

STELLUNGNAHME DER
DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR SOZIALMEDIZIN UND PRÄVENTION (DGSMP)
ZUM ARBEITSENTWURF EINER GEÄNDERTEN APPOBATIONSORDNUNG FÜR ÄRZTE UND ÄRZTINNEN
(ÄAPPRO)

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) dankt für die Möglichkeit zur Stellungnahme zu obenstehendem Arbeitsentwurf. Ausdrücklich begrüßt werden seitens der DGSMP die Berücksichtigung der Gesundheitsberatung, -förderung und Prävention ebenso wie der interprofessionellen Kompetenzen (mit Berücksichtigung von Gesundheitsförderung und Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation) als übergeordnete Kompetenzen. Allerdings erscheint uns aufgrund der hohen Bedeutung der Prävention zur Gewährleistung von Gesundheit bis ins hohe Lebensalter eine weitere Stärkung der Prävention in der ÄApprO unverzichtbar. Im Folgenden möchten wir drei konkrete Ergänzungsvorschläge machen, die zu einer angemessenen Berücksichtigung sozialmedizinischer und präventiver Aspekte in der ärztlichen Ausbildung erforderlich sind.

1. KRANKHEITSAUSWIRKUNGEN AUF DIE TEILHABE

In der aktuell gültigen Fassung der ÄApprO wird in § 1 Abs. 2 als Ziel der ärztlichen Ausbildung der Erwerb von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten genannt, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Hierzu bedarf es nach Ansicht der DGSMP, wie in § 1 Abs. 2 Nr. 5 ausgeführt, aber nicht nur einer fächerübergreifenden Betrachtung von Krankheit, sondern vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention und sozialrechtlicher Vorschriften explizit einer Betrachtung von Krankheitsauswirkungen auf die Teilhabe. Für eine sachgerechte Auswahl und Koordination notwendiger Interventionen ist das Wissen um die Wechselwirkungen zwischen den Funktionsstörungen, den Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe sowie den Einflussfaktoren aus dem Lebenshintergrund des von Krankheit oder Behinderung bedrohten oder betroffenen Menschen zu fordern und diesbezügliche Fertigkeiten zu vermitteln.

Aus diesem Grund plädieren wir für eine Umformulierung von § 1 Abs. 2 Nr. 5 wie folgt (Ergänzungen fett gedruckt):

*5. praktische Erfahrungen im Umgang mit Patienten und Patientinnen, einschließlich der fächerübergreifenden Betrachtungsweise von Krankheiten, **Krankheitsauswirkungen auf die Teilhabe hergeleitet aus den vorliegenden Funktionsstörungen, Beeinträchtigungen von Aktivität und Teilhabe und relevanten Einflussfaktoren aus dem Lebenshintergrund sowie der Fähigkeit, die Behandlung zu koordinieren und den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderung und Menschen mit seltenen Erkrankungen gerecht zu werden.***

2. BEDEUTUNG DER PRÄVENTION FÜR DIE GESAMTE ÄRZTLICHE AUSBILDUNG

"Prävention und Gesundheitsförderung" sind derzeit als eigenständiger Querschnittsbereich im klinischen Studienabschnitt verankert (in dem auch Leistungsnachweise zu erbringen sind). Im nun vorliegenden

Arbeitsentwurf zur neuen ÄApprO erscheint "Gesundheitsberatung, -förderung und Prävention" im Rahmen der übergeordneten Kompetenzen, die - so die Formulierung in Anlage 3 - "Teil der bis zum Ersten, zum Zweiten und zum Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung zu erbringenden Leistungsnachweise sind". In den §21, Absatz 4 (Leistungsnachweise vor dem Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung) sowie §22, Absatz 4 (Leistungsnachweise vor dem Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung) erscheint unter den Fächern bzw. Kompetenzen, die longitudinal über mehrere Leistungsnachweise zu verteilen sind, Gesundheitsberatung, -förderung und Prävention allerdings nicht. Die hohe Bedeutung der Prävention für die Vermeidung von Krankheiten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen findet ihren Ausdruck nicht zuletzt im 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz. Um dieser hohen Bedeutung der Prävention gerecht zu werden, muss der Prävention im gesamten Verlauf der ärztlichen Ausbildung eine Rolle zukommen.

Aufgrund der universalen Bedeutung von Gesundheitsförderung, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (Rehabilitation) fordern wir daher: „Prävention, Gesundheitsberatung, -förderung“ soll explizit zu den Leistungsnachweisen zählen, die longitudinal über mehrere Leistungsnachweise zu verteilen sind. Aufgrund ihrer Bedeutung für die gesamte Zeit der ärztlichen Ausbildung – auch für die Zeit zwischen Zweitem und Drittem Abschnitt der Ärztlichen Prüfung – fordern wir als wissenschaftliche Fachgesellschaft DGSMF zudem die Aufnahme der medizinisch-wissenschaftlichen Fertigkeiten in § 22(4). Gegenwärtig werden diese nur in §21(4) geführt. Die Absätze 4 der §§ 21 und 22 der neuen ÄApprO sollten demzufolge lauten (Ergänzungen fett gedruckt):

(4) Folgende Fächer oder Kompetenzen sind longitudinal über mehrere Leistungsnachweise zu verteilen:

1. Allgemeinmedizin,
2. Ärztliche Gesprächsführung,
- 3. Medizinisch-wissenschaftliche Fertigkeiten,**
4. Interprofessionelle Kompetenzen und
- 5. Prävention, Gesundheitsberatung, -förderung.“**

3. GESUNDHEITSRELEVANTE EINFLÜSSE SOZIALER LEBENSBEDINGUNGEN UND DEREN VERBESSERUNG

Um den im 5. Sozialgesetzbuch verankerten Beitrag von Prävention und Gesundheitsförderung zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen Rechnung zu tragen, sollte weiterhin der § 115 Inhalt des Vierten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung Punkt 6. wie folgt ergänzt werden (Ergänzung fett gedruckt):

„[Im Vierten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung hat der oder die Studierende insbesondere nachzuweisen, dass er oder sie ...]

*6. die Grundlagen und Grundkenntnisse der Gesundheitsförderung, der Prävention und Rehabilitation beherrscht, **gesundheitsrelevante Einflüsse sozialer Lebensbedingungen erfasst und auf deren Verbesserung hinwirken kann.**“*

Die DGSMF dankt für die Berücksichtigung dieser Anregungen.

Prof. Dr. med. Andreas Seidler, MPH
Präsident

Dr. med. Sabine Grotkamp, MHM
Vizepräsidentin

Prof. Dr. sc. hum. Christian Apfelbacher, MA MSc PhD
Geschäftsführendes Vorstandsmitglied