

**Stellungnahme  
der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften  
(AWMF) zum Referentenentwurf  
des Bundesministeriums für Gesundheit einer  
Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung vom 17.11.2020**

Die AWMF wurde am 17.11.2020 um eine Stellungnahme zu oben genanntem Referentenentwurf einer Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung gebeten.

Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Wir haben den Referentenentwurf in Bezug auf seine Weiterentwicklung gegenüber dem Arbeitsentwurf von 2019 mit unserer Stellungnahme vom Januar 2020 (siehe Anlage 1) und den Themen des Fachgesprächs im BMG vom August 2020 abgeglichen (siehe Anlage 2). Für diese Gelegenheiten zu Kommentierung und Austausch bedanken wir uns.

Die AWMF hat weiterhin ihre Mitgliedsfachgesellschaften gebeten, bei Bedarf eine eigene Stellungnahme zu verfassen. Die bis einschließlich 15.01.2021 bei der AWMF eingegangenen 35 Stellungnahmen von 49 Fachgesellschaften sind der Stellungnahme der AWMF als Anlage beigefügt (siehe Anlage 3). Diese äußern sich auch zu weiteren Aspekten, die wir ebenfalls zu berücksichtigen bitten.

Im Folgenden finden Sie eine zusammenfassende Einschätzung zum Referentenentwurf, auch in Bezug auf die Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020, sowie grundlegende Punkte, die aus Sicht der AWMF der Nachbesserung bedürfen einschließlich als redaktionell eingestufte Aspekte.

## **I. Zusammenfassung**

- Viele inhaltliche und strukturelle Fortschritte gegenüber der Approbationsordnung von 2002
- Gegenüber dem Arbeitsentwurf von 2019 deutlich weiter entwickelt mit vielen sinnvollen Lösungen.
- Einige Widersprüche zu den Zielen des Masterplans Medizinstudium 2020 (siehe II.).
- Einige grundlegende Probleme, die im Widerspruch zu den erklärten Zielen der Neuregelung der ärztlichen Ausbildung die Patientensicherheit und Zukunftsfähigkeit nicht fördern, sondern beeinträchtigen können (siehe III.).
- Bundesweit zentral organisierte Parcours in M1m und M3 würden einen hohen Erfüllungsaufwand nach sich ziehen und müssten wie die MC-Prüfungen an einem einzigen Termin stattfinden, um die Gleichbehandlung der Prüflinge zu gewährleisten
- Die AWMF hat große Bedenken gegenüber der Beauftragung des IMPP für die Erstellung von bundesweit gültigen Parcoursprüfungen, denn schon für die Erstellung der MC-

Prüfungen fehlt im Staatsvertrag eine Fachaufsicht oder definierte Mitarbeit durch Fachgesellschaften und Studiendekanate.

- Die AWMF hält die Innovationsklausel §136 nicht für geeignet, die Klärung des Verhältnisses des Medizinstudiums zum Zahnmedizinstudium zu einem späteren Zeitpunkt offen zu halten, sondern setzt sich mit Nachdruck dafür ein, jetzt die Weichen für eine übergreifende Zusammenarbeit zu stellen. Regelungsvorschläge zur Angleichung der beiden Ausbildungen finden sich in den Stellungnahmen insbesondere der Fachgesellschaften DGZMK und DGMKG.
- Für Berechnungen zum Erfüllungsaufwand verweist die AWMF auf die Stellungnahmen von Fachgesellschaften und des MFT
- Es bestehen einige redaktionelle Schwächen, die vermutlich versehentlich entstanden sind und ohne Kontroversen lösbar sein sollten. Diese sind separat aufgeführt.

Zur Lösung der noch bestehenden grundlegenden Probleme ist eine weitere Sachdiskussion notwendig, in der praktische Aspekte der wissenschaftlichen Ausbildung Vorrang haben sollten vor theoretischen didaktischen Erwägungen.

## II. Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020 vom 31.03.2017 (14 Maßnahmen)

- Überwiegend erscheinen die Anforderungen aus dem "Masterplan Medizinstudium 2020" umgesetzt. Noch zu verbessernde Aspekte:
- Maßnahme 8 „Erwerb kommunikativer Kompetenzen“: erfüllt u.a. durch longitudinalen Strang, jedoch ergänzungsbedürftig im Abschnitt „Gesprächsführung“ (§1 (7) – neben Grundlagen sind konkrete Kenntnisse und Fertigkeiten zu ergänzen (siehe Stellungnahme der DGPPN) und überreguliert durch Parcours-Examina in M1m und M3
- Maßnahme 23, Satz 1 „einheitliche staatliche Prüfung nach erstem Studienabschnitt“: erfüllt durch M1s ab 4. Semester (Zwischenzeugnis Anlage 18) und M1m ab 6. Semester, aber konterkariert durch Innovationsklausel §136, nach der die externe Qualitätssicherung durch M1 entfallen darf
- Maßnahme 23, Satz 3 „mündlich-praktischer Teil ggfs. als strukturierte klinisch-praktische Prüfung“: von dieser „kann“-Regelung hatten die Experten des ersten Studienabschnitts dringend abgeraten, da hierdurch sowohl Fachwissen als auch kommunikative Kompetenz schlechter prüfbar sind als durch eine Kollegialprüfung, wobei sich gleichzeitig der Aufwand für die Landesprüfungsämter erheblich erhöht
- Maßnahme 25 „dritte staatliche Prüfung am Ende des Studiums, zweiter Prüfungstag als OSCE“: umgesetzt, aber das Ergebnis konterkariert das Ziel von Abschnitt 4 „praxisnahe Prüfungen“. Von dieser Prüfungsform hatten die Experten des zweiten Studienabschnitts dringend abgeraten, da sich das gesamte Spektrum der ärztlichen Kompetenzen in den stark formalisierten zehn Stationen schlechter prüfen lässt als in einer Kollegialprüfung, weil das Praktische Jahr bereits Erfahrungen an realen Patienten vermittelt, denen gegenüber Simulationspatienten einen Rückschritt darstellen, und zudem der Aufwand für die Landesprüfungsämter erheblich erhöht wird.
- Maßnahme 26: das didaktische Ziel, mit einer objektiven strukturierten klinischen Prüfung den Kompetenzerwerb zu überprüfen und ggf. das Lernverhalten zu optimieren, ist nach

Ansicht der AWMF und ihrer Mitgliedsgesellschaften vor dem Praktischen Jahr sinnvoll, aber nicht mehr danach. Insofern sollte auf Maßnahme 23, Satz 3, und Maßnahme 25 zugunsten von Maßnahme 26 verzichtet werden.

- Maßnahme 27 „IMPP entwickelt für die Ein- und Durchführung der OSCE-Prüfungen in der Ärztlichen Prüfung verbindliche Vorgaben“: erfüllt, aber in mehrfacher Hinsicht kontraproduktiv: 1) Die dazu nötige Kompetenz liegt beim IMPP bisher nicht vor. 2) Die damit verbundenen Kosten für die Landesprüfungsämter sind erheblich, 3) Der Staatsvertrag zum IMPP müsste unbedingt eine adäquate Fachaufsicht über das IMPP einrichten. Alternativ können die Fakultäten die mündlich-praktischen Examina besser weiterhin durchführen und dafür zur Vereinheitlichung der Qualität formale und inhaltliche Hilfestellung vom IMPP erhalten (s.u. „Grundlegende Punkte“).

### **III. Grundlegende Punkte zur Nachbesserung des Referentenentwurfs**

- Die Formulierungen zu „Grundlagenwissenschaftliche Grundlagen“ und „medizinische Relevanz“ bedürfen einer Anpassung an das Z-Curriculum (§3,2, §83,3; §90,5, §105): um die Zukunftsfähigkeit der Medizin in Deutschland aufrecht zu erhalten (vgl. Begründung S. 142), muss bis zum M1s die Fachsystematik der Grundlagenfächer gelehrt und geprüft werden (§3,2, §83,3 streichen), im M1m ist die Betonung der medizinischen Relevanz sinnvoll (§90, 5 belassen), im M2 ist sie notwendig, weil dort niemand wegen grundlagenwissenschaftlicher Details durchfallen sollte; §105 sollte daher um einen entsprechenden Passus ergänzt werden.
- M1m und M3 sollten als Kollegialprüfungen durch die Fakultäten abgenommen werden und nicht als Parcours durch eine neu zu schaffende gemeinsame Einrichtung der LPAs (§4). Begründung: sehr aufwändiges Verfahren mit klaren Risiken und ohne erkennbaren Nutzen:
  1. Mündliche Kollegialprüfungen sind praxisnäher als künstlich konstruierte Parcours; letztere stehen daher im Widerspruch zum Masterplan Maßnahme 4 und zu den Zielen in der Einleitung des Referentenentwurfs.
  2. Die stark formalisierten Stationen eines bundeseinheitlichen Parcours können nicht schnell genug an aktuelle medizinische Entwicklungen angepasst werden. So kommt COVID-19 schon seit Frühjahr 2020 gelegentlich in mündlichen Examina vor, über einen einheitlichen Parcours wäre dies frühestens im Herbst 2021 möglich gewesen.
  3. Parcours-Prüfungen sind intrinsisch ungeeignet, das gesamte Spektrum der Patienten und der Medizin abzubilden. Es droht die Gefahr einer Monokultur, wo jeder Absolventenjahrgang nur auf einen kleinen Ausschnitt der Medizin vorbereitet ist; gerade die Unterschiede zwischen den im M3 geprüften Themen sind für die bevölkerungsbezogene Medizin wertvoll und notwendig.
  4. Bundeseinheitliche Parcours-Prüfungen müssten wie die MC-Prüfungen am selben Termin stattfinden, da die Inhalte der Stationen nicht vertraulich bleiben, und daher die Gleichbehandlung der Prüflinge sonst nicht gewährleistet wäre.
  5. Die AWMF hat große Bedenken gegenüber der Beauftragung des IMPP für die Erstellung von Parcoursprüfungen (vgl. Hinweis auf den Staatsvertrag zum IMPP auf S. 151). Die AWMF steht seit 29.09.2017 im Dialog mit dem Verwaltungsrat des IMPP bezüglich der fehlenden Fachaufsicht für dieses Institut. Der 1982 wegen Inkongruenz von Lehre und MC-Prüfungen („Katastrophe-Physikum“) eingeführte Beirat aus

Fakultätsvertretern wurde zwar 2019 um AWMF-Vertreter erweitert, gleichzeitig aber in seiner Aufsichtsfunktion eingeschränkt.

6. Kompetenz zur Vorbereitung von Stationen ist bei den Fakultäten erwiesenermaßen vorhanden, Landesprüfungsämter müssten diese vertraglich regeln (Staatsvertrag) und zusätzlich neu aufbauen; der finanzieller Aufwand für die Landesprüfungsämter dürfte erheblich sein
7. M1m: keine Differenzierung der Ziele des mündlichen M1 gegenüber dem schriftlichen M1, zeitlicher Aufwand ungefähr verdoppelt, im Masterplan nicht vorgeschrieben, müsste zeitgleich für alle Prüflinge angeboten werden (statt aktuell über 3 Wochen verteilt), da Vertraulichkeit der Stationsinhalte nicht herstellbar
8. M3: das didaktische Ziel, mit einer objektiven strukturierten klinischen Prüfung den Kompetenzerwerb zu überprüfen und ggf. das Lernverhalten zu optimieren, ist vor dem Praktischen Jahr sinnvoll, aber nicht mehr danach. Insofern sollte auf Maßnahme 23, Satz 3, und Maßnahme 25 zugunsten von Maßnahme 26 des Masterplans verzichtet werden (§34).
9. M3: Prüfung an Simulationspatienten ist ein Rückschritt gegenüber Ausbildung an realen Patienten. Zeitlicher Aufwand ungefähr verdreifacht.

#### **Konkreter Lösungsvorschlag:**

1. M1m (§89ff) und M3 (§111ff) nur als mündlich-praktische Kollegialprüfung
  2. strukturierte klinisch-praktische Prüfung vor dem PJ (§34) zur Vereinheitlichung der Qualität mit formaler und inhaltlicher Hilfestellung vom IMPP.
  3. PJ-Ausbildungsplan (§46) mit bundeseinheitlichem Logbuch, dessen unterrichtsbegleitend zu prüfende Elemente sich aus dem im NKLM enthaltenen Absolventenprofil ergeben
- In §5, 3 sollte als Gremium der Abstimmung von NKLM und GK die NKLM Kommission genannt werden, der neben den Vertretern von Bund und Ländern auch Vertreter der AWMF, der Studiendekanate und der Studierenden angehören sollten. Dieses Gremium wurde nach Maßnahme 2 des Masterplans eingerichtet und wird dringend weiter benötigt.
  - In §29,3 sollte auf die detaillierte Vorgabe von Stundenzahlen für Unterricht mit unmittelbarem Patientenkontakt im ersten Studienabschnitt verzichtet werden (Satz 2-5 streichen). Die Begründung hierfür findet sich bereits auf S. 161 (Vermeidung unzumutbarer Belastungen der Patienten), S. 162 (Gewährleistung des Patientenschutzes), S. 163 (virtuelle Patienten zum gezielten Einsatz in grundlagenwissenschaftlichen Fächern). Die Vorgabe von 350 Stunden patientenbezogenem Unterricht in diesem Studienabschnitt ist hinreichend und kann durch die Fakultäten flexibel ausgefüllt werden.
  - Die Vorgabe, dass 1/3 bis 1/2 des hausärztlichen Blockpraktikums innerhalb der ersten 4 Semester absolviert werden müssen (§35, Abs 3), sollte gestrichen werden. Es genügt, den Fakultäten zu gestatten, Blockpraktika ggf. schon ab dem 2. Semester anzubieten. Solche Pilotprojekte sollten evaluiert werden müssen, welche Ziele durch derart frühe Blockpraktika erreicht werden können.
  - In §35 sollte ein Blockpraktikum aus dem Themenbereich Neurologie-Psychiatrie-Psychosomatik im Umfang von z.B. zwei Wochen empfohlen werden, um wichtige Krankheitsbilder wie Schlaganfall, Depression oder Anorexie abzubilden. Dafür kann das Blockpraktikum im hausärztlichen Bereich von 6 auf 4 Wochen gekürzt werden; es ist dann immer noch doppelt so lang wie jedes andere Blockpraktikum.

- §115-123 Prüfungskommissionen im M3: die Fachvertreter in der Prüfungskommission sollten den jeweiligen Fächern der vier Quartale der Studierenden entsprechen, da sonst ein konstruktives Alignment von Lehre und Prüfung im PJ nicht gegeben wäre.
- §136 Innovationsklausel. Die drei Szenarien des Absatz 1 sind grundsätzlich zu begrüßen. Die Innovationsklausel sollte aber keinen Ausstieg aus M1s erlauben, weil ohne frühzeitige Überprüfung der Grundlagenkenntnisse ein Qualitätsverlust der Ausbildung, mit Beeinträchtigung von Patientensicherheit und Zukunftsfähigkeit drohen würden, was der Zielsetzung der Ausbildungsreform widerspräche (z.B. S. 2 oder S. 142). In §136 sollte daher der schriftliche Teil des M1 für alle Studierenden verpflichtend bleiben (vgl. Maßnahme 23 im Masterplan), nur der Zeitpunkt der Teilnahme am schriftlichen M1 sollte freigegeben werden (Absatz 2 und 3), und der mündlich-praktische Teil des M1 wäre ggf. durch eine Äquivalenzprüfung ersetzbar sein.
- Da die Zahnheilkunde auch der medizinischen Primärversorgung der Bevölkerung dient, und da Medizin und Zahnmedizin die natürlichen Kandidaten für eine interprofessionelle Ausbildung sind, sollten AOZ und ÄAppO jetzt in einem Zug aneinander angeglichen werden. Davon würden beide Studiengänge und die medizinische Versorgung der Bevölkerung erheblich profitieren. Wie im Detail in den Stellungnahmen der Fachgesellschaften dargestellt, bedarf es dazu nur geringer Modifikationen im Text. Für beide Studiengänge gilt das identische M1s, im Vertiefungsbereich bietet die Zahnheilkunde in den ersten 4 Semestern spezifische eigene Veranstaltungen an, ab dem 5. Semester verlaufen die Studiengänge getrennt aber mit der Möglichkeit, an den Fakultäten einzelne Veranstaltungen weiterhin gemeinsam abzuhalten. Die in §136 vorgeschlagene Regelung löst diese Thematik nicht, sondern weicht dem Problem nur aus.
- §11 ff (Lehrpraxen): die umfassendere Einbeziehung von Lehrpraxen und Versorgungszentren ist sehr zu begrüßen. Allerdings wäre es realitätsfremd, zu erwarten, dass deren Verfügbarkeit für die Ausbildung durch eine Bundesverordnung sicherzustellen wäre. Insofern sollten die Fakultäten grundsätzlich die Freiheit haben, alle ambulanten Ausbildungsabschnitte auch in ihren Hochschulambulanzen oder an Klinikambulanzen der akademischen Lehrkrankenhäuser anzubieten.
- Auf S. 2 der Einleitung und andernorts wird – vermutlich versehentlich – von vertragsärztlicher Versorgung gesprochen, wenn hausärztliche oder primärärztliche Versorgung gemeint ist. Hier sollte die Begrifflichkeit vereinheitlicht werden. Ebenso sollten die Verweise auf kassenärztliche Vereinigungen, die keinen Ausbildungsauftrag haben, ersetzt werden durch Verweise auf die Landeärztekammern, in deren Zuständigkeit die anschließende Weiterbildung liegt.
- §157 ff, §169 ff: Die Anforderungen bei ausländischen Abschlüssen sollten denen inländischen Abschlüssen äquivalent sein. In Analogie zu den U.S.A. könnte man das Bestehen von M1s und M2 fordern, sowie eine Äquivalenzprüfung zu M3. Aufgrund des neuen Z-Curriculums, wäre vermutlich das Bestehen eines M2-Examens hinreichend zum Nachweis des erforderlichen Wissens. Ab 2023 wäre evtl. auch eine Akkreditierung durch WFME relevant.

#### **IV. Redaktionelle Punkte zur Nachbesserung**

- §19 praktische Übungen: es fehlen eine Ausführung zu grundlagenwissenschaftlichen Laborpraktika, die sowohl in der Vorklinik als auch im klinisch-theoretischen Bereich wichtige praktische Fertigkeiten vermitteln (z.B. Physiologie oder Mikrobiologie) sowie im Sinne des Kompetenzerwerbs in Evidenzbasierter Medizin Formate wie „Journal Clubs“ mit Bezug zu klinischen Fällen unter entsprechender methodischer Betreuung sowie Forschungspraktika; explizit ausgeführt sind nur Blockpraktika, patientennahe Lehre, Simulation (vgl. §§20-22).
- §28 Famulatur: die Begründung auf den Seiten 147, 166 und 167 stellt klar, dass die Studierenden in der Wahlfamulatur möglichst viele Bereiche ärztlicher Tätigkeit auch außerhalb der klassischen Patientenversorgung kennen lernen sollen. Diese Formulierung wurde anscheinend in §28,1 vergessen, der stattdessen nur auf die ärztliche Patientenversorgung abhebt. Die Formulierung der Begründung sollte in den Paragraphen übernommen werden.
- §40 wissenschaftliche Arbeit: Absatz 2 klingt, als müsste die Arbeit in einem einzigen zusammenhängenden Zeitraum absolviert werden; das wäre für viele Fragestellungen nicht adäquat. Die Angabe des zeitlichen Umfangs ohne Festlegung wann genau die zwölf Wochen zu leisten sind (sollte auch schon vor dem M1 erlaubt sein), sollte genügen. Um der großen Bandbreite der methodischen Kompetenzen, inhaltlichen Fragestellungen und Schwerpunkte der Fakultäten gerecht zu werden, empfiehlt die AWMF in Übereinstimmung mit dem MFT und der DHM für die Wissenschaftliche Arbeit, den Fakultäten Freiräume für deren Ausgestaltung vom 1. bis zum 10. Fachsemester zu ermöglichen. Die Empfehlung der DHM erscheint sinnvoll, Möglichkeiten einzurichten, die 12-wöchige Dauer der Wissenschaftlichen Arbeit in verschiedene Blöcke aufzuteilen. Dabei muss die Gesamtstundenzahl von 640 gewährleistet bleiben
- Rechnergestützte Prüfungen sind grundsätzlich zu begrüßen (§82, §103), aber identische Fragen können nur an bundeseinheitlichen Terminen gestellt werden, da die Fragen unmittelbar nach dem ersten Termin nicht mehr vertraulich sein können.
- Anlage 1: Stundenzahlen zu Seminaren und Praktika sind zu niedrig angesetzt: nur die 630 Stunden der 4 Semester Vorklinik wurden übernommen, die entsprechenden Stunden für 6 Semester klinisch-theoretische und klinische Fächer fehlen
- Anlage 3: Pathophysiologie fehlt (vgl. §114, Anlage 14)
- Anlage 3: Kinder- und Jugendpsychiatrie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Nuklearmedizin, Phoniatrie/Pädaudiologie und Strahlentherapie fehlen, ggf. weitere. Die Vollständigkeit sollte hergestellt werden unter Beachtung der Fachgebietenentwicklungen und –bezeichnungen seit 2002 (s.a. Stellungnahme der DGPP und DGKJ).
- Anlage 5 (Leistungsnachweise): hier ist zu ergänzen wie viel Prozent der genannten Fächer durch den Modulschein abgedeckt sind (gleicher Zähler, zwei verschiedene Nenner), z.B. Virologie (20% des Moduls, 25% der Fachinhalte); wichtig für Ortswechsel nach 4 oder 6 Semestern
- Anlage 14: Krankheiten der Sinnessysteme fehlen: Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Somatosensorik (Tastsinn, Temperatursinn, Nozizeption, Propriozeption, Viszerozeption), Gleichgewicht

- Anlage 15 Abschnitt IV: Prävention ergänzen um „Impfkompetenz“ sowie zudem „Rehabilitation“ ergänzen
- Vorgeschriebene Gruppengrößen sollten einen gemeinsamen Teiler haben (z.B. immer Vielfache von sechs oder drei)

Insbesondere die letzten Punkte halten wir für einfach umsetzbar. Für einen persönlichen Austausch stehen wir weiterhin gern zur Verfügung.

Bitte richten Sie Rückfragen jederzeit an uns.

Prof. Dr. Rolf-Detlef Treede [treede@awmf.org](mailto:treede@awmf.org)

Dr. med. Monika Nothacker [nothacker@awmf.org](mailto:nothacker@awmf.org)

Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner [wagner@awmf.org](mailto:wagner@awmf.org)

Dr. med. Manfred Gogol [gogol@awmf.org](mailto:gogol@awmf.org)

Prof. Dr. med. Rolf Kreienberg [kreienberg@awmf.org](mailto:kreienberg@awmf.org)

## Anlage 1: Abgleich des Referentenentwurf mit der AWMF Stellungnahme vom 24.01.2020 zum Arbeitsentwurf

- 9 von 10 positiven Aspekten wurden beibehalten oder weiterentwickelt. Ausnahme: Die Kompatibilität mit dem Zahnmedizinstudium ist nicht gesichert; die Innovationsklausel §136 (3) weicht dem Problem aus, statt es zu lösen. Inkongruenzen zwischen den beiden Approbationsordnungen sind jetzt vor der Gesetzgebung zu beseitigen. Ein gemeinsamer schriftlicher Teil des M1 wäre dafür ein guter Ansatzpunkt, spezifische zahnmedizinische Inhalte können in einem Vertiefungsbereich "Zahnmedizin" abgebildet werden. Für Details verweisen wir auf die Stellungnahmen der zahnmedizinischen Fachgesellschaften.
- Von den 12 Kritikpunkten wurden einige erfreulicherweise aufgenommen, bei vielen besteht aber weiterhin Handlungsbedarf, um das Ziel einer verbesserten Ausbildung zu erreichen, die Risiken der Verschlechterung von Ausbildungsqualität, Patientensicherheit und Zukunftsfähigkeit der Medizin in Deutschland zu vermeiden, und damit möglicherweise die Ziele der Neuregelung der ärztlichen Ausbildung zu verfehlen. Die wichtigsten noch unerledigten Kritikpunkte haben wir separat adressiert (siehe „Grundlegende Punkte“).



## Anlage 2: Abgleich mit den Inhalten des Fachgesprächs AWMF-BMG vom 11.08.2020 unter Mitwirkung von DGCH, DGIM und DGHM.

- Im Namen ihrer Mitgliedsgesellschaften bedankt sich die AWMF für dieses konstruktive Gespräch.
- Die AWMF begrüßt die Aufrechterhaltung des Fächerbezugs in den Anlagen zur Approbationsordnung; der NKLM kann diese Anlagen erst ersetzen, wenn auch dort der Fächerbezug wieder hergestellt sein wird.
- Die AWMF begrüßt die Einführung des Wahlcurriculums als Vertiefungsbereich (§10 und Anlage 1 II). Dies vermindert die negativen Folgen einer zu starken Standardisierung der medizinischen Ausbildung und ermöglicht den Fachvertretern an den Fakultäten noch besser als bisher die Zukunftsfähigkeit der Medizin in Deutschland zu sichern.
- Die AWMF begrüßt die weniger starre Festlegung der Zeitpunkte von M1s und M1m. Damit ist ein Ortswechsel in Zukunft sowohl nach dem 4. als auch nach dem 6. Semester erleichtert. Dies darf aber nicht durch die Innovationsklausel §136 Ziffer 2 und 3 konterkariert werden.
- Die AWMF begrüßt zwar die flexible Regelung des Umfangs des patientenbezogenen Unterrichts (§25, Anlage 1 IIIb), kritisiert aber die detaillierte Festlegung des Unterrichts mit direktem Patientenkontakt im ersten Studienabschnitt in §29, 3.
- Die AWMF begrüßt, dass entsprechend den Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020 die Fächergruppe der "hausärztlichen Versorgung" (Abschnitt C.II.2, S. 72) nach § 73 des Sozialgesetzbuches (SGB) V definiert wurde und dieses jetzt in §35 des Referenten-Entwurfs festgeschrieben wurde.
- Die AWMF kritisiert die starre Vorgabe, dass ein Drittel bzw. die Hälfte des hausärztlichen Blockpraktikums innerhalb der ersten 4 Semester absolviert werden müssen (§35, Abs 3). Weder für die Sinnhaftigkeit noch für die Durchführbarkeit dieser Vorschrift gibt es belastbare Vorerfahrungen.
- Weiterhin kritisiert die AWMF das Fehlen eines Blockpraktikums im Bereich Neurologie-Psychiatrie-Psychosomatik; hierdurch fehlt die Erfahrung mit vielen wichtigen Krankheiten.
- Die AWMF begrüßt die Zulassung der Hochschulambulanzen zur ambulanten Lehre.
- Die AWMF kritisiert, dass M1m und M3 weiterhin als bundeseinheitliche von einer gemeinsamen Einrichtung der Landesprüfungsämter zu organisierende Parcours-Prüfungen geplant sind, obwohl zahlreiche Gegenargumente von allen Fachvertretern vorgetragen wurden (Grundlagen und Klinik). Die Umsetzung von §124 ff könnte zu einer Verschlechterung der Ausbildung führen, wenn sich die Studierenden nur noch auf die künstlich erstellten Fallkonstrukte von 10 bundeseinheitlichen Parcours-Stationen vorbereiten statt auf das breite Spektrum real existierender Krankheiten.
- Die AWMF begrüßt, dass die Innovationsklausel grundlegend geändert wurde.
- Die AWMF begrüßt die genauere Spezifikation der Wissenschaftlichen Arbeit
- Die AWMF kritisiert die zu geringen Anforderungen bei ausländischen Abschlüssen. In diesen Fällen sollte zusätzlich zur Kollegialprüfung das Bestehen eines M2-Examens gefordert werden.

### Anlage 3: Stellungnahmen von Mitgliedsfachgesellschaften

jeweils in der Reihenfolge ihres Eingangs (in beigefügter Zip-Datei – Stellungnahmen in Briefform und Synopsen)

#### A. Gemeinsame Stellungnahmen

1. Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) & Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
2. Anatomische Gesellschaft (AG), Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP), Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS), Deutsche Physiologische Gesellschaft (DPG), Gesellschaft für Biochemie und Molekularbiologie (GBM)
3. Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC), Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH), Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT), Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz-, Gefäßchirurgie (DGTHG)
4. Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (DGMKG), Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC), Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGNC)
5. Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) & Deutsche für Medizinische Soziologie (DGMS)
6. Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) & Deutsche Gesellschaft für Virologie (GfV)

#### B. Stellungnahmen von einzelnen Fachgesellschaften

7. Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR)
8. Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG)
9. Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM)
10. Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)
11. Deutsche Gesellschaft für Thorax- Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)
12. Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)
13. Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN)
14. Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)
15. Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC)
16. Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS)
17. Deutsche Schmerzgesellschaft
18. Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR)
19. Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP)
20. Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin (DGPRM)
21. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGG)
22. Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFG)
23. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
24. Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
25. Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)
26. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
27. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)
28. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
29. Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
30. Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)

31. Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)
32. Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
33. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
34. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, - Herz, Kreislaufforschung (DGK)
35. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)