gerade dadurch Rechnung getragen, dass die zur praktischen Ausbildung berufenen Kliniken unmittelbaren Bezug zur Universität haben mussten; hielten sie die von der Universität gesetzten Standards nicht ein, konnte ihnen der begehrte Status des Akademischen Lehrkrankenhauses von der Universität aberkannt werden.

Dieser unmittelbare Bezug und Einfluss soll den Universitäten nunmehr entzogen werden. Die Organisation der praktischen Ausbildung, die in den Zuständigkeitsbereich der Hochschulen gehört, wird jedenfalls in Teilbereichen von der universitären zu einer staatlichen Angelegenheit gemacht. Durch diese staatliche Fremdbestimmung wird massiv in die Rechte der Universität eingegriffen.

Die Berücksichtigung von Evaluationsergebnissen im Rahmen des vorgesehenen § 4 Abs. 3 AO lindert diese staatliche Fremdbestimmung kaum. Es ist zudem ein allgemeines Prinzip, dass Ergebnisverantwortung und Gestaltungsmöglichkeit korrelieren müssen. Da auch das PJ Teil der universitären Ausbildung und damit Teil der Hochschule zuzurechnenden Ausbildungsleistung ist, muss die Hochschule diese Ausbildung auch gestalten dürfen. Zur Gestaltung gehört elementar die Entscheidung über das Ob und Wie der dem Gesamtverantwortlichen zugerechneten Leistung durch einen Dritten.

### **I.3.b Verstoß gegen die Richtlinie 2005/36/EG**

Die Abschaffung der universitären Entscheidung über die an der Ausbildung beteiligten Krankenhäuser ist auch nicht mit der EU-Richtlinie 2005/36/EG vereinbar. Denn nach dieser Richtlinie ist das Praktische Jahr integraler Bestandteil der ärztlichen Grundausbildung, die unter Aufsicht der Universität stattfinden soll.

Aufsicht impliziert naturgemäß eine leitende Funktion und damit, gerade wenn sie einer selbstverwaltenden Körperschaft auferlegt wird, mehr als nur ein Rügerecht. Denknöwendige Voraussetzung ist vielmehr die tatsächliche und rechtliche Befähigung zur Formulierung und Durchsetzung von Qualitätsstandards und zur Sanktionierung von Verstößen.

Eine derartige Aufsicht ist den Universitäten nicht möglich, wenn sie nicht mehr Teil des Entscheidungsverfahrens sind und Qualitätsmängel nicht mehr selbst durch Ausschluss eines Lehrkrankenhauses von der Ausbildung sanktionieren können.

Die Richtlinie 2005/36/EG soll eine einheitliche Ausbildung für die betreffenden Berufe innerhalb der Europäischen Union gewährleisten. Damit ist nicht zuletzt auch die Einhaltung eines einheitlichen Qualitätsstandards gemeint. Dies ist indes nicht möglich, wenn die zur Aufsicht über die Ausbildung berufenen Universitäten die Aufsicht nicht im Sinne einer tatsächlichen Durchset-

**Deutsche Hochschulmedizin e. V.**

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

zungsmöglichkeit führen können.

Die Universitäten tragen aufgrund von Art. 24 der Richtlinie 2005/36/EG im Gesamtgefüge der Europäischen Union als aufsichtspflichtige Körperschaften die Verantwortung für eine qualitätsgerechte Ausbildung der angehenden Ärzte. Insofern müssen sie, um dieser Verantwortung nachkommen zu können, die Möglichkeit haben, bei einem Qualitätsverstoß einer Klinik sofort Konsequenzen zu ziehen. Dieser Möglichkeit würden sie – trotz fortbestehender Gesamtverantwortung – durch die neue Regelung beraubt.

Damit steht auch die Gemeinschaftskonformität der vom BMG erwünschten Änderungen in §§ 3 und 4 AO in Frage.

### **I.4. Wettbewerb um Vergünstigungen**

Mit bereits 600 Akademischen Lehrkrankenhäusern besteht kein Mangel an attraktiven Lehrkrankenhäusern mit Basisnähe. Selbst im Land Bremen, das keine eigene Medizinische Fakultät unterhält, kommt bereits heute schon ein Akademisches Lehrkrankenhaus auf rund 94.000 Einwohner. Gleichwohl soll nach den Vorstellungen des BMG die Anzahl der Lehrkrankenhäuser in Bremen und anderen Ländern noch weiter erhöht werden.

Es ist zu erwarten, dass sich Krankenhäuser, die ein Interesse daran haben, möglichst viel Nachwuchs zu binden, 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.

Da nur sehr wenig Studierende die intrinsische Motivation haben, Einrichtungen auf dem Land mit geringem Freizeitwert aufzusuchen, dürfte es zur Focussierung 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. Die AO-Änderung wird sich eher kontraproduktiv auf das Bestreben, in strukturschwachen Regionen die Hausarztquote zu erhöhen, auswirken.

Sollten künftig noch mehr Akademische Lehrkrankenhäuser 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.

## **I.5. Unzureichende Qualität der künftigen PJ-Ausbildung**

Da das Kosten-Nutzen-Verhältnis auch bei der Qualitätssicherung in Relation zur Zahl der Studierenden steht, ist eine Ausweitung des PJ auf alle theoretisch in Frage kommenden Krankenhäuser nicht vertretbar. Auch ist eine Verschlechterung der Ausbildungsqualität zu erwarten, da nicht alle theoretisch qualifizierten Krankenhäuser in den jeweiligen Curricular und Prüfungsanforderungen geschult werden können.

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.

An den Universitäten wird die Lehre durch berufene hauptamtliche Professuren verantwortet. Bei den Akademischen Lehrkrankenhäusern 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 Lehr- und Prüfungsbefähigung noch wissenschaftliche-didaktische 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 Mitwirkung der Universitäten beschränkt sich nach den Vorstellungen des BMG künftig 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. Es würde 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. Der Aufwand der Medizinischen Fakultäten wird deutlich ansteigen. Die anderen Aufgaben der Hochschulmedizin in Forschung, Lehre, Krankenversorgung und Technologie-transfer werden darunter leiden.

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 die anschließende mündlich-praktische Prüfung bestanden haben, Differenz zwischen schriftlicher und mündlich-praktischer Note, Zahl derjenigen, die nach dem Examen von der Klinik fest angestellt wurden?).

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.

Je komplizierter die Struktur des Studiums gemacht wird, desto schwieriger wird es, die hohe Ausbildungsqualität zu halten.

### **I.6. Weitere Erhöhung der Mobilität der Studierenden**

Im Fächervergleich zählen die Studierenden der Medizin schon heute zu den mobilsten Auszubildenden der Universitäten. Hierzu trägt wesentlich das PJ bei. Pro Fakultät gibt es im Durchschnitt 17 Akademische Lehrkrankenhäuser, die über die ganze Bundesrepublik verteilt sind.

Hinsichtlich der Auslandsmobilität gilt zu bedenken, dass es nach der AO nur das "Studium im Ausland" gibt – wohin auch das PJ gehören würde – und die PJ-Ausbildung an den Akademischen Lehrkrankenhäusern im Inland. Die Landesprüfungsämter erkennen daher ausländische PJ-Anteile nur an Universitäts-assoziierten Kliniken an. Hier gibt es eine lange Liste von Universitäten, die allgemein von der WHO anerkannt sind.

Aus der Auslandserfahrung kommt der vermeintliche Anspruch von Studierenden, doch auch überall in Deutschland ein PJ-Anteil machen zu können.

Dem Wunsch der Studierenden nach noch größerer Mobilität kann ohne Änderung der AO durch umfassende Nutzung von Regelungen zur Gast-, Neben- und Zweithörerschaft entsprochen werden. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die eigenen Studierenden in ihren Möglichkeiten nicht eingeschränkt werden. Die im Referentenentwurf jedoch vorgesehene freie Wahl der Studierenden, sich ihre PJ-Klinik unabhängig von ihrer Heimatuniversität aussuchen zu können, ist kapazitätsrechtlich nicht haltbar. Dies würde eine akademische Einrichtung zur Aufnahme von Gaststudenten verpflichten und damit Kernbereiche der akademischen Selbstverwaltung beschädigen. Die Aufnahme von Gaststudenten muss von freien Plätzen und den Zulassungs- und Immatrikulationssatzungen der jeweiligen Universitäten abhängig bleiben.

## I.7. Einführung eines dritten Staatsexamens

Anstelle von zwei Staatsprüfungen sollen künftig drei treten. Dies ist nicht sinnvoll, denn es führt u. a. zu einem Bürokratiewachstum, zu Schwierigkeiten insbesondere bei den Modellstudiengängen und durch die festgelegten Prüfungstermine zur Studienzeitverlängerungen.

Die Hochschulmedizin empfiehlt daher die Teilung des zweiten Staatsexamens in einen schriftlichen (M2a) und einen mündlichen Teil (M2b). Die Prüfungstermine sollte allerdings um einen Monat nach hinten verschoben werden, um eine adäquate Prüfungsvorbereitung zu ermöglichen.

Für die detaillierte Begründung wird auf die folgenden Ausführungen unter II. verwiesen.

## II. Zu den einzelnen Regelungen des zweiten Referentenentwurfs

Der neuerliche Referentenentwurf ist in 5 Artikel gegliedert, die gestaffelt, d. h. zu unterschiedlicher Zeit in Kraft treten sollen.

**Artikel 1** (soll am Tage nach der Verkündung in Kraft treten): Zusammenfassende Bescheinigungen über Leistungsnachweise durch Studiendekan möglich, Regelung über Fehltag, diverse redaktionelle und auch einige kleinere Änderungen.

**Artikel 2** (soll am 1. April 2013 in Kraft treten): Praktisches Jahr künftig an fast allen der rund 2000 deutschen Krankenhäusern.

**Artikel 3** (soll am 1. Oktober 2013 in Kraft treten): Mindestzeit für das Blockpraktikum Allgemeinmedizin zwei Wochen.

**Artikel 4** (soll am 1. Januar 2014 in Kraft treten): Aufteilung des bisherigen Zweiten Abschnittes der Ärztlichen Prüfung in zwei formal und zeitlich getrennte Prüfungen: Zweiter Abschnitt schriftlich drei Jahre nach dem Ersten Abschnitt, Dritter Abschnitt ein Jahr nach dem Zweiten Abschnitt.

**Artikel 5** regelt lediglich das Inkrafttreten der Artikel 1 - 4.

### Zu Artikel 1

**Zu 2. a)** Das Praktische Jahr soll künftig in Teilzeit mit 50 Prozent oder 75 Prozent der regelmäßigen Arbeitszeit absolviert werden können. Durch die Angabe von Prozentsätzen wurde dieser Passus gegenüber dem ersten Entwurf konkretisiert. Die Universitäten sollen weiterhin sicherstellen, dass ab 1. Oktober 2015 – gegenüber dem ersten Entwurf um zwei Jahre verschoben – für 10 Prozent der Studierenden als Wahlterial die Allgemeinmedizin absolviert werden kann, und ab dem 1. Oktober 2019 für 20 Prozent der Studierenden.

*Abgesehen von den grundsätzlichen Bedenken, die schon zum ersten Entwurf vorgebracht wur-*



*den, ist es nicht an allen Ausbildungsstandorten machbar, eine derartige hohe Zahl von Plätzen in Allgemeinmedizin zur Verfügung zu stellen. Infolge der nach Artikel 2 geplanten Vermehrung von Lehrkrankenhäusern werden künftig wahrscheinlich weniger als 20 Prozent der Studierenden ihr PJ an den Universitätskliniken absolvieren, so dass diese faktisch überhaupt nicht die Möglichkeit haben, für derartig große Prozentsätze dieses Wahlfach zur Verfügung zu stellen. Dadurch, dass die Universitäten nach Artikel 2 künftig fast jedes Krankenhaus als Lehrkrankenhaus anerkennen müssen, können sie über entsprechende Vertragsgestaltungen auch faktisch keinen Einfluss mehr auf die Ausbildung in diesen Krankenhäusern nehmen.*

## **Zu Artikel 2**

**Zu 1. b)** Künftig sollen die Universitäten mit allen Krankenhäusern, die die Voraussetzungen für eine Ausbildung im Praktischen Jahr formal erfüllen, und die Ausbildung nach dem Logbuch gewährleisten können, einen Vertrag als Lehrkrankenhaus abschließen.

*Danach müssen die Universitäten künftig einen Vertrag mit allen entsprechenden Krankenhäusern der gesamten Bundesrepublik abschließen, so dass künftig jedes in Frage kommende Krankenhaus 36 derartige Verträge hat! Wieso muss eine Fakultät künftig in der ganzen Republik nachforschen, welches Krankenhaus die Voraussetzungen des § 4 erfüllt? Aus der Formulierung können nämlich entsprechende Krankenhäuser einen Anspruch auf einen Vertrag als Lehrkrankenhaus ableiten. Berücksichtigt die Universität ein derartiges Krankenhaus nicht, dann ist das eine Obliegenheitsverletzung.*

**Zu 2.** Die Ausbildungen in Lehrkrankenhäusern sollen nach dem jeweiligen Logbuch der Heimatuniversität erfolgen; soweit möglich sollen PJ-Absolventen auch vorbereitende und begleitende Lehrveranstaltungen der Heimatuniversität besuchen. Ein PJ-Beauftragter des Lehrkrankenhauses soll die Ausbildung mit der Heimatuniversität abstimmen und die Evaluation nach den Vorgaben derselben vornehmen.

*Die Teilnahme an vorbereitenden Lehrveranstaltungen zum PJ regelt die jeweilige Studienordnung, hierzu bedarf es keiner Regelung in der AO. Zu den übrigen Punkten der Nummer 2 sei auf die diesbezügliche Stellungnahme der Deutschen Hochschulmedizin zum ersten Referentenentwurf verwiesen.*

**Zu 3.** Im Formular (Anlage 4) für das Praktische Jahr wird die Bezeichnung von Praxen und außeruniversitären Krankenhäusern geändert: bisher „ist zur Ausbildung bestimmt worden“ – künftig „Lehrkrankenhaus“.

*Diese Änderung macht deutlich, dass ein Einfluss der Universität auf die Auswahl von Lehrkrankenhäusern unerwünscht ist. Der Titel wird durch Verordnung auf Grundlage des Kontrahierungszwanges vergeben.*

### **Zu Artikel 3**

Die Dauer eines Blockpraktikums Allgemeinmedizin (§§ 2 Absatz 3 und 27) wird mit mindestens zwei Wochen festgeschrieben.

*Hier ergeben sich keine neuen Gesichtspunkte gegenüber der Stellungnahme der Deutschen Hochschulmedizin vom Oktober 2011.*

### **Zu Artikel 4**

In diesem Artikel wird ausführlich die geplante Auftrennung des derzeitigen Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung (schriftlich und mündlich-praktisch, Hammerexamen nach dem PJ) in einen künftigen Zweiten Abschnitt (nur schriftlich) vor dem PJ und einen künftigen Dritten Abschnitt (mündlich-praktisch) nach dem PJ geregelt.

**Zu 1. a)** Der Ausbildungszeitraum im Praktischen Jahr wird auf das letzte Studienjahr präzisiert. Die Ärztliche Prüfung erfolgt künftig in drei Abschnitten.

*Die theoretisch bisher nach § 41 Absatz 1 Nr. 3 bestehende Möglichkeit in einem Modellstudiengang das PJ in Teilen oder gänzlich in die Ausbildung nach dem Ersten Abschnitt zu integrieren, ist für künftige Modellstudiengänge nicht mehr eindeutig gegeben. § 41 Absatz 1 Nr. 3 bleibt zwar weiterhin unverändert, bezieht sich künftig wohl vor allem auf die Reihenfolge bzw. Fächerverteilung innerhalb des PJ. Dies ist zwar nicht zwingend im letzten Studienjahr zu absolvieren, jedoch ist erstens eine Ausnahmeregelung für den Abstand zwischen dem Zweiten und dem Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung § 1 Absatz 3 Nr. 3 nicht in § 41 vorgesehen und zweitens müssen alle Leistungsnachweise bis zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung erbracht werden. Durch die zweite Formulierung wird der bisherige Zweite Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nicht, wie z. B. vom MFT gefordert, zeitlich aufgeteilt in einen schriftlichen (vor dem PJ) und mündlich-praktischen (nach dem PJ) Teil, sondern in zwei formal getrennte Abschnitte festgelegt.*

**Zu 1. b)** Die neue Gliederung der Ärztlichen Prüfung – Erster Abschnitt nach mindestens zwei Jahren, Zweiter Abschnitt mindestens drei Jahre nach dem Ersten und Dritten Abschnitt mindestens ein Jahr nach dem Zweiten Abschnitt – wird explizit aufgeführt. Ergänzt wird dieses durch die Festlegung, dass die in § 27 genannten Fächer und Querschnittsbereiche zwischen dem Zweiten und Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung durch die Universität zu prüfen sind.

*Nach diesen Formulierungen sind die Befürchtungen bezüglich einer künftigen Entwicklung des PJ – hin zu einer Art Referendariat – sehr ernst zu nehmen. Rückblickend auf die bis 2003 gültige AO könnte man auch etwas überspitz formulieren: nicht der AiP ist weggefallen, sondern das PJ. Einziger formaler Unterschied zum AiP ist der Status als Studierender und der anschließende Dritte Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, der aber auch in seiner Bedeutung künftig relativiert weiter werden kann.*

Die folgenden Änderungen sind redaktioneller Art und ergeben sich aus dem Grundkonzept zur

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

Neugliederung der Ärztlichen Prüfung. Entgegen dem ersten Referentenentwurf ist für die Famulatur eine Ableistung in Teilzeit offenbar nicht mehr vorgesehen.

*Die Hochschulmedizin sieht hier einen Widerspruch zur gewünschten Familienfreundlichkeit.*

**Anlage 11a:** Zeugnis über den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung.

*Die Aufzählung der Leistungsnachweise und Noten gemäß § 27 ist jetzt nicht mehr auf der Rückseite, sondern auf der Vorderseite enthalten, dafür jedoch viel zu kurz (siehe bisherige Anlage 11 und neue Anlage 2b).*

### **III. Redaktionelle Hinweise**

In § 28 wird der Prüfungsstoff des bisherigen Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung beschrieben und zwar nach der Wortwahl sowohl des schriftlichen, als auch des mündlich-praktischen Teils. Das ist so nicht mehr haltbar. Diese wird dadurch untermauert, dass § 29 den schriftlichen Teil der Prüfung beschreibt, den soll es in dieser Form jedoch gar nicht mehr geben. Er soll durch den eigenständigen neuen Zweiten Abschnitt ersetzt werden.

§ 31 schildert einen mündlich-praktischen Teil, den es in dieser Form auch nicht mehr geben soll, er soll durch den ebenfalls eigenständigen neuen Dritten Abschnitt ersetzt werden.

Während die §§ 29 und 31 recht einfach anzupassen sind, bedarf es bei § 28 doch etwas größeren Aufwandes, da er bisher sowohl den schriftlichen als auch mündlich-praktischen Teil des alten Zweiten Abschnittes übergreifend beschreibt.

Abschließend verweist die Deutsche Hochschulmedizin auf ihre Verbesserungsvorschläge für schriftliche Prüfungen und kompaktere mündliche Prüfungen vom 14. Oktober 2011 (Langfassung der Stellungnahme zum ersten Referentenentwurf) und bittet um Ihre Berücksichtigung.

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