

GMDS e.V. · Industriestraße 154 · D-50996 Köln

Bundesministerium für Gesundheit
Leiter des Referates „Ausbildung und Berufszugang
zu den Heilberufen I, Grundsatzfragen“
Herr Ralf Suhr
Rochusstraße 1
53123 Bonn

Per E-Mail: 314@bmg.bund.de

Geschäftsstelle

Industriestraße 154
D-50996 Köln

Telefon: +49(0)2236-3319958
Telefax: +49(0)2236-3319959

E-Mail: info@gmds.de
Internet: www.gmds.de

Geschäftsführung

Beatrix Behrendt

Stellungnahme zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung

15. Januar 2021

Sehr geehrter Herr Suhr,

beiliegend erhalten Sie die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für
Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) e.V. zum
Referentenentwurf einer Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen
Ausbildung, die von der GMDS-Präsidiumskommission „Curriculare Lehre
in der Medizin in den Fächern der GMDS“ ausgearbeitet wurde.

Mit herzlichen Grüßen



Prof. Dr. Alfred Winter, Leipzig
- GMDS-Präsident –

Präsidium

Prof. Dr. Alfred Winter
(Leipzig), Präsident

Prof. Dr. Harald Binder
(Freiburg), 1. Vizepräsident

Prof. Dr. Andreas Stang, MPH
(Essen), 2. Vizepräsident

Prof. Dr. Wolfgang Köpcke
(Münster), Schatzmeister

Franziska Jahn
(Leipzig), Schriftführerin

Prof. Dr. Sylvia Thun
(Berlin/Krefeld), Beisitzerin

Prof. Dr. Hans-Ulrich Prokosch
(Erlangen), Beisitzer

Prof. Dr. Ulrich Sax
(Göttingen), Fachbereichsleiter

Prof. Dr. Geraldine Rauch
(Berlin), Fachbereichsleiterin

Dr. Jochem König
(Mainz), Fachbereichsleiter

Prof. Dr. Tim Beißbarth
(Göttingen), Fachbereichsleiter

Prof. Dr. Claudia Ose
(Essen), Kooptierte Beisitzerin

Bankverbindung
Deutsche Apotheker-
und Ärztebank e.G. Köln
IBAN DE97 3006 0601 0001 601822
BIC (Swift Code) DAAEEDDD

Anlage: Stellungnahme

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) e.V.

Stellungnahme

zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung

Allgemeine Anmerkungen und zusammenfassende Stellungnahme

Vielen Dank für die Übermittlung der neuen Fassung, die eine positive Fortentwicklung des Referentenentwurfs von 2019 hinsichtlich Lesbarkeit und Fokussierung darstellt.

Wesentliche neue Schwerpunkte gegenüber der AppOÄ von 2002 betreffen die von der GMDS vertretenen Fächer in besonderer Weise. Wir begrüßen gerade als interdisziplinär und klinisch orientiert agierende Fachgesellschaft ausdrücklich die Stärkung der Bedeutung dieser Methoden und Inhalte. Sie tragen einer modernen Ausbildung als Grundlage wissenschaftsbasierter und sicherer Versorgung Rechnung. Dazu gehören insbesondere die folgenden Aspekte:

- Einführung einer strukturierten wissenschaftlichen Ausbildung
- Explizite Berücksichtigung von Methoden der Evidenzbasierten Medizin in Ausbildung und Prüfung
- Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch explizite Möglichkeit dort abzuleistender Praktika (Famulatur, PJ)
- Berücksichtigung digitaler Lehrformen
- Umsetzung des Z-Curriculums mit konsequenter Verzahnung von Grundlagen und klinischen Inhalten
- Berücksichtigung der Notwendigkeit einer Abstimmung zwischen NKLM und GK und deren Integration in die Approbationsordnung .

Allerdings wird die Ordnung an verschiedenen Punkten diesen Ansprüchen noch nicht ausreichend gerecht oder ist inkonsistent umgesetzt. Eine detaillierte textbezogene Kommentierung mit Änderungsvorschlägen ist beigefügt. Insbesondere halten wir folgende Punkte für kritisch:

1. Verzicht auf fachspezifische Leistungsnachweise, Auflösung der Querschnittbereiche

Die GMDS unterstützt ausdrücklich die Umsetzung fachübergreifender Lehrziele, – veranstaltungen und staatlicher Prüfungen. Wir halten allerdings die fachbezogene Leistungsbewertung auch für übergeordnete Kompetenzen für unabdingbar, um eine hohe Lehrqualität mit entsprechender Erfolgskontrolle zu gewährleisten. Auch seitens des IMPP sind unseres Wissens mittelfristig fachspezifische Auswertungen der Prüfungsleistungen vorgesehen. Eine generelle Einschränkung der Leistungsbewertung in den Fakultäten auf fachübergreifende Modulabschlussprüfungen ist nicht zielführend und unnötig restriktiv. Wir schlagen vor, diese Ebene der Lehrorganisation bei den Fakultäten zu belassen.

- ⇒ Die pauschalen Vorgaben zur Modularen Organisation, Einsetzung von Modulverantwortlichen und Modulabschlussprüfungen sollten entfallen.

- ⇒ Die Forderung fachbezogener Leistungsnachweise vor Zulassung zur Ärztlichen Prüfung, zum Beispiel entsprechend dem „alten“ §27, ist beizubehalten.
- ⇒ Die enge Kooperation insbesondere der klinisch-theoretischen Fächer in der Lehre im Rahmen von Querschnittsbereichen sollte grundsätzlich beibehalten werden.
- ⇒ Für den Querschnittsbereich 1 wird die Erweiterung um das Fach Bioinformatik vorgeschlagen.

2. Bedeutung des NKLM

Vertreter der Fachgesellschaften waren intensiv an der Weiterentwicklung des NKLM beteiligt. Dieser soll im Sinne eines Constructive Alignment Grundlage sowohl der Lehr- als auch der Prüfinhalte sein. Zwar wird dies im aktuellen Referentenentwurf entsprechend festgelegt. Allerdings werden im Widerspruch dazu per Anlage Prüfungsgegenstände definiert, mit Fächerzuordnung.

- ⇒ Die Anlagen 13 bis 15 sind ersatzlos zu streichen.

3. Unzureichende strukturelle Berücksichtigung wissenschaftlicher und klinisch-theoretischer Kompetenzen

Wissenschaftliche Kompetenzen, insbesondere der Umgang mit Daten und die evidenzbasierte Entscheidungsfindung sind adäquat in Prüfungen sowie in der Formulierung der Ausbildungsziele berücksichtigt. Allerdings finden sich keine entsprechenden Angaben zur praktischen Umsetzung bzw. Studienstruktur, so dass unklar bleibt, wie diese Kompetenzen erworben werden sollen. Explizit sind sowohl bezüglich der Veranstaltungen vor dem PJ als auch während des PJs und bezüglich der Praxisphasen fast ausschließlich patientenbezogene Veranstaltungen thematisiert. Wissenschaftliche Formate werden konkret nur als Projektarbeit genannt und in den Vertiefungsbereich eingeordnet, obwohl es sich bei der Projektarbeit um einen Bestandteil des Kerncurriculums handelt. Die im NKLM und laut WR Empfehlungen vorgesehene praktische Ausbildung in fachspezifischen Methoden im Sinne von Wahlpraktika fehlt dagegen.

Auch für das Erlernen von Kompetenzen für eine evidenzbasierte Diagnostik und Therapie (Formulierung suchbarer Fragestellungen, Suche, Critical Appraisal) sind konkrete praktische Formate (z.B. Journal Clubs, Seminare) erforderlich, bevor die Anwendung am Patienten im Rahmen der für die Prüfung vorgegebenen Zeiten realistisch ist.

Eine konsequente Aufwertung wissenschaftlicher Ausbildung im Rahmen des Medizinstudiums beinhaltet darüber hinaus die Anerkennung wissenschaftlicher Tätigkeit als ärztliches Berufsfeld.

Wir schlagen daher u.a. folgende Ergänzungen vor

- ⇒ Praktika als mögliche Lehrform explizit auch für klinisch-theoretische Fächer
- ⇒ Mandatorische Veranstaltungen zur Evidenzbasierten Medizin (Journal Clubs) insbesondere auch während des PJ (vgl. NKLM VIII.1.3)
- ⇒ Zulassung geeigneter Einrichtungen der epidemiologischen und klinischen Forschung mit ärztlicher Tätigkeit für Famulatur und PJ

4. Verzahnung mit anderen Gesundheitsberufen

Der neue Referentenentwurf lässt die im Masterplan sehr vordergründig angemahnte engere Verzahnung der Ausbildung in den Gesundheitsberufen weiterhin nur in Ansätzen sichtbar werden. Es wird zwar das Fach Zahnmedizin wieder erwähnt, Bezüge zu anderen Gesundheitsfachberufen tauchen jedoch lediglich im Rahmen der Modellklausel in §136 explizit auf.

Detail-Kommentare und Änderungsvorschläge (Teil 1 der Ordnung)

Einführung

B Lösung

Seite 2, 2. Absatz: „..... werden klinische und theoretische Inhalte mit einander verknüpft. „

Änderungsvorschlag: „ werden klinische und grundlagenwissenschaftliche Inhalte ... miteinander verknüpft“

Begründung/Hinweis: Im Entwurf inkonsistent genutzte Begriffe, vgl. auch Formulierung in §3/2 sowie Anhang 5 („vorklinisch“). „Klinisch“ und „theoretisch“ stellen kein geeignetes sich gegenseitig ausschließendes Begriffspaar dar, vgl. Unterscheidung klinischer Fächer in „klinisch-theoretisch“ vs. „klinisch-praktisch“ (z.B. § 35)

Kapitel 1 – Allgemeine Bestimmungen

§1 Ziel der ärztlichen Ausbildung

Wir begrüßen ausdrücklich die Nennung von Fähigkeiten zum Verständnis und Umgang mit digitaler Technik (3), zur Datennutzung (Punkt 4), Qualitätssicherung und Patientensicherheit (Punkt 8), Kenntnissen der Einflussfaktoren auf Gesundheit (Punkt 11), öffentliches Gesundheitswesen und bevölkerungsmedizinische Aspekte (Punkt 13), interdisziplinäre Arbeit (Punkt 14) sowie wissenschaftliche Methodik (Punkt 15) als wesentliche Ziele der Ausbildung.

§ 3 Inhalt des Studiums

Wir unterstützen nachdrücklich die Forderung des Primats medizinisch relevanter Ausbildungsinhalte auch in den Grundlagen (§3 (3)) sowie die Rolle des von den Fakultäten unter Mitwirkung der Fachgesellschaften erarbeiteten NKLM als bestimmend für die Inhalte der Lehre, einschließlich der expliziten Möglichkeit einer Aktualisierung des NKLM innerhalb des Geltungsrahmens der AO (§3(4)). Als besonders relevant ist zudem die Abstimmung des GK mit dem NKLM anzusehen.

§4 Inhalt der ärztlichen Prüfung

„Der Inhalt der ärztlichen Prüfung richtet sich ... nach einer Übersicht von Gegenständen (Gegenstandskatalog),“

Änderung: „Der Inhalt der ärztlichen Prüfung richtet sich nach einer Liste von Lernzielen (Gegenstandskatalog), die in direkter Abstimmung mit dem NKLM zu erstellen ist“

Begründung: Zwar sieht der Ländervertrag die Erstellung von Prüfungsfragen durch das IMPP vor. Jedoch findet erfreulicherweise inzwischen eine intensive Abstimmung zwischen NKLM und GK, bzw. MFT und IMPP unter Einbezug der Fachvertreter, statt. Darüber hinaus werden Prüfungsinhalte inzwischen als Lernziele formuliert, nicht mehr als Gegenstände/Stichworte, vgl. den ab 2021 gültigen GK 2. Die AppOÄ sollte dieser lange überfälligen Entwicklung explizit Rechnung tragen.

§ 5 Weiterentwicklung des NKLM und GK

Die Nennung des NKLM als Grundlage des GK ist zu begrüßen. Allerdings wird dieses überfällige Postulat nachfolgend konterkariert (vgl. Anlagen 13 bis 15). Sie bezieht sich zudem nicht nur auf die Weiterentwicklung, vgl. Anmerkung zu §4.

Kapitel 2 Studium der Medizin

§ 6 Gliederung und Organisation

Absatz (3) – Änderungsvorschlag: Absatz entfällt.

Begründung: Die pauschale Vorgabe einer Organisation in Modulen wird dem longitudinalen Charakter wesentlicher Kompetenzen (z.B. Wissenschaft, Kommunikation, Prävention) nicht gerecht.

Die Vorgabe einer fächerübergreifenden Modulabschlussprüfung greift unnötig restriktiv in die Gestaltungsmöglichkeiten der Fakultäten und Fachvertreter ein und behindert eine didaktisch sinnvolle Anpassung der Prüfungsform für die jeweils relevanten Lernziele und die fachspezifische Erfolgskontrolle von Lehre. Die komplette Entkopplung von Fächern gefährdet die Sicherstellung der fachlichen Qualität der Lehre, ohne dass dies für eine integrative, interdisziplinäre, fachübergreifende Lehre notwendig wäre.

§ 8 Evaluation

„Die Universitäten evaluieren die Unterrichtsveranstaltungen regelmäßig auf ihren Erfolg...“

Vorschlag Ergänzung: „Die Universitäten evaluieren die Unterrichtsveranstaltungen regelmäßig auf ihren Erfolg hinsichtlich des Erreichens der Lernziele“

Begründung: Eine reine Prozessevaluation (z.B. zeitnahes studentisches Feedback, Lehrkräftebefragung) ist nicht ausreichend für die Feststellung des „Erfolgs“ von Lehrveranstaltungen und Curricula. Die Anmerkungen zu Absatz 3 und 4 (S. 155) implizieren allerdings fachlich unzutreffend, dass diese „Evaluation“ mit einer Befragung von StudentInnen gleichzusetzen ist.

§ 9 Anerkennung von Studienleistungen

(1) „Die zuständige Stelle erkennt auf Antrag... an“

Vorschlag Ergänzung: „Dabei ist eine ausreichende fachliche Expertise zur Beurteilung einer Gleichwertigkeit sicherzustellen, z.B. durch Hinzuziehung hierfür benannter Fachvertreter“

Begründung: Es ist unklar, mit welcher Fachexpertise die „zuständige Stelle“ ausgestattet ist. Insbesondere bei kleineren Fächern ist eine angemessene Überprüfung der Gleichwertigkeit sicherzustellen, um das Erreichen relevanter Lernziele nicht zu gefährden.

Abschnitt 2: Studium vor dem Praktischen Jahr

Unterrichtsveranstaltungen

§ 19 Praktische Übungen, § 20 Blockpraktika

Kommentar: in § 19 werden vier verschiedene Arten praktischer Übungen dargestellt. Arten 2 bis 4 werden anschließend näher erläutert (§ 20, §21, §22), alle scheinen nur auf patientenorientierten Unterricht ausgelegt. Es bleibt unklar, was „Praktika“ von „Blockpraktika“ unterscheidet. Zudem ist unverständlich, warum der Begriff „Blockpraktikum“ der klinisch-praktischen Lehre vorbehalten ist.

Dagegen fehlen Hinweise auf Forschungspraktika, wie sie die aktuelle Version des NKLM vorsieht (Kapitel VIII.1.6).

Im Hinblick auf die Bedeutung der Evidenzbasierten Medizin für die klinische Ausbildung, entsprechend auch im NKLM wiedergespiegelt (Kapitel VIII.1.3) wäre zudem ein Hinweis auf „Journal Clubs“ mit Bezug zu klinischen Fällen unter entsprechender methodischer Betreuung wünschenswert.

Insgesamt scheint das gesamte Kapitel („Titel 3“) einseitig auf Patienten/ klinisch-praktischen Unterricht ausgerichtet und wird damit weder dem Anspruch des Z Curriculums, noch einer fundiert wissenschaftsbasierten Ausbildung ausreichend gerecht.

Praxisphasen

§ 28 Famulatur

(1) „Die Famulatur hat den Zweck, dass die Studierenden die ärztliche Tätigkeit in verschiedenen ärztlichen Berufs- und Tätigkeitsfeldern kennen lernen. In Einrichtungen der ambulanten und stationären Krankenversorgung sind sie mit der ärztlichen Patientenversorgung vertraut zu machen.“

Vorschlag Änderung: „Die Famulatur hat den Zweck, dass die Studierenden die ärztliche Tätigkeit in verschiedenen ärztlichen Berufs- und Tätigkeitsfeldern kennen lernen. ~~In Einrichtungen der ambulanten und stationären Krankenversorgung sind sie mit der ärztlichen Patientenversorgung vertraut zu machen.~~“

Begründung: Da nach Ziffer (5) 3 auch die Ableistung in einer Einrichtung des ÖGD (oder einer anderen „geeigneten Einrichtung...in denen ärztliche Tätigkeiten ausgeführt werden“ möglich ist, ist die Einschränkung auf ärztliche Patientenversorgung bzw. Krankenversorgung nicht mehr zutreffend.

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

Vorschlag Änderung: „für die Dauer von vier Wochen in einer geeigneten Einrichtung, auch des öffentlichen Gesundheitswesens oder einer Einrichtung zur Durchführung oder Unterstützung klinischer / epidemiologischer Forschung, in der ärztliche Tätigkeiten ausgeübt werden.“

Begründung: Auch Einrichtungen wie Cochrane Zentrum bzw. Cochrane Gruppen, NaKo Erhebungszentren, klinische Studienzentren, Krebsregister oder Comprehensive Cancer Centers und andere bieten ärztliche Berufs- und Tätigkeitsfelder, ohne dass dies an eine Projektarbeit gebunden wäre. Zwar ist eine Famulatur dort prinzipiell bereits mit der aktuellen Formulierung vereinbar. Im Hinblick auf eine Ausbildung von Clinician Scientists und die Ermöglichung entsprechender frühzeitiger Schwerpunktsetzungen, auch im wissenschaftlichen Bereich, sprechen wir uns dafür aus, dies auch explizit als Option zu verankern.

Leistungsnachweise

§ 31 Leistungsnachweise über Module vor dem Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung...

- (1) fächerübergreifende Leistungsnachweise
- (2) Fachbezogene Prüfungen
- (3) Lernziele aus dem NKLM
- (4) Übergeordnete Kompetenzen (Gesprächsführung, Wissenschaft, interprofessionell)

Anmerkungen:

Es sollte klargestellt werden, dass es sich bei den Punkten 2 bis 4 nicht um einander ausschließende Lernziele handelt. Auch die Lehre in fächerübergreifenden Kompetenzen muss durch entsprechend dafür qualifizierte Fachvertreter, in sinnvoller interdisziplinärer Absprache, erbracht werden. Gerade bei einer konsequenten absolventenprofilorientierten Ausbildung und zur Vermeidung von Redundanzen ist es wünschenswert, wenn möglichst viele fachspezifische Lernziele (auch) den übergeordneten Kompetenzen zugeordnet werden können (Beispiele: Biometrische Lehre (klinisches Fach laut Anlage A) wird in die Vermittlung von Wissenschaftskompetenzen eingebunden, epidemiologische Kenntnisse (dito) sind grundlegend für die kritische Bewertung von Evidenz (im NKLM ebenfalls unter Wissenschaftskompetenz zu finden)).

Zudem ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass die Festlegung des Leistungsnachweises als fächerübergreifende Modulabschlussprüfungen der Vielfalt der Lernziele nicht gerecht wird und insbesondere auch die Gestaltungsmöglichkeiten von Fachvertretern und Fakultäten zur Optimierung

von Lehrqualität unangemessen einschränkt. Dies betrifft insbesondere auch solche Lernziele des NKLM, die nicht im GK enthalten sind.

Vertiefungsbereich

§ 37 – 39 Inhalt, Dauer und Leistungsnachweise im Vertiefungsbereich

Anmerkung: Es widerspricht den Vorgaben in §1 sowie der Struktur des laut § 3 den Lerninhalten zugrundeliegenden NKLM, dass wissenschaftliche Ausbildung nur im Rahmen des Vertiefungsbereiches explizit aufgeführt wird (hier: Projektarbeit). Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens (wie im NKLM in den neuen Kapiteln VIII.1.1 und 1.4 formuliert) als Voraussetzung hochwertiger eigenständiger Projektarbeit sind ausdrücklich und verbindlich in das Core Curriculum zu integrieren, um eine fachlich qualitätssichernde Lehre durch hierfür qualifizierte Vertreter vor allem auch der klinisch-theoretischen Fächer sicherstellen zu können.

Auch die Projektarbeit selbst stellt keine Vertiefung im Sinne der den Fakultäten zuzugestehenden Möglichkeiten einer individuellen Schwerpunktsetzung über die Kerninhalte des NKLM hinaus dar, sondern ist Bestandteil des Kerncurriculums.

Wir schlagen vor, den Unterabschnitt entsprechend umzuorganisieren.

Abschnitt 3: Praktisches Jahr

§ 45 Inhalt und Dauer

(1)

4. „in einem weiteren, nicht in den Nummern 1 und 2 genannten oder nach Nummer 3 gewählten klinisch-praktischen Fachgebiet.“

Änderung / Ergänzung: „in einem weiteren, nicht in den Nummern 1 und 2 genannten oder nach Nummer 3 gewählten klinisch-praktischen Fachgebiet oder einer Institution des öffentlichen Gesundheitswesens oder einer klinischen/epidemiologischen Forschungseinrichtung, in der ärztliche Tätigkeiten durchgeführt werden.“

Begründung: Anders als in der Einleitung des Entwurfs ausgeführt, ist hier nicht klar erkennbar, dass auch ein PJ Quartal in einer Einrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) möglich sein soll. Sofern der Begriff „klinisch-praktisch“ auch den Einsatz im ÖGD / unter Betreuung eines Amtsarztes beinhaltet, muss dies entsprechend klargestellt werden.

Im Hinblick auf die notwendige Gewinnung von Clinician Scientists und die Ermöglichung entsprechender frühzeitiger Schwerpunktsetzungen sollte zudem alternativ auch ein Quartal in Forschungs- (support) einrichtungen ermöglicht werden, in denen ärztliche Tätigkeiten zur Anwendung kommen (z.B. RKI, Cochrane Zentrum/Gruppen, NaKo Erhebungszentren, Krebsregister, klinische Register, Klinische Studienzentren, Comprehensive Cancer Centers), vgl. Anmerkung zu § 28.

§ 55 Lehrveranstaltungen

(4) „Die Lehrveranstaltungen nach Absatz 1 umfassen mindestens Seminare mit Fall-bezügen (PJ-Seminare), Visiten mit Untersuchungen und Demonstrationen von Patienten und Patientinnen unter Beteiligung der Studierenden (Lehrvisiten) und strukturierte Patientenvorstellungen durch die Studierenden mit anschließender Diskussion (Fallseminare).“

Änderung / Ergänzung: Die Lehrveranstaltungen nach Absatz 1 umfassen mindestens Seminare mit Fallbezügen (PJ-Seminare), Diskussionen fallrelevanter Publikationen aus dem Bereich der klinischen Forschung (Journal Clubs), Visiten mit Untersuchungen und Demonstrationen von Patienten und Patientinnen unter Beteiligung der Studierenden (Lehrvisiten) und strukturierte Patientenvorstellungen durch die Studierenden mit anschließender Diskussion (Fallseminare).

Begründung: Zur wirksamen Ausübung einer evidenzbasierten Medizin, wie in den Absolventenprofilen (EPA) des NKLM und den in §1 Zielen der Ausbildung sowie den Prüfungsinhalten für den

Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung (§ 114, § 116) gefordert, muss auch die kritische Auseinandersetzung mit aktueller klinischer Studienliteratur regelmäßig und wiederholt geübt werden, unter entsprechender auch methodischer Anleitung. Es ist notwendig, diese Ausbildungsinhalte ebenfalls in der AO zu verankern.

(5) „Die Lehrveranstaltungen nach Absatz 2 und Absatz 3 werden den Studierenden in digitaler Form zur Verfügung gestellt.“

Änderung: „Die Lehrveranstaltungen nach Absatz 2 und Absatz 3 können auch in digitaler Form erfolgen“.

Begründung: Ein zur Verfügung-Stellen in digitaler Form setzt die Lehrform einer dozentenorientierten Vorlesung mit Präsentation bzw. Skript voraus. Für interaktive Formate (wie etwa die Diskussion von Forschungsergebnissen) ist diese Forderung nicht umsetzbar.

Kapitel 3: Ärztliche Prüfung

§ 67 Unterlagen für den Antrag auf Zulassung zur Prüfung

Siehe auch § 31, § 34 etc.

Anmerkung: Der Verzicht auf die explizite Forderung nach Leistungsnachweisen für konkret benannte Fächer (vormals §27, AppOÄ 2002) zugunsten fachübergreifender Prüfungen ist im Hinblick auf die Relevanz entsprechend qualifizierter Fachvertreter (Venia legendi für das jeweilige Fach) für die Gewährleistung eines hochwertigen universitären Studiums nicht nachvollziehbar. Er steht zudem im Widerspruch zu den in § 1 genannten Zielen der ärztlichen Ausbildung, insbesondere der Forderung einer Lehre „auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes“.

Wir fordern dringlich, die Verantwortung für die fachliche Ausgestaltung von Lehrveranstaltungen und fakultätsinternen Leistungsnachweisen in den Händen der nach Maßgabe der Fakultäten dafür jeweils kompetenten Fachexperten zu belassen und dies über die Einforderung von fachspezifischen Leistungsnachweisen in der AO zu verankern.

Abschnitt 4 – Dritter Abschnitt der ärztlichen Prüfung

Wir begrüßen ausdrücklich, dass in Übereinstimmung mit § 1 auch in die praktische Abschlussprüfung dezidiert Inhalte aus dem Bereich der Data Sciences zu integrieren sind, da diese zur Sicherstellung einer wissenschaftlich fundierten und sicheren Patientenversorgung unabdingbar sind:

§ 114 Inhalt des Dritten Abschnitts der ärztlichen Prüfung: Aspekte evidenzbasierter Entscheidungsfindung (4), Gesundheitsförderung (6), Einflüsse auf Gesundheit (10), Qualitätssicherung und Patientensicherheit (15), sowie digitale Technik und Umgang mit Daten (16), in Übereinstimmung mit bereits hierfür vorhandenen Lernzielen im NKLM.

§ 116 Inhalt und Dauer der Prüfung an der Patientin: Aspekte der Evidenzbasierung (4, 7) und Dokumentation (5)

§ 124 Inhalt und Dauer der Parcoursprüfung: „Dabei sind auch klinisch-theoretische und fächerübergreifende Aufgabenstellungen einzuschließen“

Fakultäten erhalten somit nun auch explizit die Möglichkeit/Anregung, Aufgaben zur Suche oder Bewertung von Evidenz in die Prüfung zu integrieren.

Anlagen

Anlage 3 – Klinische Fächer

(modifizierte Liste der § 27 AppOÄ 2002 Fächer und Querschnittbereiche)

Anmerkung: Auf Seite 231 der Erklärung wird zur Liste der klinischen Fächer angeführt, dass die Querschnittbereiche aufgelöst wurden und nur noch Fächer gelistet werden. Als Begründung (vgl. s. 231) wird angegeben, dass die Querschnittbildung aufgrund der allgemein fächerübergreifenden Leistungsbewertung verzichtbar geworden sei. Allerdings werden weiterhin die Fächer früherer Querschnittbereiche gemeinsam aufgeführt. Dies betrifft insbesondere den von der interdisziplinär arbeitenden GMDS vertretenen Querschnittbereich 1.

Wir begrüßen dies, auch wenn wir hiermit feststellen, dass es sich bei Epidemiologie, Med. Biometrie und Med. Informatik jeweils um eigenständige Fächer handelt, die im Bereich der Data-Sciences enge Kooperationen pflegen und daher unter anderem auch in einer gemeinsamen Fachgesellschaft vertreten sind, inzwischen mit dem weiteren Fach Bioinformatik. Die Organisation erfolgreich kooperierender kleinerer Fächer als Querschnittbereich zur gemeinsamen Vertretung in der Lehre hat sich bewährt und sollte nicht aufgelöst werden.

Begrüßenswert ist, dass der „alte“ Q10 Gesundheitsberatung, -förderung und Prävention nun als übergeordnete Kompetenz geführt wird. Hier kann insbesondere das Fach Epidemiologie relevant interdisziplinär beitragen.

Daher schlagen wir folgendes vor:

- Grundsätzliche Beibehaltung der Fächer und Querschnittbereiche entsprechend dem alten § 27, mit Modifikationen
- Gemeinsame Lehrverantwortung der Fächer Epidemiologie, Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik
- Ergänzung dieses Querschnittbereiches um das Fach Bioinformatik

Anlage 5 Bescheinigung

„vorklinisches Fach“.

Änderungsvorschlag „Grundlagenfach“

Begründung: Konsistenz der Begriffe, vgl. Anmerkung zu Seite 2

Anlage 5, Anlage 8

„Prozent aus den klinischen Fächern:“

Änderungsvorschlag: *„Prozent aus den klinischen Fächern und Querschnittbereichen...“*

Anmerkung: Hier sollen offensichtlich nun doch einzelne Fächer genannt werden. Wir schlagen die Beibehaltung sinnvoller Fächerkombinationen im Sinne von Querschnittbereichen vor, vgl. Anmerkung zu Anlage 3.

Anlagen 13, 14 und 15 – Prüfungsstoff für die Abschnitte der ärztlichen Prüfung

Änderung: Ersatzlose Streichung dieser drei Anlagen

Begründung: Die Auflistung von Prüfungsstoff innerhalb der AppOÄ steht in eklatantem Widerspruch zu § 5, nach dem der Prüfungsstoff über den zu aktualisierenden, auf dem NKLM basierenden GK, bestimmt wird.

Zuordnungen der im NKLM vereinbarten Lernziele zu Fächern sind zur Sicherstellung ausreichender Fachexpertise innerfakultär bzw. interdisziplinär zu verhandeln und unterliegen zudem regelmäßiger Aktualisierung. Vertreter der Fachgesellschaften sowie der Fakultäten haben über Jahre intensiv Lernziele für NKLM und, gemeinsam mit dem IMPP, GK erarbeitet und interdisziplinär verhandelt, um Redundanzen zu vermeiden, und eine am Profil der Absolventen orientierte Ausbildung zu ermöglichen. Prüfungsstoff wird nicht mehr als Auflistung von Stichworten, sondern über Lernziele und mit Zuordnung von Kompetenztiefen definiert.

Eine Zuordnung qua Gesetz ohne Berücksichtigung des NKLM führt diese Bemühungen ad absurdum.

Die drei Anlagen 13 bis 15 stehen nicht nur im Widerspruch zum Anspruch einer fächerübergreifenden Ausbildung mit Vermeidung von Redundanzen und konsequent am Absolventenprofil ausgerichteter Ausbildung, sondern dokumentieren auch eindrücklich den grundsätzlichen Denkfehler, dass dieser Anspruch ohne Einbindung von spezifischer Fachexpertise erfüllbar ist, auch und gerade im Bereich der übergeordneten Kompetenzen.

15. Januar 2021

Über die GMDS e.V.

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. ist mit derzeit ca. 2.000 Mitgliedern die einzige wissenschaftliche Fachgesellschaft in Deutschland, Österreich und der Schweiz, die die fünf Disziplinen Medizinische Informatik, Medizinische Biometrie, Epidemiologie, Medizinische Dokumentation und Medizinische Bioinformatik und Systembiologie gemeinsam vertritt. Sie kooperiert mit einer Reihe benachbarter Fachgesellschaften und Verbänden. Zudem entwickelt sie die Fachgebiete weiter durch sachverständige Repräsentation u. a. bei der Planung von Förderungsmaßnahmen der Öffentlichen Hand, bei Fragen der Standardisierung und Normung, bei der Errichtung von Lehrinstitutionen, bei Ausbildungs-, Weiter- und Fortbildungsfragen und bei gesetzgebenden Maßnahmen.

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik,
Biometrie und Epidemiologie (GMDS) e.V.
Industriestraße 154
D-50996 Köln
www.gmds.de